

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Tese

**Deteção da tuberculose na atenção primária à saúde: análise das ações em
Pelotas e Sapucaia do Sul**

Lílian Moura de Lima Spagnolo

Orientador: Prof. Dr^a. Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Pelotas, 2016

Lílian Moura de Lima Spagnolo

**Detecção da tuberculose na atenção primária à saúde: análise das ações
em Pelotas e Sapucaia do Sul**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências. Área de concentração, Práticas sociais em Enfermagem e Saúde. Linha 1. Saúde mental e coletiva, processo do trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde.

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

S732d Spagnolo, Lílian Moura de Lima

Detecção da tuberculose na atenção primária à saúde :
análise das ações em Pelotas e Sapucaia do Sul / Lílian
Moura de Lima Spagnolo ; Roxana Isabel Cardoso Gonzales,
orientadora. — Pelotas, 2016.

144 f.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade
Federal de Pelotas, 2016.

1. Tuberculose. 2. Detecção de casos. 3. Avaliação de
serviços de saúde. 4. Atenção primária à saúde. 5.
Prevenção e controle. I. Gonzales, Roxana Isabel Cardoso,
orient. II. Título.

CDD : 610.73

**Detecção da tuberculose na atenção primária à saúde: análise das ações
em Pelotas e Sapucaia do Sul**

**Tese aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem,
Universidade Federal de Pelotas.**

Data da Defesa: 08 de dezembro de 2016.

Banca examinadora:

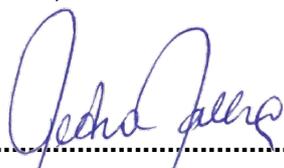
.....
Prof. Dr. Roxana Isabel Cardozo Gonzales (Orientador)

Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil



.....
Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto

Doutorado em Saúde na Comunidade pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, FMRP, Brasil



.....
Prof. Dr. Pedro Palha

Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil

.....
Prof. Dr. Vanda Maria da Rosa Jardim

Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina

.....
Prof. Dr. Elaine Thumé

Doutorado em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Juliana Graciela Vestena Zillmer

Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Christian Loret de Mola Zanatti

Doutorado em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Michele Mandagará de Oliveira

Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil

Resumo

SPAGNOLO, Lílian Moura de Lima. **Detecção da tuberculose na atenção primária à saúde: análise das ações em Pelotas e Sapucaia do Sul.** 144f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

Objetivo: avaliar as ações de detecção de casos de tuberculose na atenção primária à saúde de Pelotas e Sapucaia do Sul. **Método:** estudo avaliativo, descritivo de corte transversal, com métodos mistos. Dividiu-se em duas etapas, quantitativa e qualitativa. A quantitativa esteve vinculada ao projeto de origem “Atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em municípios prioritários do sul do Brasil: desafios e investimentos em estratégias de informação”, com coleta de dados entre 2013 e 2014. Foram coletados dados com aplicação de *check list* nas 69 unidades de atenção primária à saúde (APS), sobre a estrutura para a detecção de casos de tuberculose, assim como, foram coletados dados dos livros de registro dos sintomáticos respiratórios nas unidades de APS e nos livros do laboratório. A análise foi realizada no software *Statística* da *StatSoft*, aplicando estatística descritiva. Para a coleta dos dados qualitativos, foi submetido projeto à Plataforma Brasil. A coleta de dados foi realizada com entrevistas semi-estruturadas aplicadas a dois gestores municipais responsáveis pelas ações de controle da tuberculose, e a oito profissionais da APS, sendo cinco em Pelotas e três em Sapucaia do Sul. As entrevistas, gravadas em áudio foram transcritas e analisadas com o uso do software *Hyper Research*, aplicando-se a análise de conteúdo, modalidade temática de Minayo. Os trechos foram selecionados e agrupados nos temas de fluxo do sintomático respiratório (SR) na detecção e casos de TB; a estrutura das unidades de APS para a detecção de casos; fragilidades e potencialidades do fluxo municipal de detecção de casos. **Resultados:** em Pelotas os resultados quantitativos evidenciaram a deficiência de estrutura para a detecção de casos de TB, com ausência de: potes para coleta do escarro (24%); formulários para solicitação do exame (53,1%) livro de registro (48%), caixa térmica para transporte das amostras (60%) e transporte do material até o laboratório (86%). Em Sapucaia, os itens acima estavam disponíveis em todas as unidades examinadas. Na etapa qualitativa os profissionais apontaram como as principais deficiências estruturais, em ambos os municípios, a ausência de profissionais, a rotatividade dos recursos humanos e a deficiência de capacitações. Em relação à análise dos fluxos obtiveram-se dois diferentes fluxos de detecção, em Pelotas verificou-se um fluxo fragmentado, com desresponsabilização da APS pela continuidade do cuidado ao SR, e os resultados alcançados foram abaixo das metas preconizadas, com 8,8% dos diagnósticos do município em 2012. Em contrapartida em Sapucaia do Sul o fluxo apresentou-se baseado na continuidade da assistência desde a detecção até a cura, alcançando melhores resultados, com 50% dos diagnósticos do município. **Conclusão:** o modo de organizar os fluxos de detecção de casos de tuberculose, pela gestão municipal, é determinante para promover ou limitar o comprometimento das equipes da APS na coordenação da assistência, e conseqüentemente alcançar a meta de controle da doença.

Palavras-chave: Tuberculose; avaliação de serviços de saúde; atenção primária à saúde; /prevenção & controle; detecção de casos; diagnóstico precoce.

Abstract

SPAGNOLO, Lílian Moura de Lima. **Detection of tuberculosis in primary health care: analysis of actions in Pelotas and Sapucaia do Sul.** 144L. Thesis (Doctorate) - Graduate Program in Nursing. Federal University of Pelotas, Pelotas, 2016.

Objective: The aim was to evaluate the actions to detect tuberculosis cases in primary health care in Pelotas and Sapucaia do Sul. **Methods:** This is an evaluative, descriptive, with mixed methods. It was divided into two steps, quantitative and qualitative. The quantitative study was linked to the original project "Primary health care considering the detection of tuberculosis cases in priority municipalities of southern Brazil: challenges and investments in information strategies", with data collection from 2013 to 2014. Data were collected with a checklist application in the 69 units of primary health care (PHC), on the structure for the detection of tuberculosis cases, as well as data from the respiratory symptom register books were collected in the PHC units and Laboratory books. The analysis was performed in StatSoft's Statistic software, applying descriptive statistics. For the qualitative data collection, the project was submitted to Brasil Platform. Data collection was performed with semi-structured interviews applied to two municipal managers responsible for tuberculosis control actions and eight PHC professionals, five in Pelotas and three in Sapucaia do Sul. The interviews, recorded in audio, were transcribed and analyzed using the Hyper Research software, applying the content analysis, Minayo thematic modality. The sections were selected and grouped according to the themes of respiratory symptomatic flow (SF) in the detection and cases of TB; The structure of the PHC units for case detection; Weaknesses and potentialities of the municipal case-finding flow. **Results:** the quantitative results showed the deficiency of structure for the detection of TB cases, with absence of: pots for sputum collection (24%); Registration forms (53.1%), log book (48%), thermal box to transport the samples (60%) and transportation of the material to the laboratory (86%) in Pelotas. The above items were available at all units examined in Sapucaia. During the qualitative stage, the professionals pointed out as the main structural deficiencies in both municipalities: the absence of professionals, the turnover of human resources, and the deficiency of capacities. In relation to the analysis of the flows, two different streams of detection were obtained, in Pelotas a fragmented flow was verified because of the lack of accountability of the PHC due to the continuity of the SF care, and the results were below the recommended targets, with 8.8% in the city diagnostics in 2012. In contrast, in Sapucaia do Sul, the flow was based on continuity of care from detection to cure, achieving better results, with 50% of the diagnoses of the municipality. **Conclusion:** The way in which tuberculosis case detection flows are organized by municipal management is decisive in promoting or limiting the commitment of PHC teams in coordinating care and, consequently, achieving the goal of disease control.

Keywords: Tuberculosis; Evaluation of health services; Primary health care; / Prevention & control; Case detection; Early diagnosis; Mixed methods.

Sumário

I Projeto de pesquisa...	10
II Relatório de campo..	87
III Artigos.....	95
IV Contribuições da pesquisa para divulgação ao público...	139
V Considerações finais.....	142

I PROJETO DE PESQUISA

Lílian Moura de Lima Spagnolo

**Detecção da tuberculose na atenção primária à saúde: análise das ações em
Pelotas e Sapucaia do Sul**

Projeto apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências. Área de concentração, Práticas sociais em Enfermagem e Saúde. Linha 1. Saúde mental e coletiva, processo do trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde.

Pelotas, 2015

Lista de abreviaturas e siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
BAAR	Bacilo Álcool Ácido Resistente
BCG	Bacilo de <i>Calmette Guérin</i>
BK	Bacilo de Koch
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNCT	Campanha Nacional Contra Tuberculose
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DECS	Descritores das Ciências da Saúde
DOTS	Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
LLAB	Livro do Laboratório
LRSR	Livro de Registro do Sintomático Respiratório
MEDLINE	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PMCT	Programa Municipal de Controle da Tuberculose
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PUBMED	Public Medical/Literatura internacional em ciências da saúde
RS	Rio Grande do Sul
RX	Raio X
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SIM	Sistema de Informação em Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SR	Sintomático Respiratório
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBST	Unidade Básica de Saúde Tradicional
UICT	União Internacional Contra Tuberculose
WHO	World Health Organization

Sumário

1 Introdução.....	6
2 Objetivos	23
3 Tese defendida	24
4 Revisão bibliográfica	25
5 Referencial teórico	29
6 Material e método	38
7 Cronograma	46
8 Plano de despesas	47
Referências	48
APÊNDICES	57
ANEXOS	78

1 Introdução

A descentralização das ações de controle da tuberculose (TB) para a atenção primária à saúde (APS) sucinta a extrapolação do modelo tradicional (biomédico e fragmentado) de atenção à doença, com a reorientação das políticas e práticas assistenciais, promovendo a integralidade da atenção em uma rede de cuidados contínua. Segundo Mendes (2009) a organização em redes de atenção vincula os serviços de saúde entre si com um objetivo único permitindo ofertar atenção contínua e integral a determinada população, tendo como coordenadora das ações a APS que as oportuniza no tempo, lugar e na qualidade certa, com custo certo e de forma humanizada (MENDES, 2009).

A coordenação da atenção ao sintomático respiratório (SR) pela APS favorece a agilidade entre a identificação do mesmo, a coleta do escarro e o envio da amostra para análise de baciloscopia, assim como a contra referência do resultado ao profissional solicitante e ao usuário, e imediato início do tratamento (TRIGUEIRO et al, 2011). Amaral et al (2010), ao analisarem este processo, observaram que houve melhoria no acesso e principalmente na postura dos profissionais de saúde, evidenciada por meio de aumento significativo na busca dos SR, na coleta de escarro para a baciloscopia e na detecção dos bacilíferos entre o total dos casos pulmonares encontrados.

Em 2013, a taxa de incidência de TB no Brasil foi de 35,4 casos por 100 mil habitantes, enquanto que para o estado do Rio Grande do Sul (RS) foi de 43,2 casos por 100 mil habitantes, superando a taxa nacional (BRASIL, 2014). No RS, existem 15 municípios¹ considerados como prioritários para o controle da TB, em virtude de apresentarem elevada incidência, mortalidade e co-infecção com HIV, além de problemas operacionais como altas taxas de abandono do tratamento (BRASIL, 2011b), os municípios em estudo compõe este grupo de municípios prioritários.

¹ O estado do Rio Grande do Sul possui 15 municípios prioritários para o controle da tuberculose, sendo: Alvorada, Cachoeirinha, Canoas, Gravataí, Guaíba, Novo Hamburgo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, São Leopoldo, Sapucaia do Sul, Uruguaiana e Viamão (SES, 2016).

Diante a importância epidemiológica da TB, o controle dos casos pulmonares é fundamental para interromper a cadeia de transmissão (SOARES, 2012). Para tanto, é indispensável o desenvolvimento de ações de detecção de casos, com busca ativa dos sintomáticos respiratórios (SR) (pessoas com tosse há três semanas ou mais), o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno dos doentes em todos os municípios prioritários, conforme previsto na política nacional de controle da TB (BRASIL, 2011b; SOARES, 2012).

Evidenciam-se na literatura diferentes fatores que interferem no processo de detecção de casos da doença, sendo de ordem organizacional dos serviços de saúde e da gestão do PMCT, e também econômica, social e cultural por parte da população (FIGUEIRO et al, 2009; VILLA e RUFFINO, 2009; GIROTI et al., 2010).

Considera-se que para a eficácia na detecção de casos requer-se de unidades de APS com recursos mínimos para o desenvolvimento das ações de saúde (material para coleta de escarro, equipes treinadas e sensibilizadas), estrutura laboratorial ágil e sistema de informação de qualidade (em termos de conteúdo e fluxo das informações na rede de saúde), visando assegurar o desenvolvimento e a continuidade das ações em saúde iniciadas na APS e que permeiam a rede de serviços necessários ao diagnóstico da doença (MARCOLINO et al, 2009; CLEMENTINO E MIRANDA, 2010).

Entretanto, verifica-se que há descontinuidade no fluxo de comunicação entre os diferentes serviços que atendem a pessoa com suspeita de TB (ASSIS et al, 2012), assim como, a responsabilização do doente de TB pela coleta, conservação e transporte do escarro até o laboratório (BEDUHN et al, 2013), e a demora no agendamento e no resultado dos exames são fatores limitantes no processo de detecção precoce da TB (CLEMENTINO e MIRANDA, 2010).

Preconiza-se que independente do resultado baciloscópico, a sua comunicação é de responsabilidade do laboratório para qualquer serviço que tenha realizado a solicitação. Entretanto, existem fatores que interferem na agilidade da comunicação entre estes serviços, dentre eles está a falta de qualidade nos registros oficiais referentes ao SR, comprometendo a identificação da pessoa com TB e conseqüentemente a detecção de casos e o início oportuno do tratamento (BRASIL, 2011b).

Beduhn et al (2013), em estudo realizado na cidade de Pelotas/RS, evidenciaram problemas nos registros relacionados a TB nas unidades de APS, com falta de preenchimento do livro de registro de SR, assim como a ausência deste, repercutindo sobre a avaliação, o planejamento e a implementação de medidas de controle da TB. Maior et al (2012) evidenciaram entraves na agilidade para o início do tratamento, visto que o tempo transcorrido desde a entrada do paciente no sistema de saúde (primeiro atendimento em uma unidade de saúde) e o início do tratamento para TB foi de 3 semanas, considerado longo pelos autores, já que o recomendado desde a coleta de escarro até a liberação do resultado é de aproximadamente 24 horas (BRASIL, 2011b). Os autores apontam como disparadores deste atraso os problemas de infraestrutura dos serviços de saúde ou a falta de conhecimento dos profissionais da área de saúde para identificação dos SR (MAIOR et al, 2012).

A deficiência quantitativa e qualitativa dos recursos humanos (RH), assim como a rotatividade dos profissionais de saúde, é reconhecida como influência negativa na incorporação das ações preconizadas para o controle da TB, principalmente quando associadas à cultura centralizadora e fragmentadora da organização dessas ações no sistema de saúde (MOROE et al, 2008; TRIGUEIRO et al, 2011). Ainda, a falta de preparo dos profissionais para a identificação dos SR e para a solicitação de baciloscopias sugere a necessidade de investimentos na formação continuada das equipes de saúde (MACIEL et al, 2010; CHADAMBUKA et al, 2011; WAHYUNI et al, 2011).

Para Davis et al (2011) a melhora do desempenho na detecção de casos pode ser estimulada pelos processos de avaliação das práticas, com monitoramento contínuo das ações de controle da TB. Além disso, os estudos de avaliação são uma ferramenta indispensável para o desenvolvimento das políticas de saúde e planejamento eficazes. Diante a ocorrência de recursos físicos e humanos limitados para a atenção à saúde, é crucial avaliar se as políticas existentes são coerentes com as necessidades reais da população. E ainda oferecer evidências para subsidiar o planejamento de novas estratégias (WHO, 2005).

A presente proposta de pesquisa está vinculada ao projeto “Atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em municípios prioritários do sul do Brasil: desafios e investimentos em estratégias de informação”, o qual avaliou as

ações da APS no controle da TB em quatro municípios prioritários para o controle da TB no estado do Rio Grande do Sul, sendo Pelotas, Sapucaia do Sul, Canoas e Santa Cruz do Sul. Foram selecionados para compor este estudo Pelotas e Sapucaia do Sul, em virtude das diferenças organizacionais em relação às ações de controle da TB, centralização em Pelotas e descentralização para a APS em Sapucaia do Sul. Estas diferenças favorecem a realização da metodologia avaliativa proposta, a qual faz sentido quando há diferenças entre resultados obtidos em intervenções semelhantes em diferentes contextos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Dessa forma, a presente proposta de estudo objetiva responder as seguintes questões norteadoras: **“Quais as ações de detecção da tuberculose que são realizadas na atenção primária à saúde de Pelotas e Sapucaia do Sul, municípios prioritários para o controle da doença no Rio Grande do Sul? Quais as variáveis facilitadoras e os pontos de estrangulamento para a realização das ações de controle da tuberculose na atenção primária à saúde destes municípios?”**.

1.1 Construindo o objeto de estudo

Para a compreensão do objeto de estudo desta tese, “ações de controle da tuberculose (TB) implantadas na atenção primária à saúde”, neste capítulo será apresentado o percurso histórico das ações de controle da TB, ao longo do último século no Brasil, e as ações de controle da TB na rede de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

O controle da tuberculose no Brasil teve início em 1900 com a fundação da Liga contra a TB, que era constituída por duas vertentes, a preventiva e a curativa, tendo como marca a criação dos sanatórios, espaços para a internação e o isolamento do doente (da sociedade, do trabalho e da família), na busca pela cura da doença evitando a disseminação no período de convalescência (ANTUNES *et al*, 2000; GONÇALVES, 2000).

Somente na década de 1920, o governo envolveu-se no controle da TB, por meio do Departamento Nacional de Saúde Pública, e desenvolvendo ações através da Inspeção de Profilaxia da TB, a qual identificava os doentes e realizava

intervenções, notificação do caso, educação em saúde sobre as formas de contágio, o isolamento do doente e a assepsia do ambiente onde ele vivia. Em virtude da elevada incidência de TB, os sanatórios e dispensários não deram conta de isolar e acompanhar todos os doentes, surgindo como alternativa, a elevação do número de atendimentos ambulatoriais e a utilização das visitas domiciliares (GONÇALVES, 2000).

Na década de 1940 houve progressos nas políticas públicas de controle da TB. Em 1946, foi criada a Campanha Nacional contra a Tuberculose (CNCT), em consonância com as políticas internacionais para o seu controle. O objetivo da CNCT era formalizar e normatizar o controle da doença em todas as unidades federativas do país, tendo como foco principal o diagnóstico precoce. Neste momento foram designados 66 municípios brasileiros que concentravam 80% dos óbitos pela doença, para a implantação das ações de: criação de leitos hospitalares; construção de um sanatório popular para o tratamento da TB; instalação de dispensários a cada 120.000 habitantes; promoção da capacitação do pessoal da saúde para a atenção à TB; incremento da vacinação com BCG; promoção do desenvolvimento científico e tecnológico na área (HIJAR et al., 2007).

Nas décadas de 1950 e 1960 foi instituída definitivamente a modalidade de tratamento para a TB como ambulatorial e os doentes poderiam conviver com suas famílias em sociedade durante o transcorrer do tratamento. Nesta década também foi instituída a obrigatoriedade da vacinação BCG, a inclusão da TB como doença de notificação compulsória, a gratuidade do tratamento desde a prevenção ao diagnóstico e tratamento. O doente em posse medicamentos tratava-se em casa e da forma como julgasse apropriado, cabendo aos médicos o diagnóstico e a indicação da terapêutica (GONÇALVES, 2000; HIJAR et al., 2007)

Na década de 1990 a doença passou a ocupar lugar de destaque na mídia mundial, e em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a TB como um problema de saúde pública em âmbito mundial (SILVA e BOÉCHAT, 2004). Diante disso, o Brasil incrementou o desenvolvimento de estratégias com vistas a controlar o avanço da TB no país. A primeira delas foi o Plano Emergencial para Controle da Tuberculose, lançado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS), no qual foram eleitos 230 municípios considerados como prioritários para o controle da TB, pois apresentavam taxas elevadas de incidência, mortalidade e co-infecção com

HIV, e altas taxas de abandono do tratamento. Cada um destes municípios desenvolveu um plano de ação juntamente com a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a qual estabeleceu metas e o repasse de recursos para o desenvolvimento de ações, tais como, a busca de casos, tratamento e educação em saúde. Foram fixadas as metas de 90% de diagnósticos e o alcance de cura de 85% destes casos (HIJJAR *et al.*, 2007).

Diante a necessidade de alcançar as metas estipuladas para cura, mortalidade e abandono, a Organização Mundial da Saúde recomendou, em 1993, a implantação da estratégia de tratamento diretamente observado (DOTS)(HIJJAR *et al.*, 2007). Tal estratégia consiste em um conjunto de práticas para o controle da TB, sendo constituída por cinco elementos: o compromisso político com a manutenção dos recursos financeiros e capacitação dos recursos humanos, além da elaboração de planos de ação e mobilização social; o diagnóstico bacteriológico da TB, o tratamento padronizado com administração diretamente observada, o fornecimento e a gestão eficaz dos medicamentos, e um sistema de monitoramento de casos que vai desde a notificação até o seu encerramento (WHO, 2009). Segundo Ruffino-Netto (2002) embora a Organização Mundial da Saúde tenha proposto o tratamento supervisionado como uma estratégia inovadora, a Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública, desde 1962 já vinha aplicando-o no Brasil, o qual era realizado pela equipe de enfermagem em diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde. Em 1998, o tratamento supervisionado foi amplamente divulgado no Plano Nacional de Controle da tuberculose, e sua adoção privilegiou a descentralização das ações de controle da TB para a atenção primária à saúde (AMARAL *et al.*, 2010).

O Ministério da Saúde (MS) lança estratégias nacionais para o controle da tuberculose, mantendo as diretrizes técnicas e as metas de diagnóstico e cura do plano emergencial, associando a isto a implantação de ações de controle da TB em 100% dos municípios prioritários (HIJJAR *et al.*, 2007). O Plano atual data de 2011 e traz as diretrizes para o controle da tuberculose baseadas nas ações de detecção de sintomáticos respiratórios (SR), pessoas com tosse a mais de três semanas; no diagnóstico precoce, prioritariamente por meio da baciloscopia de escarro; no tratamento medicamentoso, com ênfase no tratamento diretamente observado (TDO). Além de ações para grupos específicos de casos de tabagismo, de co-infecção TB/HIV e de pessoas institucionalizadas (BRASIL, 2011).

Salienta-se que as determinações para o controle da TB no Brasil sempre estiveram embasadas nas deliberações de entidades científicas internacionais, tais como a OMS e a União Internacional contra a Tuberculose (UICT), levando em conta a análise crítica de especialistas brasileiros. Esta organização permitiu que desde a década de noventa, o Brasil estabelecesse parâmetros decisivos para o êxito do tratamento, como: padronização de regimes terapêuticos efetivos para TB, gratuidade dos medicamentos e mais recentemente, o tratamento supervisionado (HIJAR et al., 2007).

Verifica-se que o histórico das ações de controle da TB no Brasil, ao longo do último século, acompanharam as mudanças no modelo assistencial à saúde, hegemônico, com a segregação do doente da sociedade, até o momento atual, no qual há formação de vínculos e continuidade de cuidados ao doente de tuberculose além da implantação da estratégia DOTS.

A partir do movimento da reforma sanitária, na década de 1980, passa-se a discutir conceitos que norteiam o Sistema Único de Saúde, e que compõe a Lei Orgânica da Saúde 8080 de 1990, dentre os quais estão a universalidade, a equidade e a integralidade (FRATINI, SAUPE, MASSAROLI, 2008). Entretanto, verifica-se que o SUS, apesar de possuir princípios organizativos e filosóficos, nasce em um cenário de atenção à saúde fragmentado, baseado no modelo biomédico e descontextualizado das reais necessidades de saúde dos cidadãos. Diante a impossibilidade de desvincular o SUS do contexto político e social onde foi criado verificaram-se entraves na sua legitimação (CAMPOS, 2003).

A estratégia para transpor o modelo de atenção biomédico (fragmentado) deu-se a partir da atenção primária, visando o alcance de um modelo voltado para a prevenção de agravos e a promoção da saúde, reorientando assim a prática assistencial (CARVALHO E CAMPOS, 2000). As portas de entrada ao SUS, de acordo com o Decreto 7.508 de 2011, são a atenção primária, os serviços de urgência e emergência, a atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto. Contudo, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) preconiza que a atenção primária deva ser o contato inicial, preferencial, dos usuários com o SUS (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012). Essa diretriz compreende que a proximidade física do domicílio com a unidade de saúde viabilizaria a operacionalização dos princípios

e diretrizes do SUS, bem como a integralidade da atenção ao indivíduo (CARVALHO E CAMPOS, 2000).

Neste panorama organizacional, visualiza-se a atenção à TB, no contexto da assistência à saúde no Brasil, visto que, diante a Norma Operacional de Assistência à Saúde os municípios são responsáveis pelo desenvolvimento das ações de controle da TB (NOAS/2001), com a distribuição de responsabilidades entre os diferentes níveis de atenção (primário, secundário e terciário).

Desde 2001 as ações de controle da TB vêm sendo descentralizadas e integradas aos serviços de APS. Este nível de atenção é caracterizado pela realização de um conjunto de ações como a promoção e a prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde de indivíduos e coletividades. As ações de controle da TB desenvolvidas na APS, se direcionam para os casos da tuberculose pulmonar que representam 65,2% do total de casos diagnosticados no país (BRASIL, 2014).

Diante disso, a APS deve captar os casos suspeitos de tuberculose, atendê-los e vinculá-los a este nível de atenção. Sendo responsável pela busca ativa dos sintomáticos respiratórios, a coleta de escarro para baciloscopia, a indicação e prescrição do esquema básico de tratamento, a oferta de teste anti-HIV, a realização do controle dos faltosos, a investigação dos contatos e a vacinação com BCG (BRASIL, 2011b).

Considera-se que a APS é composta, prioritariamente, por tecnologias leves e leves duras (relacionais, protocolos assistenciais) em relação às tecnologias duras, como equipamentos de maior densidade tecnológica. Contudo, este nível de atenção, teria como prerrogativa a capacidade de dar resolubilidade aos problemas de saúde da população, seja no próprio serviço, ou agindo como locutor na comunicação com os demais níveis de atenção, organizando o fluxo do paciente de forma a garantir o seu acesso ao atendimento que necessita (MORROE et al, 2008). É recomendado que a APS faça o encaminhamento da pessoa com TB para os serviços de nível secundário nas situações de difícil diagnóstico, na presença de efeitos adversos ao tratamento, na existência de comorbidades (HIV, transplantados), na falência do tratamento e na resistência aos fármacos (BRASIL, 2011b).

Quanto ao nível secundário de atenção à TB no Brasil, este é constituído pelas especialidades, que devem ser determinados pela Pactuação Programada e Integrada (PPI) entre os municípios. Este serviço deve contar com profissionais especialistas para a condução dos casos de maior complexidade, incluindo, se possível, profissionais da área de saúde mental e do serviço social, para oferecer auxílio à pessoa com TB. O serviço de referência deve manter comunicação direta com a APS (BRASIL, 2011b).

O nível terciário, nas últimas décadas, devido à consolidação do tratamento medicamentoso para a TB em nível ambulatorial, perdeu o papel central desempenhado outrora, para o tratamento e isolamento da pessoa com TB. Mesmo com o direcionamento das ações prioritárias de controle da TB para a APS e para as unidades ambulatoriais de referência, o hospital ainda é um importante componente da rede de assistência à TB no Brasil. Este fato pode ser observado, principalmente, nos médios e grandes centros urbanos, onde o diagnóstico é, muitas vezes, realizado nos serviços hospitalares de urgência e emergência (Pronto socorro e Hospital geral). A relevância do papel destes serviços pode ser vinculada ao fato de atenderem pacientes com comorbidades (em particular HIV/Aids), ou por problemas organizacionais do sistema de saúde, como, entraves no acesso ao diagnóstico na atenção primária a saúde, tais como, a demora na realização dos exames diagnósticos. Atualmente, a proporção de casos de TB notificados e tratados em hospitais é muito maior do que o esperado em várias regiões do país (BRASIL, 2011b).

Diante o exposto, para garantir a integralidade da atenção à pessoa com TB é preciso que a rede de serviços esteja disponível de forma articulada, garantindo o acesso aos serviços necessários para a resolução de sua necessidade de saúde. Estudiosos da temática apontam que para a execução de estratégias efetivas de controle da TB é necessária à integração e a sustentabilidade das ações entre os diferentes níveis de atenção à saúde, assim como, o desenvolvimento de ações intersetoriais. No Brasil estes fatores dependem das políticas de saúde e da gestão, no sentido de prover recursos financeiros, organizar os serviços, e aprimorar o gerenciamento do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), além de sensibilizar e treinar as equipes de saúde (KRITSKI; RUFINNO-NETTO, 2000).

2 Objetivo geral

Avaliar as ações de detecção de casos de tuberculose na atenção primária à saúde de Pelotas e Sapucaia do Sul.

2.1 Objetivos específicos

- Analisar o contexto externo, organizacional e de implantação do controle da tuberculose na atenção primária à saúde dos municípios em estudo;
- Identificar a disponibilidade de estrutura (recursos materiais, humanos e organizacionais);
- Delinear o fluxo da atenção à pessoa com sintomas respiratórios de tuberculose a partir da atenção primária à saúde;
- Descrever os resultados alcançados na detecção de casos de tuberculose pela atenção primária à saúde dos municípios investigados.

3 Tese defendida

Defende-se a tese de que as características estruturais e organizacionais dos sistemas locais de saúde influenciam positiva ou negativamente, nas ações de controle da tuberculose, e conseqüentemente no alcance das metas preconizadas de detecção de casos.

4 Revisão bibliográfica

A revisão bibliográfica foi realizada, entre janeiro de 2015 e março de 2016, com o objetivo de investigar a produção científica, dos últimos dez anos, acerca da avaliação de serviços de atenção primária no desenvolvimento de ações para o controle da tuberculose.

Como estratégia de busca foi realizada a pesquisa bibliográfica controlada nas bases de dados eletrônicas Public Medical/Literatura internacional em ciências da saúde (PUBMED/MEDLINE), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (LILACS) e Google *Scholar*. Para teses e dissertações a busca foi realizada no banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES). A busca foi realizada utilizando descritores cadastrados no MeshTerms para a PUBMED/MEDLINE e no DECS para a LILACS.

Os critérios de inclusão utilizados na revisão foram: artigos e teses/dissertações publicados entre os anos de 2006 e 2015, considerando estudos realizados com seres humanos, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, e que possuíssem pelo menos o resumo disponível para verificação do conteúdo.

Os descritores utilizados foram para a língua inglesa (Figura 1): “*tuberculosis*”, “*Program Evaluation*”, “*/prevention and control*”, “*primary health care*”; para a língua espanhola: “*tuberculosis*”, “*/prevención & control*” e “*Evaluación de Programas y Proyectos de Salud*”, “*atención primaria a salud*”; e para a língua portuguesa: “*tuberculose*”, “*/prevenção & controle*” e “*Avaliação de Programas e Projetos de Saúde*”, “*atenção primária à saúde*”. Todos os resumos de artigos e Teses/Dissertações com título contendo uma das palavras chave foram analisados.

Descritores	Pubmed/Medline	Lilacs	CAPES
Tuberculose AND atenção primária à saúde AND /Prevenção&Controle	39	29	68
Tuberculosis AND / Prevenção & Controle AND Avaliação de programas e projetos de saúde	50	31	62
Total	89	60	130

Figura 1 – Distribuição dos resultados das buscas nas bases de dados por combinações de Descritores.

Durante o processo de busca foram identificadas 279 produções científicas com os descritores supracitados, sendo separados para leitura 60 resumos que tratavam do tema. Ao final da etapa de leitura foram eliminados 15 artigos devido a duplicações e 17 teses/dissertações, por não contemplarem o objeto de estudo. Restando 28 produções, das quais 22 artigos e seis teses/dissertações que foram consideradas relevantes à temática do projeto. Os resultados estão dispostos no Apêndice A.

Analisando os artigos da amostra verificou-se que as publicações selecionadas são em 53,6% (15/28) de metodologia quantitativa, 21,4%(6/28) qualitativa, 14,3%(4/28) métodos mistos e 10,7%(3/28) outros tipos. Em relação à procedência das produções 85,7%(21/28) são estudos realizados no continente americano, sendo 24 deles no Brasil e 1 em Cuba. O continente Africano teve 7,1%(2/28) e o Asiático com a Indonésia representando 3,6% (1/28).

Em relação aos resultados encontrados pelos pesquisadores dividiram-se os estudos em três grupos, sendo 82,1% (23/28) estudos de avaliação de serviços em relação às ações de controle da tuberculose; 10,7% (3/28) são propostas de instrumentos e modelo teórico para avaliação das ações de controle da TB; 7,1%(2/28) avaliaram a implantação da estratégia DOTS.

Dentre as produções observou-se que os resultados trazem contribuições quanto às causas que prejudicam o desempenho dos serviços de saúde, em especial da APS, no controle da TB e sugerem alternativas. Dentre eles, Clementino e Miranda (2010) apontam questões estruturais e organizacionais das unidades, além da demora no agendamento e resultados dos exames. Enquanto Heufemann *et al* (2013) evidenciaram a baixa prioridade dada ao desenvolvimento de ações preventivas, a fragmentação da atenção em virtude da centralização das ações em um único serviço de saúde, limitando o acesso dos SR. Monroe *et al* (2008),

Trigueiro *et al* (2011) e Cunha *et al.* (2015) referem-se a limitações qualitativas, quantitativas e de rotatividade dos profissionais de saúde o que, segundo os autores influencia negativamente na incorporação das ações preconizadas para o controle da TB, principalmente quando associada a cultura centralizadora e fragmentadora da organização dessas ações no sistema de saúde. Outros autores apontam como fator limitante, à incorporação das ações de detecção da TB, a falta de preparo dos profissionais, para a identificação dos SR e a solicitação de baciloscopias, sugerindo a necessidade de investimentos na formação continuada das equipes de saúde (WAHYUNI *et al.*, 2007; MARQUIEVIZ *et al.*, 2013).

Em contrapartida, sabe-se que existem outros fatores que influenciam neste processo, além das limitações de recursos humanos, há descontinuidade do fluxo de comunicação entre os diferentes serviços que atendem a pessoa com TB (ASSIS *et al*, 2012; NÓBREGA *et al.*, 2013). E a escassez de ações intersetoriais fragiliza o vínculo entre a pessoa com TB, sua família e a equipe de saúde, sendo a intersetorialidade considerada fundamental para o desenvolvimento de cuidado integral no âmbito da APS (SÁ *et al*, 2011). Como consequência da fragilidade dos vínculos observa-se, muitas vezes, a interrupção do fluxo entre identificação do SR, diagnóstico e início oportuno do tratamento diretamente relacionado à participação incipiente do doente no processo de atenção, limitando a efetividade das práticas relacionadas à detecção da TB (ASSIS *et al*, 2012). O atraso no diagnóstico foi observado por Maior *et al* (2012), Paiva *et al* (2014) e Sobrinho (2012) e esteve relacionado a atendimentos realizados na APS, e a necessidade de retornos repetidos ao serviço para consultas, chegando a tempos inferiores a 30 dias entre a identificação do SR e diagnóstico.

O adoecimento representa um custo econômico para o paciente, muitas vezes, com dificuldade de ordem financeira e social já instalada antes da TB, que se agrava em função da necessidade de deslocamento para buscar atendimento, ou para a realização dos exames fora do território. Causando, muitas vezes, atrasos no diagnóstico e perdas de seguimento dos sintomáticos respiratório, por desistência na realização do exame, ou por falhas na coleta e conservação da amostra, necessitando reiniciar o processo (GUIDONE, 2012; BEDHUN *et al.*, 2013).

Como estratégia para aproximar o tratamento da realidade e ambiente da pessoa com TB, observa-se o processo de descentralização para a APS como

alternativa. Ignotti *et al* (2007), Nóbrega (2012), Cunha *et al.* (2012), Gutierrez (2012), Sihler (2012), Souza (2013), Méda *et al* (2014) e Lavôr *et al* (2015) destacam a relevância da implantação das ações de controle da TB na APS para o alcance de melhorias na detecção de casos, e nos indicadores de cura e redução do abandono do tratamento e da mortalidade, embora, em seus estudos não tenham identificado a implantação adequada das ações na APS.

Amaral *et al* (2010), ao analisar este processo observou que houve melhoria no acesso e principalmente na postura dos profissionais de saúde, evidenciada através de aumento significativo na busca dos sintomáticos respiratórios, na coleta de escarro para a baciloscopia e na detecção dos bacilíferos entre o total dos casos pulmonares encontrados. Entretanto, este esforço não repercutiu em resultados esperados para o município, expondo a existência de fragilidades ou lacunas de conhecimento que comprometeram os esforços dispensados no desenvolvimento de ações no controle da TB.

Entende-se que há necessidade de adoção de diferentes estratégias para a busca e identificação dos SR na demanda diária das unidades de APS, verifica-se que uma delas é a adoção de métodos para avaliar continuamente as ações realizadas. Para tanto, Oliveira *et al.* (2010) propuseram um modelo teórico para avaliação do PCT, indo além da visão normativa com alcance de explicações sobre as razões dos êxitos ou falhas, proporcionando ferramentas para a reformulação da política pública. Billingsley *et al.* (2011) recomendaram uma ferramenta para avaliar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes de TB, a qual propicia elementos para reflexão da equipe no sentido de traçar um plano de melhoria da qualidade do serviço avaliado. Ochoa e Armas (2012) sugeriram a adoção de novos indicadores de avaliação do controle da TB, visto que propiciam a avaliação de indicadores complementares da qualidade de detecção de casos e do desempenho dos programas.

5 Referencial teórico

O referencial teórico deste estudo será apresentado em dois temas o primeiro é uma explanação sobre a evolução da teoria da avaliação de serviços de saúde desde seu surgimento no século XVIII até o momento atual. E o segundo tema versa sobre as normas existentes para o controle da tuberculose no Brasil, subsidiando a avaliação normativa proposta.

5.1 A avaliação de serviços de saúde

A avaliação é um procedimento antigo, sua implantação em intervenções sociais teve início no século XVIII, em países europeus, juntamente com a renovação de correntes ideológicas e filosóficas que impulsionaram o pensamento científico e o conseqüente aperfeiçoamento dos métodos de pesquisa social (DUBOIS, CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

O relatório Flexner, publicado em 1910, foi a primeira sistematização de um mecanismo de avaliação relacionado à prática médica, tal publicação avaliou a educação médica, nos Estados Unidos, e denunciou as precárias condições da prática profissional, atentando para o controle do exercício profissional. Seguido, em 1916 pelo trabalho Codman (*A study in Hospital Efficiency: the first five years*), também realizado nos Estados Unidos, que utilizou a avaliação sistemática do acompanhamento do estado de saúde dos pacientes para estabelecer resultados finais das intervenções médicas realizadas em um hospital (REIS *et al.*, 1990).

Apesar destas publicações prévias, as avaliações só se instituíram como uma ferramenta governamental no período após a Grande Depressão (1929) nos Estados Unidos (CRUZ, 2011), para avaliar as políticas públicas vigentes e encontrarsoluções para os problemas sociais existentes (FIGUEIRÓ, FRIAS e NAVARRO, 2010). A partir deste ponto a avaliação consolidou-se como um campo

de conhecimento, passando a buscar por sustentação científica, e sofrendo, nas últimas décadas, transformações, influenciadas pelas ciências sociais, a economia, a epidemiologia e o direito (CRUZ, 2011).

A década de 1950 é considerada um marco referencial para a avaliação de programas e serviços de saúde, neste período houve grandes avanços científicos na área médica, acarretando elevação nos custos dos serviços de saúde e conseqüente aumento da responsabilidade financeira do Estado no financiamento da saúde (LIMA e SILVA, 2011). Em conseqüência destes avanços, na década de 1960, os serviços de saúde passaram a ser alvo de avaliação, visto seu reconhecimento como produto e a conseqüente necessidade de determinar um padrão de qualidade (NOVAES, 2000).

A partir da década de 1970, com o desenvolvimento científico, houve a propagação de publicações sobre avaliação, visando identificar a efetividade (epidemiológica e clínica), as condições de produção, a operação e a manutenção de equipamentos e materiais (FURTADO, 2006; NOVAES, 2000). Nos anos 1980 houve uma retração na produção de pesquisas, entretanto, se obteve avanços com o reconhecimento de critérios para caracterizar estudos avaliativos de boa qualidade, sendo a utilidade (informação necessária), a viabilidade (recursos), a pertinência (necessidade) e a precisão (técnica e recorte). Também nos anos 1980, os estudos avaliativos passam a ser orientados por referenciais teóricos, considerando o contexto político e organizacional onde se dá a avaliação, dessa forma, desfazendo-se da característica de “avaliação caixa preta”, anteriormente utilizada (HARTZ, VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Já na década de 1990, os estudos avaliativos no setor saúde, direcionam-se para a perspectiva da satisfação do usuário, sobre influência dos programas de qualidade do setor empresarial (MENDES, 2002).

Guba e Lincoln (1989) configuram a evolução histórica dos estudos avaliativos em quatro gerações, sendo **a primeira** (Séc. XIX-1930), a de medição, quantifica-se para classificar, utilizando instrumentos para testar, e aferir rendimento; **a segunda** (1930-1950), a de descrição, utilizando-se em sistema de referência (padrões e critérios), e dando recomendações a partir dos resultados. Nesta etapa se iniciam os estudos de avaliação de programas; **a terceira** (1960-1980), a de julgamento, utiliza-se do julgamento de mérito e de valor na tomada de decisões. O

avaliador posiciona-se externamente ao objeto e avalia o alcance dos objetivos pela intervenção avaliada; **e a quarta** (1980 - atual) prevê a participação e a negociação com os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada, para garantir a utilização dos resultados da avaliação na prática. Nesta geração o avaliador não é apenas juiz, utiliza-se também o método qualitativo e o produto da avaliação é empregado para obterem-se melhorias nos resultados da intervenção.

Hartz (2008) evidencia que na atualidade está surgindo uma quinta geração de estudos avaliativos, situando-se no campo político-pedagógico com o intuito de mudança social, com a participação e construção de autonomia entre os envolvidos. Serapione, Lopes e Silva (2013) apontam que no processo de evolução das gerações, há o acréscimo de concepções, basicamente relacionadas ao papel do avaliador e sua relação com o objeto de estudo, sem se desfazer de princípios das gerações anteriores.

Mesmo diante a sofisticação do processo de avaliação, ainda há nos estudos da área da saúde a hegemonia no uso do quadro conceitual do teórico Donabedian (1986), o qual determina áreas para o exame do avaliador, sendo a estrutura, o processo e os resultados. Como estrutura o autor entende os recursos físicos, materiais e humanos utilizados na intervenção, o processo inclui as atividades de utilização dos recursos, e os resultados correspondem às consequências da intervenção. Donabedian (1986) aponta que uma avaliação de qualidade requer a inserção de indicadores representativos das três áreas. Ainda este autor propôs a avaliação dos serviços de saúde com a utilização dos sete pilares da qualidade, por ele conceituados: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Este processo de avaliação não leva em conta o contexto ou mesmo a participação de outros atores na definição de padrões de qualidade (CRUZ, 2011; LIMA e SILVA, 2011).

O paradigma que norteia da primeira a terceira geração de avaliação, é o marco positivista, o qual coloca o pesquisador como o detentor do método científico e produtor do conhecimento. A partir da quarta geração, entra o paradigma construtivista, com componentes humanos, políticos, culturais e sociais, que se constituem em pressupostos de valor e interesse na avaliação, resultando na negociação entre os envolvidos no processo de intervenção estudado. Para a quinta geração há ampliação das intenções envolvidas na avaliação, compreendendo-a

como um campo de saberes e práticas, no sentido de modificar a sociedade e distribuir o poder (SERAPIONE, LOPES e SILVA, 2013).

Cruz (2011) aponta que o processo de avanços nos estudos avaliativos demonstra as mudanças teórico-conceituais e do campo político e social que se fazem presentes no processo. Evidenciando uma polissemia a partir dos distintos eixos teóricos que conformaram as gerações de estudos avaliativos. Novaes (2000) afirma que a pouca idade da ênfase dada aos estudos avaliativos, datando do último quarto do século XX, caracterizam-na em processo de configuração conceitual e metodológica, sendo preciso consolidar-se no que diz respeito à epistemologia, à teoria e ao método. Serapione, Lopes e Silva (2013) evidenciam esta como a causa das distintas formas de organização e classificação da avaliação por diferentes pesquisadores.

Diante as distintas interpretações sobre os aspectos da avaliação há um consenso entre alguns pesquisadores sobre o seu significado de emitir juízo de valor sobre uma intervenção (GUBA & LINCOLN, 1989; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997). A definição adotada para este estudo é a desenvolvida por Contandriopoulos *et al.* (1997, p.31), segundo eles, avaliar é julgar atribuindo valor ao objeto de intervenção, utilizando os resultados na tomada de decisão. “Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)”.

Quanto à função que deve cumprir, ainda há a classificação da avaliação como somativa ou formativa. Entende-se como avaliação formativa aquela que ocorre durante o andamento do programa a ser avaliado, visando oferecer informações que favoreçam a adequação e a superação dos aspectos problemáticos. Enquanto que a somativa oferece avaliação sobre os efeitos produzidos pelo programa, sendo utilizada para tomada de decisão a respeito da continuidade ou suspensão do programa avaliado (FURTADO, 2001).

A avaliação normativa consiste no julgamento de uma intervenção, utilizando-se da comparação entre os “recursos empregados e sua organização (estrutura), os bens e serviços produzidos (processo) e os resultados obtidos seguindo critérios e normas existentes” (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010, p.10). Enquanto que a pesquisa avaliativa tem o propósito de julgar a implantação de um programa, cientificamente, utilizando-se dos seus componentes e do contexto em que ele está

inserido. Analisa, com o uso de métodos científicos, a pertinência (análise estratégica), os fundamentos teóricos (análise lógica), a produtividade (relação entre recursos empregados e serviços produzidos), o efeito (influência dos serviços sobre o estado de saúde de quem os utiliza), o rendimento (utilização dos recursos e efeitos alcançados), e as relações entre a intervenção e o contexto (análise de implantação) (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

A prática de avaliação puramente normativa fragmenta o objeto de estudo, e provoca um engessamento nos resultados da pesquisa, pois não vão além do monitoramento das ações e verificação do feito e efeito, demonstrando se o programa alcançou ou não os resultados esperados. Diante disso, faz-se necessário minimamente construir desenhos de avaliação que busquem responder o porquê dos resultados encontrados (CRUZ, 2011). “No desenho metodológico de uma pesquisa avaliativa, a avaliação normativa pode se constituir como uma de suas etapas, o que é frequentemente observado em estudos de implantação” (SAMICO; FIGUEIRÓ; FRIAS, 2010, p.17).

Na análise da implantação é realizado o estudo das relações entre a intervenção e o contexto, constituindo-se em compreender o desenrolar de uma intervenção, com o objetivo de evidenciar os fatores que facilitam ou dificultam a implantação do programa (CHAMPAGNE et al., 2011). Para Costa e Castanhar (2003) por meio desta avaliação é possível detectar falhas na elaboração de procedimentos, evidenciando as barreiras e obstáculos à implantação, oferecendo subsídios para a reprogramação.

A análise da implantação subdivide-se em quatro tipologias distintas, sendo: 1a – análise da transformação da intervenção (explica o processo de transformação da intervenção); 1b – análise dos determinantes contextuais do grau de implementação da intervenção (explica a diferença da intervenção planejada e a implantada); 2 – análises da influência da variação na implantação sobre os efeitos observados (visa explicar os efeitos observados após a introdução da intervenção); e 3 - análises da influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados (considera que as características contextuais dos meios de implantação podem modificar o impacto da intervenção) (CHAMPAGNE et al., 2011).

Dessa forma, a análise da implantação estuda as relações entre o contexto, as variações da implantação e os efeitos trazidos pela intervenção, permitindo dar utilidade aos resultados obtidos na pesquisa avaliativa, podendo ser considerada um componente do monitoramento do programa (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Mobiliza-se na realização desta análise, a estrutura (insumos, recursos humanos) e o processo (atividades), com ênfase nas explicações para as diferenças entre o pretendido e o realizado (produto), valorizando a dimensão explicativa, e levando em conta o contexto organizacional da intervenção, o qual pode afetá-la. Para utilizar esta análise de forma a determinar os fluxos e processos do programa, necessita-se acessar um adequado sistema de informações para servir de base ao trabalho do investigador (COSTA e CASTANHAR, 2003). Os valores pretendidos estão nos instrumentos de planejamento, e os alcançados, em livros de registros, ou outros instrumentos de cadastro de usuários, na sua falta, podem ser realizados inquéritos para obter a informação esperada (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Segundo Oliveira *et al.* (2010) para avaliar os programas e políticas de saúde é preciso reconhecer não apenas o que o programa pretende atingir, mas como ele pretende alcançar seus objetivos. Dessa forma, a avaliação do programa consiste no teste de sua teoria, dando ênfase na análise dos fatores que levam à mudança, e não somente as atividades de funcionamento do programa.

5.2 Diretrizes atuais para a detecção da tuberculose no Brasil

A normatização atual para o controle da TB no Brasil está disposta no “Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil”, lançado no ano de 2011 pelo Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância à Saúde e PNCT. A detecção, o diagnóstico e o tratamento correto e oportuno, dos casos de TB pulmonar, são as principais medidas para o controle da doença. A TB pulmonar bacilífera é a forma mais relevante para a saúde pública, em virtude de sua frequência, ocorrendo em 60% dos casos pulmonares, e pelo seu potencial de transmissibilidade e manutenção da cadeia de transmissão (BRASIL, 2011b).

Diante disso, a detecção de casos é a ação primordial no controle da TB, visto que antecede o diagnóstico em si, e permite o diagnóstico precoce das formas

pulmonares da doença. A mesma compreende a busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR) nos domicílios, comunidade, na unidade de saúde e em instituições fechadas no território. Além de incluir o exame dos contatos de casos diagnosticados com TB pulmonar (BRASIL, 2011b).

A partir da hipótese de TB é iniciado o processo de diagnóstico, que pode ser clínico-epidemiológico, bacteriológico, radiológico, por prova tuberculínica ou histopatológico. Para o diagnóstico do SR é considerado como primeira escolha o exame bacteriológico, por ser um método de baixo custo, simples e seguro, o qual consiste na pesquisa do bacilo álcool-acido resistente (BAAR), pela técnica de Ziehl-Nielsen, em no mínimo duas amostras de escarro. Desde que executado corretamente, da coleta do escarro até a análise do material, esta técnica tem a sensibilidade de identificar de 60% a 80% dos casos de TB pulmonar (BRASIL, 2011b).

A fase inicial do exame que compreende a coleta, conservação e transporte da amostra de escarro é de responsabilidade da unidade de saúde solicitante. Os profissionais devem estar habilitados para orientar o paciente quanto à coleta das amostras de escarro, uma no momento da consulta e a outra (independente do resultado da primeira) na manhã do dia seguinte, antes do desjejum, com conteúdo proveniente da árvore brônquica e volume de 5 a 10 ml. No momento das orientações se devem ofertar ao paciente os potes plásticos descartáveis, com boca larga e tampa de rosca, devidamente identificados. A coleta deve ser realizada em local aberto, preferencialmente ao ar livre. As unidades de saúde deverão receber as amostras coletadas no domicílio e conservá-las refrigeradas até o seu envio para processamento no laboratório. Quanto ao transporte é necessário manter a amostra sobre refrigeração e protegida da luz, em caixas térmicas com gelo reciclável (BRASIL, 2011b).

Além dos insumos supracitados as unidades de APS, devem possuir, minimamente, equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Assim como, a garantia por parte da gestão municipal, do acesso aos serviços de apoio diagnóstico, com fluxos definidos em uma rede de atenção à saúde, composta pelos diferentes níveis tecnológicos de serviços, favorecendo a continuidade do cuidado (PNAB, 2012). O encaminhamento do escarro coletado é de responsabilidade do gestor

municipal que, para isso, deverá contar com um sistema regular de transporte para atender todos os programas da Rede da Atenção Básica (SES, 2010).

Quanto ao tempo para disponibilização do resultado da baciloscopia de escarro ao solicitante, há divergências entre o recomendado pelo MS, 24 horas (BRASIL, 2011), e pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, de no máximo 48 horas após o recebimento da segunda amostra (SES, 2010). Os laboratórios sejam eles públicos, privados, conveniados ou não, são considerados “Postos Sentinela” na detecção e notificação de casos positivos, repassando este resultado, com brevidade por via telefônica à Vigilância Epidemiológica do Município, bem como à unidade de saúde que fez a solicitação da baciloscopia. Esta receberá, no prazo estipulado, os resultados, sejam eles positivos ou negativos, em formulário impresso (SES, 2010).

Diante do resultado positivo para tuberculose, o tratamento constitui-se em fundamental etapa do processo de interrupção da cadeia de transmissão da doença, sendo necessário iniciá-lo prontamente após o diagnóstico, independente da modalidade do serviço de saúde (UBST, ESF, serviço com TDO) (SIQUEIRA et al, 2008).

Todo este percurso, do doente de TB, desde sua identificação como SR até sua cura, deve ser registrado em instrumentos oficiais, com o propósito de serem utilizados para avaliação das ações de controle em nível local. Para tanto, existem diversos instrumentos de coleta de dados, dentre os quais, estão os Livros de Registros dos Sintomáticos Respiratórios (LRSR) e o Livro de Registro de exames Laboratoriais para o diagnóstico da TB (LRLab), além do livro de acompanhamento dos casos de TB para o tratamento e as fichas de investigação de casos do SINAN (BRASIL, 2011b).

Tais registros contem dados de interesse para a vigilância, profissionais envolvidos na assistência e a gestão municipal, merecendo atenção especial pela possibilidade de rastrear os casos positivos para tuberculose, efetivar o diagnóstico e iniciar prontamente o tratamento. Além de auxiliar na avaliação dos serviços de saúde, quanto ao alcance das metas de exame de SR, a realização de baciloscoapias de escarro e a identificação de casos positivos em cada serviço. Para tanto, é imprescindível que os dados sejam preenchidos completamente, de forma integral e precisa e atualizados regularmente (BRASIL, 2011b).

Além dos registros físicos presentes nas unidades de saúde, a base de dados, online, do SINAN deve ser amplamente utilizada, para quantificar e qualificar os dados epidemiológicos e operacionais, fornecendo informações vitais para a análise da situação do agravo e para as decisões sobre o controle da doença (BRASIL, 2011b).

6 Material e método

6.1 Modelo da pesquisa

A presente proposta trata-se de uma pesquisa epidemiológica, descritiva, avaliativa de métodos mistos com estratégia explanatória sequencial, a ser realizada em dois municípios prioritários para o controle da TB no estado Rio Grande do Sul (Pelotas e Sapucaia do Sul) (SES, 2016).

A estratégia explanatória sequencial se caracteriza pela coleta e análise de dados quantitativos, seguida pela coleta e análise de dados qualitativos, os dados são integrados durante interpretação do estudo. O seu intuito é utilizar os dados qualitativos para auxiliar na explicação e na interpretação dos dados quantitativos. Com a análise dos dados será possível explorar casos discrepantes e evidenciar outras informações negligenciadas na etapa quantitativa do estudo (CRESWELL, 2011).

Diante disso, o presente estudo é composto por uma etapa quantitativa, descritiva, tipo inquérito, com recorte transversal, composta pela coleta de dados primários (observação de campo com o *check list*) e de dados secundários (coleta dos livros de registros na APS e laboratório). E a segunda etapa qualitativa que se constituirá na aplicação de entrevista semiestruturada aos gestores do PMCT e aos profissionais de saúde da APS, de cada município.

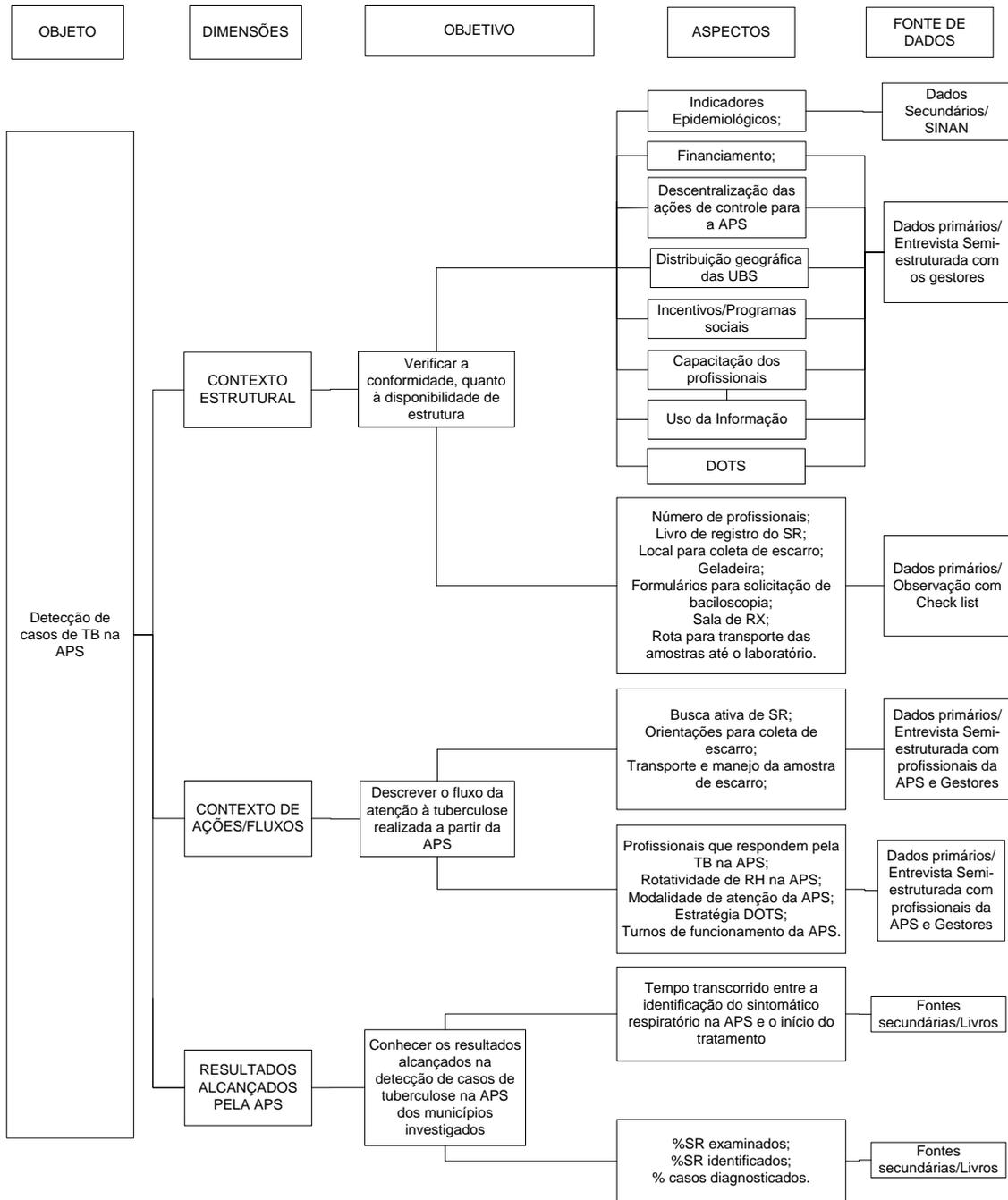


Figura 2 - Diagrama de aspectos a serem investigados sobre a detecção de casos de tuberculose para atenção aos objetivos do estudo.

6.2 Participantes do estudo, coleta e análise de dados

Os municípios em estudo foram selecionados em virtude de comporem os locais da pesquisa de origem, sendo Pelotas e Sapucaia do Sul.

6.2.1 Quantitativo

A etapa quantitativa trata-se de um recorte do projeto de origem intitulado “Atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em municípios prioritários do sul do Brasil: desafios e investimentos em estratégias de informação”, sob a coordenação da Prof. Dr^a. Roxana Isabel Cardozo Gonzales (ANEXO I). Possui caráter censitário, sendo assim, os dados foram coletados em visitas realizadas a totalidade (69) das unidades de APS de Pelotas e Sapucaia do Sul. Não sendo excluídas unidades alguma.

Os formulários para coleta de dados são compostos por um *Check list*, da pesquisa de origem (ANEXO II) para observação do ambiente das unidades de APS, com o qual o entrevistador observou os itens e anotou o que a unidade dispunha. A partir de sua análise será possível o alcance do seguinte objetivo específico: identificar a disponibilidade de estrutura (recursos materiais, humanos e organizacionais).

A coleta de dados secundários foi realizada com formulário elaborado para o livro de registros do sintomático respiratório das unidades de APS, na pesquisa de origem (ANEXO II). O que permitirá obter dados referentes ao número de solicitações de baciloscopia por unidade de saúde, e avaliar a proporção de SR identificados dentre os estimados para um período de um ano (1% do total da população), assim como o Número de SR examinados/Número de casos identificados (percentual esperado é de 4%) (BRASIL, 2011). Estes dados responderão ao objetivo específico de conhecer os resultados alcançados na detecção de casos de tuberculose pela atenção primária à saúde dos municípios investigados.

Na figura abaixo estão dispostas as variáveis referentes aos formulários de coleta de dados quantitativos descritos anteriormente.

Variáveis em estudo		Características	Tipo
Registros no LRSR	Número de solicitações de BK em 2012	Aberta	Numérica discreta
	Data da identificação do SR	dd/mm/aaaa	Numérica contínua
	Data do resultado da 1ª amostra	dd/mm/aaaa	Numérica contínua
	Resultado da 1ª amostra	Positivo/negativo/ignorado	Categórica nominal
	Data do resultado da 2ª amostra	dd/mm/aaaa	Numérica contínua
	Resultado da 2ª amostra	Positivo/negativo/ignorado	Categórica nominal
Registros do LRLab	Data da entrada da amostra no laboratório	dd/mm/aaaa	Numérica contínua
	Tipo de amostra	controle/diagnóstico/ignorado	Dicotômica
	SS de origem da solicitação	Aberta	Categórica nominal
	UBS mais próxima do domicílio	Aberta	Categórica nominal
	Data da entrega do resultado ao SS/Usuário	dd/mm/aaaa	Numérica contínua
Registro no PMCT	Data do início do tto	dd/mm/aaaa	Numérica contínua
Organização do SS e Recursos Humanos	Modalidade do SS	UBST/PACS/ESF	Categórica nominal
	DOTS	Sim/não	Dicotômica
	Horário de funcionamento	Um turno/dois turnos/três turnos	Categórica nominal
	Número de profissionais do SS	Aberta	Numérica discreta
	Número de ACS	Aberta	Numérica discreta
	Numero de Enfermeiros	Aberta	Numérica discreta
	Número de médicos	Aberta	Numérica discreta
	Número de profissionais com pós-graduação	Aberta	Numérica discreta
Estrutura dos SS e materiais	Possui LRSR	Sim/não	Dicotômica
	Potes para escarro	Sim/não	Dicotômica
	Local específico para coleta de escarro	Sim/não	Dicotômica
	Geladeira para acondicionamento de material biológico	Sim/não	Dicotômica
	Formulário de solicitação de Baciloscopia	Sim/não	Dicotômica
	Sala de RX	Sim/não	Dicotômica
	Possui rota para transporte das amostras de escarro da APS ao laboratório	Sim/não	Dicotômica

Figura 3 – Quadro das variáveis em estudo

Os procedimentos para a coleta de dados ocorreram no período de outubro de 2013 a setembro de 2014, anterior à coleta de dados foram realizados os

procedimentos de solicitação de autorização junto às secretarias de saúde de cada município, e o envio do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A aplicação do formulário de observação nas unidades de APS e a coleta de dados secundários foram realizadas, nos distintos municípios, por graduandos e pós-graduandos. Os coletadores foram treinados previamente e supervisionados por pós-graduandos participantes da pesquisa durante este processo.

O controle de qualidade das entrevistas na etapa quantitativa foi realizado pelos docentes, que atuaram como supervisores na pesquisa, exercendo a atividade de verificação da qualidade de preenchimento dos dados ao final de cada coleta e a resolução imediata de problemas operacionais quando existentes.

Os dados coletados foram digitados, com dupla entrada, em um banco de dados construído no programa Excel®, sendo realizada a testagem de consistência das informações e a posterior conversão para o formato do programa Statística 12 da Statsoft®, com o qual, será realizada a análise estatística. Na análise dos dados quantitativos serão descritas as frequências relativas e absolutas das variáveis por município, e a média dos tempos entre a detecção do SR e o início do tratamento.

6.2.2 Qualitativo

No estudo qualitativo serão convidados a participar do estudo os coordenadores municipais do PMCT e o profissional responsável pelas ações de controle da TB em cada unidade básica de saúde, sorteada para participar do estudo.

Para a seleção das unidades o procedimento adotado será, a priori, classificar, por município, as unidades por número de registros de solicitação de baciloscopias: unidades sem livro de registro do sintomático respiratório, inexistência de registros, maior número de solicitações, número intermediário de solicitações, e menor número de solicitações; em seguida serão agrupadas e realizar-se-á o sorteio de uma unidade dentro de cada grupo para compor os sujeitos do estudo.

Aos gestores, responsáveis pelo PMCT, e aos profissionais de saúde de cada município, serão aplicadas as entrevistas semiestruturadas (APENDICES B e C), contendo questões para o alcance dos seguintes objetivos específicos: Delinear o

fluxo da atenção à pessoa com sintomas de tuberculose a partir da atenção primária à saúde; Analisar o contexto externo, organizacional e institucional da implantação do controle da tuberculose na atenção primária à saúde dos municípios em estudo.

Será realizada a solicitação de autorização para o estudo às duas secretarias municipais de saúde. Após obter o aceite dos municípios, será submetido o projeto à Plataforma Brasil e os dados serão coletados mediante o aceite do CEP.

Será realizado contato telefônico com a SMS dos municípios e solicitada a indicação do gestor do PMCT para participação no estudo, em seguida será contatado este sujeito para o agendamento da entrevista de acordo com a sua disponibilidade. A mesma será realizada em local reservado, escolhido pelo sujeito do estudo, com o uso de gravador digital e mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APENDICE D). Quanto à coleta com os profissionais da APS, serão selecionados aqueles envolvidos na atenção à tuberculose nas unidades de APS selecionadas para o estudo. Adotar-se-á o mesmo procedimento, descrito acima, para a realização da entrevista com estes sujeitos. Como critério de exclusão utilizou-se o tempo de serviço inferior a seis meses.

As informações serão coletadas por meio de entrevista semiestruturada, em gravador digital, as quais serão transcritas na íntegra e analisadas utilizando-se o software Hyper Research® 3.8.2. Para tanto, utilizar-se-á a técnica de análise de conteúdo modalidade temática, a qual consiste no desmembramento do conteúdo em categorias, com o propósito de evidenciar os núcleos de sentido imbricados na comunicação. Esse tipo de análise busca identificar a presença de determinados temas que compõe a comunicação e interpretar seus significados. Para tanto, são organizadas categorias de fragmentação da comunicação, segundo critérios de classificação. As fases para a realização da análise temática compreendem a pré-análise, a fase de exploração do material e, o tratamento dos dados de interpretação (MINAYO, 2010).

Os entrevistados terão suas identidades preservadas, nos trechos selecionados para os resultados, mantendo-se o anonimato pela identificação dos gestores pela letra G, seguida pelo nome do município. Para os profissionais, será utilizada a letra P seguida pelo número correspondente à ordem da realização das entrevistas em cada município, e o nome do município.

6.3 Considerações éticas

A pesquisa de origem “Atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em municípios prioritários do sul do Brasil: desafios e investimentos em estratégias de informação” foi encaminhada inicialmente para os secretários de saúde dos quatro municípios previstos para o estudo, mediante seu aceite em participar da pesquisa, deu-se o encaminhamento para a Plataforma Brasil e obteve-se o parecer favorável de número 310.801(Anexo III).

A etapa qualitativa será igualmente encaminhada às secretarias municipais de saúde dos dois municípios (APENDICE E), e posterior ao aceite desta instância será submetido à plataforma Brasil.

A pesquisa foi elaborada respeitando os preceitos éticos que norteiam a pesquisa com seres humanos seguindo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, atentando para os fundamentos éticos e científicos constantes no item III da resolução, implicando em: ponderar os riscos e benefícios, sendo eles: riscos - a pesquisa oferece riscos psicológicos e sociais, à medida que investiga eventos relacionados à experiência de adoecimento por doença crônica de grande impacto no contexto biopsicossocial e unidades de atenção à saúde, nas quais estão envolvidos profissionais, gestores e seu processo de trabalho; Benefícios – dialogar sobre a problemática da tuberculose, expressar sentimentos e dificuldades referentes ao processo de trabalho e repensar as práticas adotadas no cuidado aos doentes.

Por se tratar de aplicação de um *Check list*, e coleta de dados secundários, na primeira etapa do estudo não foi utilizado o TCLE. Enquanto que na etapa qualitativa será aplicado o TCLE aos entrevistados (APENDICE E), em duas vias, ficando uma com o pesquisador responsável e a outra entregue ao entrevistado.

Os envolvidos no processo de transcrição das entrevistas qualitativas não terão acesso ao nome dos entrevistados, para preservar o anonimato, e serão orientados sobre as questões éticas que envolvem a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012), mantendo a confidencialidade dos dados. Os instrumentos da pesquisa, preenchidos durante a coleta de dados, assim como os áudios das entrevistas, serão preservados sob a guarda do pesquisador responsável pelo

período de dez anos, ao final deste, serão destruídos os documentos impressos, e deletados os arquivos digitais.

6.4 Divulgação dos resultados

Para o alcance da relevância social da pesquisa, se pretende garantir que os resultados serão divulgados e discutidos com as secretarias municipais de saúde, por meio da devolução de relatório com os principais resultados e da publicação de manuscritos em periódicos científicos. A divulgação dos resultados terá o propósito de estimular e incentivar as modificações necessárias para a qualificação dos serviços avaliados para a atenção à tuberculose em médio e em longo prazo.

7 Cronograma

Atividades	2013				2014				2015				2016			
	Jan-Mar	Abr-Jun	Jul-Set	Out-Dez												
Construção do projeto de origem/	■	■														
Encaminhar o projeto de origem a Plataforma Brasil		■														
Realização de Estudo Piloto		■														
Adaptação dos instrumentos		■														
Capacitação para entrevistadores e coleta de dados. Etapa quantitativa.			■	■	■	■	■									
Capacitação dos digitadores e construção do banco de dados Quantitativos						■	■									
Construção do projeto de tese						■	■	■	■	■						
Elaboração de artigos científicos	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Qualificação do projeto de pesquisa										■						
Encaminhar projeto a Plataforma Brasil - Etapa qualitativa													■			
Coleta de dados Qualitativos															■	
Análise dos dados Quantitativos														■	■	
Análise dos dados Qualitativos															■	■
Elaboração da tese										■	■	■	■	■	■	■
Defesa da tese																■
Divulgação dos resultados e submissão a periódicos																■

Figura 4 – Cronograma de atividades distribuídas em bimestres anuais.

8 Plano de despesas

Recursos Humanos e Materiais	Quantidade	Custo Unitário	Custo Total (R\$)
Lápis	40	0,70	28,00
Caneta	40	1,00	40,00
Borracha	20	0,50	10,00
Apontador	20	0,50	10,00
Prancheta	20	2,40	48,00
Envelope	100	1,20	120,00
Papel Ofício A4 (500 folhas)	20	15,00	300,00
Impressão**	1000	0,20	200,00
Revisão de Português**	02	200,00	400,00
Versão em inglês e espanhol das produções	03	750,00	2.250,00
Encadernação**	12	40,00	480,00
Capa Brochura**	12	50,00	600,00
CD**	2	2,50	5,00
Capa para CD**	2	7,00	14,00
Xérox	5300	0,10	530,00
Pen drive 4Gb	02	90,00	180,00
Gravador digital	01	80,00	80,00
Passagens para municípios**	4	70,00	280,00
Diárias em hotel**	4	200,00	800,00
Diária para alimentação**	4	60,00	240,00
Contratação de Recursos humanos para apoio técnico em estatística**	1	2.000,00	2.000,00
Total			8.615,00

*O projeto foi contemplado no edital Chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE- Decit Nº 40/2012 – Pesquisa em Doenças Negligenciadas.

** Serão custeados pela autora da pesquisa.

Figura 5- Orçamento

Referências

AMARAL, A.S.; TAMAKI, E.M.; SALES, C.M.; RENOVATO, R.D. Avaliação da descentralização do programa de controle da tuberculose do nível secundário para o nível primário do sistema de saúde de Dourados-MS. **Saúde Soc.**, v.19, n.4, p.794-802, 2010.

ANTUNES, J.L.F.; WADMAN, E.A.; MORAES, M. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, V.5, n.2, p. 367-79, 2000.

ASSIS, E.G.; BERALDO, A.A.; MONROE, A. A.; SCATENA, L.M.; CARDOZO-GONZALES, R.I.; PALHA, P. F.; PROTTI, S.T.; VILLA, T.C.S. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.46, n.1, p.111-18, 2012.

BEDUHN, D.A.V.; HARTEK, J.; REIS, S.P.; ANTUNES, L.B.; CARDOZO-GONZALES, R.I. Desempeño laboratorial de las unidades de atención primaria em el diagnóstico de tuberculosis em pelotas, Brasil. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**, v.30, n.4, p.621-5, 2013.

BILLINGSLEY, K.M.; SMITH, N.; SHIRLEY, R.; ACHIENG, L.; KEISER, P. A quality assessment tool for tuberculosis control activities in resource limited settings. **Tuberculosis (Edinb)**, v.91, S.1, p.S49-53. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3248985/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Projeto MSH. **Tuberculose Multirresistente: Guia de Vigilância Epidemiológica**. 1ª edição. Rio de Janeiro, 2007. 90p. Disponível em: < http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_670024370.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde [Online] // **Diretrizes e Normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo Seres Humanos**: Resolução 466/12. - Ministério da Saúde. Brasília(DF), 2012.

BRASIL. **Decreto 7508 de 28 de junho de 2011**. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. **Boletim Epidemiológico**. O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. v.45. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o controle da TB no Brasil**. Brasília, 2010.

BRASIL. **Norma operacional da assistência a saúde/SUS. NOAS-SUS 01/2001**. Acesso em 15 nov 2012. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n. 2, p. 569-84, 2003.

CARVALHO, S.R.; CAMPOS, G.W.S. Modelos de atenção à saúde: organização de equipes de referência na rede básica da secretaria municipal de saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.2, p. 507-15, 2000.

CHADAMBUKA, A.; MABAERA, B.; TSHIMANGA, M.; SHAMBIRA, G.; GOMBE, N.T.; CHIMUSORO, A. Low tuberculosis case detection in Gokwe North and South, Zimbabwe in 2006. **Afr. Health Sci**, v.11, n.2, p.190-6, 2011.

CHAMPAGNE, F.; PIERRE-CONTANDRIOPOULOS, A.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; DENIS, J.L. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In.: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z. (org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2011. 292p.

CLEMENTINO, F.S.; MIRANDA, F.A.N. Acessibilidade: identificando obstáculos na descentralização do controle da tuberculose nas unidades de saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**, v.18, n.4, p.:584-90, 2010.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-47

COSTA, F.L.; CASTANHAR, J.C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **RAP**. v.37, n.5, p.969-92, 2003.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3.ed. Artmed, 2010, 296p.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In Mattos, R. A.; Baptista, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde** [versão online], p.180-198. 2011. Disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.

CUNHA, N.V.; CAVALCANTI, M.L.T.; COSTA, A.J.L. Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a estratégia saúde da família em Jardim Catarina – São Gonçalo (RJ), 2010. **Cad. Saúde Colet**,v.20, n.2, p.: 177-87, 2012

CUNHA, N.V.; CAVALCANTI, M.L.T.; SANTOS, M.L.F.; ARAÚJO, V.L.A.; OLIVEIRA, E.; CRUZ, D.M.; PESSANHA, G.F. et al. Estrutura, organização e processos de trabalho no controle da tuberculose em municípios do estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v.19, n.53, p.251-63, 2015.

DAVIS, J.; KATAMBA, A.; VASQUEZ, J.; CRAWFORD, E.; SSERWANGA, A.; KAKEETO, S.; *et al.* Evaluating tuberculosis case detection via real-time monitoring of tuberculosis diagnostic services. **Am J Respir Crit Care Med**, v.184, n.3, p.362-7, 2011.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Quarterly**, v.83, n. 4, p.691-729, 2005.

DUBOIS, C.A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. História da avaliação. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTRANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z. **Avaliação: Conceitos e Métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

FIGUEIRÓ, AC; FRIAS, PG; NAVARRO, LM. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G. (Orgs) **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

FURTADO, J.P. Um método construtivista para avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.165-81, 2001.

FRATINI, J.R.G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Cienc Cuid Saúde**, v.7, n. 1, p. 65-72, 2008.

GIROTI, S.K.O.; BELEI, R.A.; MORENO, F.N.; SILVA, F.S. Perfil dos pacientes com tuberculose e os fatores associados ao abandono do tratamento. **Cogitare Enferm**, v.15, n.2, p. 271-7, 2010.

GONÇALVES, H. A tuberculose ao longo dos tempos. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, v. 7, n.2, p.303-25, 2000.

GONZALEZ, E.R.; ARMAS, L. New indicators proposed to assess tuberculosis control and elimination in Cuba. **Rev.MEDICC**. v.14, n.4, p.40-3, 2012.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Fourth generation evaluation**. London: SAGE Publications, 1989.

GUIDONE, L.M. **Avaliação dos fatores que interferem no exame bacteriológico de escarro e seu impacto nas estratégias de busca de sintomáticos respiratórios no município de Vitória-ES, Brasil**. 2012. 84f. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Espírito Santo, 2012.

GUTIÉRREZ, S.E. **Avaliação da implantação do programa de controle da tuberculose em unidades de saúde da atenção básica nas regionais norte e sul de Cuiabá/MT, 2010**. 2012. 147f. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

HARTZ, ZMA. Undisciplinary comments from evaluative research in health. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v.13,n.6, p. 1711-7, 2008.

HEUFEMANN, N.E.; GONÇALVES, M.J.; GARNELO, M.L. Avaliação do programa de controle da tuberculose em cenário amazônico: desafios em Coari. **Acta Amaz**, v.43, n.1, p.33-42. 2013.

HIJAR, M.A.; GERHARDT, G.; TEIXEIRA, G.M.; PROCÓPIO, M.J. Retrospecto da tuberculose no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.41, supl.1, p. 50-58, 2007.

HUMANIZASUS. Glossário HUMANIZASUS. 2014. Disponível em: [Http://www.redehumanizadasus.net/glossary/3#letterc](http://www.redehumanizadasus.net/glossary/3#letterc). Acesso em 6 junho 2014.

IGNOTTI, E.; OLIVEIRA, B.F.A.; HARTWIG, S.; OLIVEIRA, H.C.; SCATENA, J.H.G. Análise do programa de controle da tuberculose em Cáceres, Mato Grosso, antes e depois da implantação do programa de saúde da família. **J Bras. Pneumol**, v.33, n.3, p.287-94, 2007.

KRITSKI, A. L.; RUFFINO-NETTO, L. Health sector reform in Brazil: impact on tuberculosis control [Country Case Report] **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 4, n. 7, p. 622-626, 2000.

LAVÔR, D.C.B.S.; PINHEIRO, J.S.; GONÇALVES, M.J.F. Evaluation of the implementation of the directly observed treatment strategy for tuberculosis in a large city. **Rev Esc Enferm USP**, v.50, n.2, p.:245-252, 2016.

LIMA, R.T.; SILVA, E.P. Avaliação na Práxis da Saúde: Histórico, Enfoques Teóricos e Fortalecimento da Institucionalização. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.15, n.1, p.103-14, 2011.

MACIEL, E.L.; GOLUB, J.E.; PERES, R.L.; HADAD, D.J.; FÁVERO, J.L.; MOLINO, L.P.; BAE, J.W.; MOREIRA, C.M.; DETONI, V.D.O.V; VINHAS, S.A.; PALACI, M.; DIETZE, R. Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitoria, Brazil. **Int J Tuberc Lung Dis**, v.14, n.11, p.1403-10, 2010.

MAIOR, M.L.; GUERRA, R.L.; CAILLEAUX-CEZAR, M.; GOLUB, J.E.; CONDE, M.B. Tempo entre o início dos sintomas e o tratamento de tuberculose pulmonar em um município com elevada incidência da doença. **J Bras Pneumol**, v.38, n.2, p. 202-9, 2012.

MARCOLINO, A.B.L.; NOGUEIRA, J.A.; RUFFINO-NETTO, A.; MORAES, R.M.; SÁ, L.D.; VILLA, T.C.S.; ROLIM, F.J. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux- PB. **Rev Bras Epidemiol**, v.12, n.2, p.1457, 2009.

MARQUIEVIZ, J.; ALVES, I.S.; NEVES, E.B.; ULBRICHT, L. A estratégia de saúde da família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**, v18, n.1, p.265-271, 2013.

MÉDA, Z.C.; HUANG, C.; SOMBIÉ, I.; KONTÉ, L.; SOMDA, P.K.; DJIBOUGOU, A.D.; SANOU, M. Tuberculosis in developing countries: conditions for successful use of a decentralized approach in a rural health district. **Pan African Medical Journal**, v.17, n.198, 2014.

MENDES, E.V. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONROE, A.A.; CARDOZO GONZALES, R.I.; PALHA, P.F.; SASSAKI, C.M.; RUFFINO NETTO, A.; VENDRAMINI, S.H.F.; VILLA, T.C.S. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.42, n.2, p.262-7, 2008.

NÓBREGA, L.V.B. **Avaliação do grau de implantação das ações do programa de controle da tuberculose na estratégia de saúde da família, Recife-PE**. 2012. 90p. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

NÓBREGA, R.G.; NOGUEIRA, J.A.; SÁ, L.D.; UCHÔA, R.E.M.N.; TRIGUEIRO, D.R.S.G.; PAIVA, R.C.G. Organização do serviço de controle da tuberculose em Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguara. **Rev. Eletr. Enf**, v.15, n.1, p.88-95, 2013.

NOVAES, H.M. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.34, n.5, p.547-59, 2000.

OLIVEIRA, L.G.D.; NATAL, S.. Avaliação de Implantação do Programa de Controle da Tuberculose no município de Niterói/RJ. **Rev. Bras. De Pneumol. Sanit**, v.15 n.11, 2007.

OLIVEIRA, L.G.D.; NATAL, S.; FELISBERTO, E.; ALVES, C.K.A.; SANTOS, E.M. Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.1, p. 997-1008, 2010.

PAIVA, R.C.G.; NOGUEIRA, J.A.; SÁ, L.D.; NÓBREGA, R.G.; TRIGUEIRO, D.R.S.G.; VILLA, T.C.S. Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do nordeste do Brasil: desafio da atenção primária à saúde. **Rev. Eletr. Enf**, v.16, n.3, p.520-6, 2014.

REIS, E. J. F. B.; SANTOS, F. P.; CAMPOS, F. E.; ACÚRCIO, F. A.; LEITE, M. T. T.; LEITE, M. L. C.; CHERCHIGLIA, M. L.; SANTOS, M. A. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: Notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.6, p.50-61, 1990.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.35, n.1, p.51-8, 2002.

SÁ, L.D.; ANDRADE, M.N.; NOGUEIRA, J.A.; VILLA, T.C.; FIGUEIREDO, T.M.R.; QUEIROGA, R.P.F.; SOUSA, M.C.M. Implantação da estratégia DOTS no controle da tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004). **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.9, p.3917-24, 2011.

SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. 196p.

SAMICO, I.; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G. Abordagens Metodológicas na Avaliação em Saúde. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G.. **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.

SANTOS, T.M.M.G.; NOGUEIRA, L.T.; ARCÊNCIO, R.A. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Controle da Tuberculose. **Acta Paul Enferm**, v.25, n.6, p:954-61, 2012.

SARAPIONE, M.; LOPES, C.M.N.; SILVA, M.G.C. Avaliação em saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; SILVA, M.G.C. **Rouquayrol epidemiologia & saúde**. 7.ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p.533-57.

SES. **Prevenção e combate de doenças: tuberculose**. 2016. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/210/Tuberculose>. Acesso 21 set 2016.

SIHLER, C.B. **Avaliação da implantação das ações de controle da tuberculose, Jaboatão dos Guararapes- PE, 2010**. 2012. 85f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, J.R.L.; BOÉCHAT, N. O ressurgimento da tuberculose e o impacto do estudo da imunopatogenia pulmonar. **J Bras Pneumol**, v. 30, n.4, p. 478-84, 2004.

SIQUEIRA, H.R.; ANDRADE, E.T.; ANDRADE, I.M.; CHAUVET, P.R.; CAPONE, D.; RUFINO, R. et al. O essencial na orientação do paciente com tuberculose. **Pulmão RJ**, v.17, n.1, p.42-45, 2008.

SOARES, E.C.C. Estratégias de busca de casos de tuberculose. **Pulmão RJ**, v.21, n.1, p.50-4, 2012.

SOBRINHO, R.A.S. **Avaliação da efetividade dos serviços de saúde no diagnóstico da tuberculose em Foz do Iguaçu, PR – Tríplice Fronteira Brasil, Paraguai e Argentina**. 2012. 96p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade Estadual de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

SOUZA, O.N. **Avaliação de implementação do tratamento diretamente observado para pacientes com tuberculose em unidades de saúde do município de Manaus, AM. 2013**. 107p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

TRIGUEIRO, J.V.S.; NOGUEIRA, J.A.; SÁ, L.D.; PALHA, P.F.; VILLA, T.C.S.; TRIGUEIRO, D.R.S. Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. **Rev.Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.6, 8 telas, 2011.

VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETTO,A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. **J.bras.pneumol**, v.35, n.6, p.610-12. 2009.

WAHYUNI, C.U.; BUDIONO, R.; AHARIYANI, L.D.; SULISTYOWATI, M.; RACHMAWATI, T.; DJUWARI- YULIWATI, S.; *et al.* Obstacles for optimal tuberculosis case detection in primary health centers (PHC) in Sidoarjo district, East Java, Indonesia. **BMC Health Serv Res**, v.30, n.7, p.135, 2007.

WHO. **Global Tuberculosis Control 2004**: epidemiology, strategy, financing. Geneva: World Health Organization; 2009.

WHO. **Regions for Health Network Evaluation of health policies and plans**.

2005. Disponível em:

<http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/134391/E87798.pdf?ua=1>

APENDICES

APÊNDICE A

	Autor/Título/Ano	Local/Objetivo	Delineamento	Variáveis	N	Principais resultados
1	Ignotti et al., 2007 Análise do Programa de Controle da Tuberculose em Cáceres, Mato Grosso, antes e depois da implantação do Programa de Saúde da Família	Cáceres, MT Analisar o Programa de Controle da Tuberculose em Cáceres, Mato Grosso, entre 1999 e 2004, e o impacto que sobre ele teve a implantação do Programa de Saúde da Família, ocorrida em 2000	Estudo epidemiológico descritivo.	Tipo de tratamento, segundo a estratégia do mesmo (DOTS ou não-DOTS); forma clínica da doença (extrapulmonar ou pulmonar); modo de entrada (caso novo, recidiva, reingresso após abandono, não sabe e transferência); faixa etária; sexo; realização de baciloscopia (no momento do diagnóstico e da alta), exame de raio-X, cultura de escarro e teste anti-HIV; evolução do caso (cura, abandono ou óbito) e unidade de tratamento (equipe de saúde da família ou unidades de referência - compreendendo o ambulatório e o hospital para os casos de internação).	333 casos de TB no período de 1999 a 2004.	A avaliação do programa evidenciou que a incidência de tuberculose foi reduzida de 99,4 para 49,8 (por 100 mil habitantes) de 1999 a 2004. Os pacientes acompanhados pelo Programa de Saúde da Família apresentaram uma taxa de cura 16,4% menor do que os pacientes atendidos na unidade de referência, assim como tiveram maior probabilidade de abandonarem o tratamento (OR= 2,93; IC95%: 1,157) e maior probabilidade de irem a óbito (OR= 5,71; IC95% 1,85). A descentralização do atendimento para unidades de saúde da família não resultou em melhoria no atendimento e acompanhamento dos casos de tuberculose do município de Cáceres.
2	Wahyuni et al., 2007. Obstacles for optimal tuberculosis case detection in primary health centers (PHC) in Sidoarjo district, East Java, Indonesia	Sidoarjo district, East Java, Indonesia Avaliar o processo de diagnóstico da TB em centros de atenção primária à saúde no distrito de Sidoarjo	Estudo descritivo de corte transversal	Dados sociodemográficos dos trabalhadores; sintomas da TB; causas da TB, complicações da TB; duração da infecção após início do tratamento.	Profissionais de 25 unidades de atenção primária à saúde do distrito de Sidoarjo	No que se refere ao processo diagnóstico avaliado entre os profissionais da APS, identificou-se que 80% dos enfermeiros e 84% dos demais trabalhadores sabiam que a tosse superior a três semanas poderia ser um sintoma de TB. Quanto à causa da TB, apenas 40% dos enfermeiros souberam responder corretamente, poucos mencionaram complicações da TB e ninguém mencionou a duração da infecção após o início do tratamento. Informação sobre como produzir uma boa amostra de escarro foram fornecida aos SR por 76% dos enfermeiros e 84% dos demais trabalhadores. Todos os trabalhadores

						da TB e 32% dos técnicos de laboratório receberam formação específica no controle da TB.
3	Monroe et al., 2008. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose	Nove municípios do estado de São Paulo Analisar o envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde nas ações de controle da tuberculose	Estudo qualitativo	-	Nove Coordenadores municipais de controle da TB	Os resultados apontaram dificuldades para incorporação das ações de controle da tuberculose, na atenção básica, relacionadas à debilidade quantitativa e qualitativa de recursos humanos e à visão centralizada e fragmentada da organização dessas ações no sistema de saúde.
4	Marcolino et al., 2009 Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux – PB	Bayeux, PB Avaliar as ações de controle da Tuberculose no contexto das ESF em Bayeux-PB	Pesquisa avaliativa	Realização de exame de escarro/oferta de atendimento ao doente no horário do almoço/oferta de serviço por profissional da unidade/obtenção de consulta no prazo de 24 horas/suprimento de medicamentos para o tratamento da TB/oferta de vale-transporte para realização do tratamento supervisionado/frequência com que os profissionais vão ao domicílio do doente/	82 Profissionais de saúde	Os resultados revelaram fragilidades e potencialidades de acesso às ações de controle da Tuberculose (TB). Quanto às potencialidades, constatou-se que a descentralização do tratamento dos casos de TB vem se estabelecendo na prática das ESF: 92,7% dos entrevistados mencionaram que os doentes de TB sempre conseguem consulta nas unidades, sendo possível para 82,9% obtê-la no prazo de 24 horas; os medicamentos específicos apresentaram-se acessíveis para 64,6% das ESF. Como fragilidades, verificou-se que 61% dos entrevistados não realizaram coleta de escarro; 54,9% das unidades não oferecem atendimento no horário de almoço; 89,8% dos entrevistados não contam com auxílio transporte; apenas 40,2% das unidades adotam regularmente a visita domiciliar.
5	Amaral et al., 2010. Avaliação da Descentralização do Programa de Controle da	Dourados, MT. Avaliar a descentralização das ações do controle da tuberculose do	Pesquisa avaliativa, normativa.	Foram utilizadas as seguintes categorias de análise: estrutura, processo e resultados.	-	Ao analisar o processo de descentralização foi possível observar mudanças na atenção proporcionada aos usuários, não somente pela melhoria no acesso, mas, principalmente, pela postura dos profissionais de saúde evidenciada através de aumento significativo

	Tuberculose do Nível Secundário para o Nível Primário do Sistema de Saúde de Dourados-MS	nível secundário para o nível primário do sistema de saúde de Dourados-MS				na busca dos sintomáticos respiratórios, na coleta de escarro para a baciloscopia e na detecção dos bacilíferos entre o total dos casos pulmonares encontrados. Todavia, os avanços verificados não trouxeram os resultados esperados para o município, indicando a existência de fragilidades ou lacunas de conhecimento que comprometeram os esforços dispensados no desenvolvimento de ações do programa.
6	Oliveira et al., 2010 Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose	Rio de Janeiro, RJ Propor um modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose	Proposta de modelo teórico	O modelo proposto abrangeu os componentes político e institucional com seus respectivos produtos e resultados esperados, que servirão como padrão de julgamento da integralidade e qualidade das ações avaliadas.	-	A construção de modelos teóricos permite que a avaliação de políticas e programas ultrapasse a visão dicotômica insumos/resultados e possibilita o esclarecimento das razões do êxito da intervenção em contextos diversos e para diferentes grupos populacionais. A avaliação torna-se um instrumento para constante reformulação de uma política pública, podendo chegar à sua reversão ou substituição.
7	Clementino e Miranda, 2010 Acessibilidade: identificando barreiras na descentralização do controle da tuberculose nas unidades de saúde da família	Campina Grande, PB Analisar as representações sociais da tuberculose, frente à descentralização de controle da doença, segundo os usuários das unidades de saúde da família do município de Campina Grande-PB	Estudo qualitativo	-	34 doentes de tuberculose	Os resultados mostraram: estrutura inadequada dos serviços de saúde; distância para o centro de referência (unidade de saúde); demora no agendamento e resultados dos exames.
8	Sá et al., 2011. Implantação da	Paraíba. Analisar o	Qualitativo	Taxa de cura, abandono e óbito por TB;	7 entrevistados-	Com a implantação do DOTS, no cenário em estudo, os autores identificaram uma

	estratégia DOTS no controle da tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa de saúde da família (1999-2004)	compromisso político dos gestores na implantação da estratégia DOTS, sob a ótica dos coordenadores de PCT, nos seis municípios prioritários da Paraíba.			coordenadores do PCT estadual, e de seis Municípios da Paraíba;	potencialidade que foi o alcance de 90% na taxa de cura, por cinco municípios. Em contrapartida, ainda existem pontos negativos relacionados à dimensão política, onde foi observada a descontinuidade do cargo de coordenador de PCT, o despreparo da equipe local, a precariedade da estrutura técnico-administrativa e a insuficiência da rede laboratorial; quanto à dimensão operacional, os autores verificaram que ainda é baixa a incorporação da busca de sintomáticos respiratórios pelas Equipes de Saúde da Família.
9	Billingsley et al., 2011. A quality assessment tool for tuberculosis control activities in resource limited settings.	Nairobi, Kenya Descrever a criação de uma ferramenta de extração de dados para análise retrospectiva, com base em Normas Internacionais para o cuidado em TB, de 2009, para a avaliação de programas de controle da tuberculose localizados em recursos limitados.	Estudo experimental	A ferramenta de extração de dados foi uma série de 45 questões que avaliaram as características basais da população de pacientes, os indicadores de diagnóstico, tratamento, gestão de HIV e comorbidades, e medidas de saúde pública.	106 prontuários	Neste estudo os autores testaram ferramentas para a avaliação da qualidade dos cuidados em TB. O teste das ferramentas proporcionou que os resultados fossem utilizados pela equipe local de acolhimento para desenvolver um plano de melhoria da qualidade do serviço. Esta é uma ferramenta que pode ser usada como recurso para a coleta de dados para avaliar a qualidade dos cuidados em TB.
10	Trigueiro et al., 2011. Controle da tuberculose:	João Pessoa, PB. Analisar, segundo a	Estudo qualitativo	-	Oito gestores	Embora se reconheça os benefícios da descentralização das ações de controle da tuberculose, o planejamento local sinaliza a predominância de modelo burocrático restrito à

	descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais	percepção dos gestores de saúde, as práticas que norteiam as ações de controle da tuberculose, em municípios da região metropolitana de João Pessoa, PB.				negociação e provisão de insumos. A programação local centra-se na figura do coordenador, retratando uma linha de comando e gestão vertical que induzem à fragmentação do processo de trabalho. A tarefa de gerenciar deve trilhar caminho inovador e transformador que ultrapasse as barreiras burocráticas e alcance o maior desafio que lhe é imposto: equilibrar as inter-relações profissionais no intuito de aperfeiçoar o desempenho do trabalho em saúde.
11	Ochoa e Armas, 2012. New Indicators Proposed to Assess Tuberculosis Control and Elimination in Cuba	Cuba. Propor novos indicadores para avaliar o controle e eliminação da tuberculose em Cuba.	Revisão	-	-	Os autores sugerem que alguns processos de controle da tuberculose e seus indicadores precisam ser redesenhados e outros introduzidos, tais como: número e proporção de casos suspeitos de tuberculose entre a população vulnerável; suspeitos de tuberculose com baciloscopia e cultura para o diagnóstico; e número de contatos de casos notificados de tuberculose totalmente investigados. Esses novos indicadores foram validados e com sucesso implementado em todas as províncias (2011-12) e estão aguardando aprovação para uso generalizado no Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Estes indicadores complementar critérios existentes para a qualidade de detecção de casos e apoiar mais abrangente avaliação de desempenho do programa.
12	Nóbrega, 2012 Avaliação do grau de implantação das ações do programa de controle da	Recife/PE Avaliar o grau de implantação das ações do Programa de Controle da Tuberculose na	Dissertação/ Pesquisa avaliativa, Estudo de caso.	A dimensão escolhida para estudo foi conformidade e as subdimensões foram oportunidade técnica, disponibilidade de insumos, acomodação e aceitabilidade.	3 unidades de ESF	O resultado da avaliação evidenciou em duas unidades com implantação parcial e uma com implantação crítica ou inexistente. Esse grau de implantação teve relação direta com a identificação de casos de TB e com o controle do agravo na área de abrangência da unidade de saúde.

	tuberculose na estratégia saúde da família, Recife, PE	Estratégia Saúde da Família no município do Recife				
13	Gutiérrez, 2012 Avaliação da implantação do programa de controle da tuberculose em unidades de saúde da atenção básica nas regionais norte e sul de Cuiabá MT, 2010	Cuiabá, MT Avaliar em unidades de saúde das regionais norte e sul o grau de implantação do componente Atenção à Saúde do Programa de Controle da Tuberculose.	Dissertação/ Pesquisa avaliativa, Estudo de caso	Foram analisadas as categorias de Gestão e Planejamento do Programa de Controle da Tuberculose, Serviços de referência e insumos e Vigilância Epidemiológica, contexto.	55 entrevistados (gestores, profissionais de saúde e doentes de TB), em sete unidades, sendo duas ESF e cinco centros de saúde	No Contexto Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde foram analisadas as categorias de Gestão e Planejamento do Programa de Controle da Tuberculose, Serviços de referência e insumos e Vigilância Epidemiológica, classificado como Parcialmente Implantado (PI) atingindo 70,0% do esperado. O Contexto Externo das regionais foi analisado em relação a renda, residentes por casa e escolaridade e indicou a vulnerabilidade social nas áreas estudadas, favorável ao desenvolvimento da doença. No Contexto de Implantação da Atenção a Saúde incluiu-se as categorias de Prevenção considerada Incipiente (44,0%) em ambas as regionais. Diagnostico implantado (norte 81,1% e sul 82,2%). Na categoria Assistência classificou-se como Parcialmente Implantado (69,7%) na regional norte e Implantado (82,5%) na regional sul. No Contexto de Efeito foi analisada a categoria Qualidade da atenção Parcialmente Implantada (norte 73,8% e sul 72,8%), a categoria Resultado do tratamento foi classificada a regional norte como não Implantado (6,7%) e na regional sul como Incipiente (40,0%).
14	Assis et al., 2012 A coordenação da assistência no controle da tuberculose	Ribeirão Preto, SP Analisar a coordenação da assistência ao doente de	Estudo epidemiológico, descritivo tipo inquérito	14 indicadores para analisar a coordenação da assistência a seguir: <i>C1 Atendimento pelo mesmo profissional durante a consulta; C2 Profissional conversa sobre outros</i>	23 doentes, 16 profissionais e 17 gestores	A análise evidenciou que quando há necessidade de encaminhar o doente a outros pontos de atenção, há deficiência com descontinuidade no fluxo de comunicação e participação incipiente do doente no processo de atenção, havendo necessidade de

		Tuberculose em Serviços de Atenção Primária		<p><i>problemas durante a consulta; C3 Profissional pega o prontuário durante a consulta; C4 Profissional anota queixas no prontuário; C5 Disponibilidade dos resultados de exames na unidade de saúde; C6 Recebimento de aviso de agendamento de consulta; C7 Encaminhamento para consulta com especialista; C8 Discussão/indicação de local de atendimento em caso de encaminhamento; C9 Recebimento de ajuda profissional para marcar consulta com especialista; C10 Recebimento de comprovante de consulta com especialista; C11 Fornecimento de informações escritas ao especialista pelo profissional de saúde; C12 Retorno do doente com informações escritas do especialista; C13 Discussão dos resultados da consulta do especialista com o profissional de saúde; C14 Preocupação e interesse do profissional acerca do atendimento que o doente recebe em outro serviço.</i></p>		<p>aumentar a responsabilização pelo cuidado do doente e estimulá-lo como agente ativo do processo.</p>
15	<p>Maior et al., 2012. Tempo entre o início dos sintomas e o tratamento de tuberculose</p>	<p>Nova Iguaçu, RJ Estimar o tempo entre o início dos sintomas e o início do tratamento de pacientes com</p>	<p>Estudo epidemiológico tipo inquérito</p>	<p>Dados pessoais (idade, escolaridade, etc.) e variáveis relacionadas ao diagnóstico de tuberculose, como o tempo do início dos sintomas, o uso prévio de antibióticos, o status HIV, o local e a data da</p>	<p>199 doentes de tuberculose</p>	<p>A estimativa do tempo entre o início dos sintomas e o início do tratamento é um indicador importante na avaliação das ações de controle da TB. Neste estudo foi identificado que as medianas (e seus respectivos intervalos interquartílicos) para o tempo entre o início dos sintomas e o início do</p>

	pulmonar em um município com elevada incidência da doença	tuberculose pulmonar virgens de tratamento e com resultado positivo na baciloscopia direta do escarro, assim como avaliar as variáveis associadas à demora no diagnóstico e no início do tratamento.		primeira consulta médica e a extensão radiológica da doença; o motivo que os levou a procurar, ou não, o serviço de saúde; os exames de escarro e as radiografias de tórax.		tratamento, o tempo até a procura por atendimento médico, o tempo até o diagnóstico e o tempo até o início do tratamento, em semanas, foram, respectivamente, 11 (6-24), 8 (4-20), 2 (1-8) e 1 (1-1). A principal razão para a demora dos pacientes em procurar o serviço de saúde foi sua dificuldade em reconhecer seus sintomas como indicativos de doença. Houve também demora entre a entrada do paciente no sistema de saúde e o início do tratamento.
16	Guidone, 2012. Avaliação dos fatores que interferem no exame bacteriológico de escarro e seu impacto nas estratégias de busca de sintomáticos respiratórios no município de Vitória, ES, Brasil	Vitória, ES Analisar a qualidade dos procedimentos de coleta de escarro dos sintomáticos respiratórios em unidades de saúde no município de Vitória, ES e analisar a associação da qualidade das amostras de escarro coletadas com os resultados de baciloscopia e cultura.	Dissertação, com estudo de corte transversal, descritivo, observacional.	Variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil, bairro que reside); variáveis sobre a coleta de escarro, armazenamento e transporte até UBS (orientações sobre a coleta do escarro, sobre o armazenamento do escarro, qualidade das amostras)	182 pacientes que coletaram escarro em duas unidades de ESF de Vitória	Dos 182 pacientes entrevistados, 92,3% confirmaram ter recebido orientações quanto a procedimentos para realização da coleta de escarro. Entretanto, das nove variáveis estudadas sobre informação da coleta de escarro, com sete delas mais da metade dos pacientes não realizaram de forma adequada. Com relação às informações sobre transporte e armazenamento do material coletado, observou-se que das seis variáveis estudadas, em três delas mais da metade dos pacientes não realizaram de forma adequada.

17	Sihler, 2012. Avaliação da implantação das ações de controle da tuberculose, Jaboatão dos Guararapes_PE, 2010.	Jaboatão dos Guararapes, PE Avaliar o grau de implantação das ações do Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT) em duas Unidades de Análise na Regional 1 de Jaboatão dos Guararapes, considerando as dimensões da Atenção à Saúde (prevenção, assistência e diagnóstico) e das Informações Estratégicas (vigilância epidemiológica).	Dissertação, com estudo de caso com abordagens quantitativa e qualitativa	Variáveis sobre prevenção, assistência e Diagnóstico - (Busca ativa de SR; % diagnósticos com baciloscopia de escarro; tratamento supervisionado; %tratamento supervisionado; % cultura realizada; disponibilidade de teste HIV; aconselhamento pós teste HIV; % exames de HIV realizados; Investigação de contatos; referenciamento, busca de faltosos, notificação SINAN, estrutura adequada da unidade, potes, sala para coleta, livro de registro, medicamentos); Variáveis Informação estratégica (% tratamentos; % encerramentos em tempo oportuno; % cura; %abandono; % profissionais capacitados; atualização de boletins de acompanhamento, palestras e campanhas realizadas; utilização de informes e boletins para planejamento, monitoramento e avaliação).	Duas unidades de análise, uma ESF e uma unidade de Referência para TB em Jaboatão dos Guararapes	O grau de implantação atribuído ao PMCT na Regional 1 foi 66%. O valor alcançado da Atenção à Saúde na ESF foi 88%, enquanto que na Policlínica foi quase a metade (47%). Em relação à Informação Estratégica, o valor alcançado da ESF foi 68% e da Policlínica 53%. Os resultados revelaram uma condição mais favorável a ESF quando comparada com a Policlínica, com relação à equipe mais completa, realização de tratamento supervisionado, buscas ativas de faltosos e/ou abandonos de tratamento, campanhas e utilização do Livro de Sintomáticos Respiratórios.
18	Sobrinho, 2012. Avaliação da efetividade dos serviços de saúde no diagnóstico da tuberculose em Foz do Iguaçu, PR – tríplice	Foz do Iguaçu, PR. Avaliar a efetividade dos diferentes serviços de saúde no diagnóstico da tuberculose no	Tese avaliativa, com desenho epidemiológico do tipo corte transversal.	Variáveis sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele, escolaridade, estado civil, religião, situação empregatícia, renda familiar, local de moradia); Variáveis da efetividade dos serviços (consulta no mesmo dia, suspeita de TB referida	Casos de TB notificados em 2009 em Foz do Iguaçu.	A proporção de doentes que conseguiram consulta no mesmo dia foi superior a 70% em todos os serviços. Verificou-se que o primeiro serviço de saúde procurado pelo doente que obteve maior percentual na suspeição da TB, alcançou 46%. A solicitação de exames de escarro ocorreu em 50% dos doentes nos três tipos de serviços de saúde. O percentual de exames de raios-x solicitados foi de 30% no

	fronteira Brasil, Paraguai e Argentina.	município de Foz do Iguaçu, PR.		pelos profissionais, Diagnóstico no primeiro serviço procurado, exame de escarro solicitado, exame de raio-x solicitado, encaminhamento a outro serviço de saúde para consulta médica, raio-x ou baciloscopia de escarro, número de vezes que procurou o serviço de saúde até o diagnóstico e tempo para o diagnóstico).		pronto atendimento, sendo o melhor resultado entre os três tipos de serviços no momento da primeira consulta. O encaminhamento para consultas e realização de exames em outras unidades foi um recurso utilizado em todos os serviços. As unidades de Atenção básica à saúde encaminharam 75% dos doentes para realizarem raios-x, apresentando associação estatística significativa. Na atenção básica, 75% dos doentes tiveram que retornar cinco vezes ao serviço de saúde. Nos serviços especializados, o tempo para realização do diagnóstico foi de sete dias.
19	Cunha <i>et al.</i> , 2012. Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a estratégia de saúde da família em Jardim Catarina – São Gonçalo, RJ, 2010.	São Gonçalo, RJ Realizar um diagnóstico situacional do processo de descentralização do controle da TB para a SF no bairro Jardim Catarina.	Avaliação normativa, com abordagem qualitativa.	A partir do modelo lógico foram construídos roteiros para entrevista abordando questões da estrutura da ESF, as atividades realizadas no PCT, fluxo do atendimento de TB na ESF, percepção dos profissionais sobre as atividades de controle da TB	15 profissionais da ESF Jardim Catarina e 2 Coordenadoras regionais da TB	Os resultados apontaram um processo de descentralização lento em decorrência de problemas de estrutura e planejamento, como a escassez e rotatividade de recursos humanos e desarmonia entre o planejado e o executado nas ESF. Contudo, os profissionais entrevistados compreendem os benefícios trazidos caso o controle da TB esteja próximo da população por meio da ESF, o que é importante para o controle da doença.
20	Heufemann, Gonçalves e Garnelo, 2013. Avaliação do programa de controle da tuberculose em cenário Amazônico: desafios em Coari.	Coari, AM Avaliar o contexto e o grau de implantação do PCT no município de Coari, Amazonas, entre 2001 e 2008.	Pesquisa avaliativa, estudo de caso, quantitativo e qualitativo.	As variáveis foram: idade, sexo, forma clínica, procedência, tipo de entrada, meios diagnósticos e situação de encerramento.	Enfermeiros, técnicos de laboratório de 25 unidades de atenção primária à saúde	Os achados sugerem que o controle da TB é ação de baixa prioridade no sistema de saúde de Coari, apesar de um contexto externo adverso que favorece o aparecimento da doença e o abandono do tratamento, influenciando negativamente no sucesso do PCT. Tais fatores são agravados pela pouca utilização de atividades preventivas, pela fragmentação da atenção e pela centralização do diagnóstico da TB em uma única UBS, dificultando o acesso ao tratamento.

21	Souza, 2013 Avaliação de implementação do tratamento diretamente observado para pacientes com tuberculose em unidades de saúde do município de Manaus, AM	Manaus, AM Avaliar o nível de implantação do Tratamento Diretamente Observado (TDO) para tuberculose em unidades de saúde municipais de Manaus.	Dissertação/ Pesquisa avaliativa, normativa.	Percentual de casos novos bacilíferos em TDO, número de supervisões na 1ª e na 2ª fase do tratamento, percentual de contatos examinados, horário de funcionamento da unidade de saúde, profissionais treinados, disponibilidade de realização de baciloscopia e teste de HIV, presença de incentivos aos pacientes, visita domiciliar, uso adequados dos prontuários, livro de sintomáticos respiratórios e de acompanhamento do tratamento.	2 unidades de atenção primária à saúde, sendo uma UBST e uma ESF	O resultado final da avaliação da implantação do DOTS determinou a classificação do grau de implementação em ambas as unidades de saúde, tradicional e unidade de saúde da família, considerando-as parcialmente implementadas com 80% e 71,5% da pontuação esperada, respectivamente.
22	Bedhun et al., 2013. Desempenho laboratorial de las unidades de atención primaria en el diagnóstico de tuberculosis en Pelotas, Brasil	Pelotas, Brasil Avaliar o desempenho laboratorial das unidades de atenção primária no diagnóstico da tuberculose por baciloscopia em Pelotas, Brasil	Quantitativo descritivo	O número de solicitações de baciloscopia solicitadas e o tempo entre a solicitação e a leitura da lâmina do exame no laboratório de referência	477 registros de solicitações em sete unidades de atenção primária à saúde.	A avaliação dos registros do LRSR E DO LRLab, evidenciou que do total de solicitações identificados nas unidades de atenção primária à saúde, apenas 51,8% foram encontradas no livro de registro do laboratório. Identificou-se em relação ao tempo de leitura das lâminas, que em 27,7% demoraram oito dias ou mais.
23	Marquieviz et al., 2013 A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR)	Curitiba, PR <i>Analisar a evolução da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Curitiba entre os anos de 2000 a 2009 e seus reflexos sobre os casos de</i>	Estudo documental, ecológico agregado de base territorial longitudinal de séries temporais.	Número de ESF, número de ACS, número de casos novos de TB, número de óbitos relacionados à TB, número de abandonos do tratamento, Taxa de mortalidade por TB.	Planos Operativos Anuais, relatórios de programas e portarias da SMS de Curitiba e relatórios de atividades realizadas, referentes ao	Como principais resultados verificou-se um aumento expressivo de 127,63% no número de Equipes de Saúde da Família, com um aumento da cobertura em 76,28%. Existiu também uma preocupação com relação à capacitação continuada destas equipes o que repercutiu de forma positiva no aumento de exames para diagnóstico realizado, redução do número de casos novos, redução da proporção de abandono do tratamento e da taxa de mortalidade relacionada a tuberculose. Pelo estudo realizado percebe-se uma

		<i>Tuberculose</i>			período descrito.	correção no direcionamento das ações de controle da Tuberculose no município de Curitiba.
24	Nóbrega <i>et al</i> , 2013. Organização do serviço de controle da tuberculose em Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguara	Paraíba Analisar a organização do serviço de controle da tuberculose no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Potiguara, sob a óptica dos profissionais de saúde indígena	Qualitativo, grupo focal.	Identificação das ações de controle da TB, distribuídas no início do encontro. Esse instrumento requereu dos participantes elegerem cinco situações envolvendo ações das equipes, no cuidado ao usuário com TB, tendo como foco os recursos estruturais disponíveis e organização do serviço.	23 profissionais de saúde entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes indígenas de saúde, pertencentes a três equipes de saúde dos municípios de Rio Tinto, Marcação e Baía da Traição.	Como potencialidades constataram-se disponibilidade de insumos para realização do exame bacteriológico, garantia do fluxo laboratorial e agilidade no recebimento dos resultados. Quanto às fragilidades, evidenciou-se que o modo como o serviço se organiza favorece descontinuidade das ações; fragmentação do cuidado; comunicação deficiente entre os diferentes pontos da atenção.
25	Paiva <i>et al</i> , 2014 Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica	Nordeste Brasileiro Analisar o desempenho dos serviços de saúde no diagnóstico da tuberculose.	Pesquisa epidemiológica seccional, quantitativa	Indicador 1: Desempenho do primeiro serviço de saúde procurado pelo usuário com TB (proximidade em relação ao domicílio; suspeita do profissional; solicitação de exame de escarro; encaminhamento a outros serviços para consulta médica e procedimentos diagnósticos; local do diagnóstico). • Indicador 2: Desempenho dos serviços de saúde que realizaram o diagnóstico (orientação quanto à realização dos exames, disponibilidade de	101 usuários com tuberculose	Evidenciou-se significância estatística $p < 0,05$ entre o primeiro serviço de saúde procurado pelo usuário e o local do diagnóstico. Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) foram eleitos como porta de entrada por 46,5% dos usuários, entretanto o Programa de Controle da Tuberculose foi responsável por 54,4% dos casos diagnosticados. Quanto ao tempo para o diagnóstico, 83,2% foram diagnosticados no intervalo de tempo menor ou igual a 30 dias.

				<p>insumos para a realização dos exames diagnósticos; serviço de saúde que informou sobre os resultados dos exames).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicador 3: Tempo de diagnóstico – frequência do tempo em dias que demorou a receber o diagnóstico. 		
26	<p>Méda <i>et al.</i>, 2014 Tuberculosis in developing countries: conditions for successful use of a decentralized approach in a rural health district</p>	<p>Burkina Faso, África Implementação de uma abordagem descentralizada para lutar contra a tuberculose em Orodara Distrital de Saúde (OHD), Burkina Faso.</p>	<p>Estudo de intervenção, utilizando pesquisa não experimental. Etapa qualitativa e etapa quantitativa,</p>	<p>Proporção de casos de TB detectados, incidência de TB, prevalência de HIV e incidência de casos de TB com baciloscopia positiva.</p>	<p>16 entrevistados (um médico, cinco trabalhadores da saúde e dez pacientes com TB) de um distrito rural de Burkina Faso.</p>	<p>Havia um total de 99.259 atendimentos ambulatoriais no período do estudo, destes 7345 (7,43%) apresentavam tosse. Dos quais 503 (6,8%) com tosse crônica, os quais foram rastreados para TB, incluindo 35,59% cuja tosse foi de 10 a 15 dias. A taxa de detecção de TB, com base na realização de baciloscopias de escarro positiva foi de 16,11%, com incidência de 6,88 por 100.000 habitantes. Dentre os pacientes positivos para TB 41,37% tiveram tosse com duração de 10 a 15 dias, 10,34% foram positivos para o HIV, e 68,97% eram de áreas rurais. Os profissionais de saúde e pacientes relataram satisfação com a intervenção. Verificou-se que a implementação de uma abordagem descentralizada para a prevenção da TB em áreas rurais é plausível e eficaz.</p>
27	<p>Cunha <i>et al.</i>, 2015. Estrutura, organização e processos de trabalho no controle da tuberculose em municípios do estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil</p>	<p>Rio de Janeiro Analisar os aspectos estruturais e organizacionais relacionados às ações de controle da tuberculose em treze municípios do Estado do RJ</p>	<p>Qualitativo</p>	<p>Estrutura, organização e processo de trabalho do PCT</p>	<p>13 coordenadores do PCT de municípios do Rio de Janeiro</p>	<p>A descentralização do controle da tuberculose – por intermédio da incorporação de suas normas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) – exige a reorganização dos processos de trabalho do Programa. A substituição contínua de profissionais da ESF e a estrutura insuficiente do PCT prejudicam o controle da tuberculose. A superação do modelo baseado em um serviço de tratamento especializado requer a integração do PCT a todos os níveis do Sistema Único de Saúde, e atribuição de autonomia aos coordenadores, para tomarem</p>

						decisões.
28	Lavôr <i>et al.</i> , 2015 Avaliação da implantação da estratégia de tratamento diretamente observado para tuberculose em um município de grande porte	Manaus, AM Avaliar o grau de implantação da estratégia de tratamento diretamente observado para tuberculose em um município de grande porte.	Estudo de casos múltiplo, com abordagem quantitativa	Utilizou-se matriz de julgamento que abrange os cinco componentes da estratégia DOTS. Compromisso político com financiamento crescente e sustentável; detecção de casos por meio de bacteriologia com controle de qualidade; tratamento padronizado, com supervisão da tomada da medicação e apoio aos doentes; sistema de gestão eficaz do fornecimento de medicamentos; sistema de informação que permita o monitoramento, a avaliação das ações e os respectivos impactos.	22 unidades básicas de saúde e quatro ambulatórios especializados da cidade e Manaus	No contexto organizacional, avaliaram-se as subdimensões: autonomia técnica, política e financeira (implantada parcialmente - 65,4%), ações interprogramáticas (implantada parcialmente - 63,9%), gerência do PCT (implantada parcialmente - 49,2%), e sistema de informação (implantada - 79,8%). No contexto implantação, avaliaram-se a operacionalização e cobertura da estratégia DOTS (não implantada - 26,7%), diagnóstico bacteriológico (implantada parcialmente - 73,3%), fornecimento de medicamentos e/ou insumos (implantada parcialmente - 70,0%), e, integralidade (implantada parcialmente - 65,0%). Para o contexto efetividade, avaliou-se o resultado do tratamento, referente a cura e ao abandono (não implantada - 39,1%).

APENDICE B

Guia semiestruturado para entrevistar coordenadores municipais do programa municipal de controle da tuberculose

Data: _____ Iniciais do entrevistado: _____

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO E DO MUNICÍPIO

Formação do entrevistado: _____

Cargo/Função do entrevistado: _____

Tempo de atuação na função: _____

Recebeu treinamento específico para ser gestor da TB no município? Qual? Existem oportunidades de capacitação permanente?

Quando o PCT foi implantado no município? _____

- 1. Como se dá a organização da atenção primária à saúde no município?(distribuição sanitária)**
 - a. Qual a porta de entrada no sistema de saúde?
- 2. Como se dá a organização do programa de controle da tuberculose no seu município?**
 - a. Há descentralização de ações de controle da TB para a APS? Quais? E quando foi realizada a descentralização?
 - b. Como se dá o tratamento no município? O município possui a estratégia DOTS?
 - c. O município oferece alguma forma de apoio social aos doentes de tuberculose? Quais?
 - d. O município recebe incentivo para a atenção à TB? Como ele é empregado?
 - e. Quanto aos recursos humanos envolvidos na atenção à tuberculose, existe alguma forma de capacitação? Como se dá? É permanente?
- 3. O Sr(a) pode descrever o fluxo de atenção ao sintomático respiratório em seu município?**
 - a. Quais os serviços envolvidos (ações intersetoriais)

- b. Existe um fluxo determinado para o atendimento ao sintomático respiratório?
- c. O Sr(a) acredita que a atual organização garante a continuidade da atenção? De que forma?
- d. Como se dá a referencia e contrarreferência em tuberculose?
- e. Como se dá o processo de coleta, transporte e comunicação de resultado da baciloscopia de escarro (laboratório e serviço de saúde solicitante/usuário)?
- f. Existe rota para recolher amostras na APS?
- g. Qual é a rede laboratorial disponível para a realização da baciloscopia pelo SUS (distribuição espacial)?
- h. Existe uma pactuação sobre o tempo para a liberação do resultado da baciloscopia? E como é divulgado este resultado?
- i. Diante o resultado positivo da baciloscopia qual é a conduta dos profissionais da APS (encaminhamentos/TDO/Exame dos contatos)?

4. Fale-me sobre os registros de tuberculose.

- a. Como se dá o fluxo de informação em TB em seu município (notificação, investigação epidemiológica, registros nos livros do laboratório e livro verde)?As informações relacionadas à tuberculose são gerenciadas por qual setor?

5. No seu município é realizado o monitoramento e a avaliação das ações de controle da TB? De que forma? Descreva.

6. Qual a sua percepção a respeito de potencialidades e fragilidades da atenção à TB no município? O que pode ser melhorado? E como é possível operacionalizar estas melhorias?

APENDICE C

Guia para entrevista semiestruturada com profissionais de saúde da APS

Data: _____ Iniciais do entrevistado: _____

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO E MUNICÍPIO

Formação do entrevistado: _____

Cargo/Função do entrevistado: _____

Tempo de atuação na função: _____

Modalidade de atenção da unidade: _____

Turnos de funcionamento? _____

Possui estratégia DOTS? Quem realiza o acompanhamento? Qual a frequência da observação? _____

1. Como sua unidade de saúde está organizada para atender aos usuários com sintomas de tuberculose?

- a. Existe algum profissional responsável pela TB em sua unidade de saúde? Quem? Qual o papel dele na atenção a TB?
- b. Em sua opinião a sua unidade de saúde possui recursos humanos e materiais para a atenção à TB? Justifique.
- c. Há disponibilidade de cursos de atualização em TB? Qual a frequência? Se não, o Sr. (a) sente necessidade de atualizar-se? Se sim, busca por atualização por conta própria? Onde?
- d. Na unidade onde o Sr.(a) trabalha há rotatividade de recursos humanos? O Sr(a) acredita que esta situação interfira nas ações de controle da TB? Porque?
- e. Existe alguma referência externa a sua unidade de saúde para a atenção à tuberculose? (serviço de saúde/profissional de saúde/gestor) Como acontece o referenciamento?
- f. O Sr.(a) poderia descrever as ações realizadas para o controle da TB em sua unidade de saúde (avaliação de contatos/busca ativa de SR/busca na demanda/solicitação de exames/encaminhamentos)?

2. Conte-me sobre seu trabalho no controle da TB na APS?

- a. Diante o SR qual a sua conduta? Descreva o passo a passo (entrega dos potes/orientações para a coleta da amostra de escarro/registros nos formulários oficiais e prontuário)
- b. Como é feita a coleta de escarro? (na unidade/no domicílio) E o transporte e manejo da amostra? Em sua opinião esta estratégia é adequada? Por quê?
- c. Existe um fluxo padronizado para a condução do SR entre os serviços de saúde? Descreva o fluxo. O Sr.(a) acredita que este fluxo garante a continuidade do cuidado?
- d. Como é recebido o resultado do exame de baciloscopia? (paciente leva o resultado/recebe resultado via telefone) Qual o tempo entre a solicitação da baciloscopia e o recebimento do resultado do exame? Este tempo é apropriado? Por quê?
- e. Caso não receba o resultado do exame neste período (mencionado na questão acima) qual a sua conduta?
- f. Diante o resultado da baciloscopia positiva, qual a sua conduta em relação ao paciente e sua família? (encaminhamentos/orientações/DOTs/acompanhamento do caso)
- g. O Sr(a) sabe se há disponibilização de apoio social ao doentes de TB? Qual o tipo? Por parte de quem?
- h. Na sua rotina de trabalho como é realizada a referencia e contrarreferência dos SR e dos diagnosticados com TB? (laboratório/unidade de saúde responsável pelo tratamento).

3. Na sua opinião até onde vai sua responsabilidade na condução do SR até a cura da TB? (detecção/diagnóstico/tratamento)

4. Qual a sua percepção a respeito de potencialidades e fragilidades da atenção à TB no município? O que pode ser melhorado? E como é possível operacionalizar estas melhorias?

APÊNDICE D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“Detecção da tuberculose na atenção primária à saúde: análise das ações em Pelotas e Sapucaia do Sul”**. A mesma está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, e tem como objetivo “Avaliar a implantação das ações de detecção de casos da tuberculose na atenção primária à saúde de Pelotas e Sapucaia do Sul”.

Sua participação consistirá em responder a entrevista que será realizada no local de sua preferência, e gravada em áudio, composta por ___ questões. As informações fornecidas contribuirão para a compreensão sobre as atividades de controle da TB na APS e oferecerá subsídios para a melhoria dos serviços de saúde na atenção à Tuberculose.

Riscos - a pesquisa oferece riscos psicológicos e sociais, à medida que investiga eventos relacionados à experiência de adoecimento por doença crônica de grande impacto no contexto biopsicossocial e unidades de atenção à saúde, nas quais estão envolvidos profissionais, gestores e seu processo de trabalho; Benefícios – dialogar sobre a problemática da tuberculose, expressar sentimentos e dificuldades referentes ao processo de trabalho e repensar as práticas adotadas no cuidado aos doentes.

Após ter recebido as informações acima e ciente de meus direitos: garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas formuladas antes e durante a entrevista; afastar-me em qualquer momento se assim o desejar; segurança de que não serei identificado; segurança de que não terei nenhuma despesa financeira relacionada com a pesquisa; garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas na construção da pesquisa e na publicação de trabalhos científicos, e ficarão sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitadas por mim a qualquer momento.

Pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa e dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente responder aos instrumentos de pesquisa e autorizo o uso do gravador.

Eu, _____,
concordo em participar da pesquisa.

_____, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do Entrevistador

Assinatura do Entrevistado

Telefone () _____

APENDICE E

Carta à Secretaria Municipal de Saúde

Pelotas, 14 de 09 de 2015.

À secretaria municipal de saúde,

Venho por meio deste, solicitar a V. Sr. a autorização para desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “**Detecção da tuberculose na atenção primária à saúde: análise da implantação da política em Pelotas e Sapucaia do Sul**”. A pesquisa tem como objetivo “Avaliar a implantação das ações de detecção de casos da tuberculose na atenção primária à saúde de Pelotas e Sapucaia do Sul”. A pesquisa está sob orientação da ProfªDrª Roxana Isabel Cardozo Gonzáles, docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

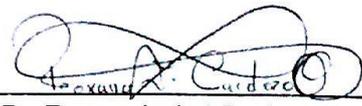
A coleta de dados será realizada com entrevista semi-estruturada, junto aos profissionais de três unidades de atenção primária à saúde do Município, e com o gestor municipal do programa de controle da tuberculose. Assim, terei presente o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, em concordância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a qual trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Comprometendo-me também em arquivar os dados coletados por um período de cinco anos, após este período os arquivos digitais serão deletados e os registros físicos destruídos.

Desta forma, conto com seu apoio, agradecendo deste já pela oportunidade e coloco-me a disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente,

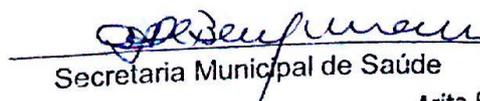


Lílian Moura de Lima Spagnolo
lima.lilian@gmail.com



Prof. Dr. Roxana Isabel Cardozo Gonzales
rcardozogonzales@yahoo.com

Em concordância com a realização do estudo. Pelotas, 08, de 12 de 2015.



Secretaria Municipal de Saúde

Arita Bergmann
Secretária Municipal de
Saúde

APENDICE E
Carta à Secretaria Municipal de Saúde

Pelotas, 10 de outubro de 2015.

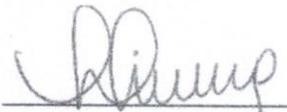
À secretaria municipal de saúde,

Venho por meio deste, solicitar a V. Sr. a autorização para desenvolver o projeto de pesquisa intitulado "**Detecção da tuberculose na atenção primária à saúde: análise da implantação da política em Pelotas e Sapucaia do Sul**". A pesquisa tem como objetivo "Avaliar a implantação das ações de detecção de casos da tuberculose na atenção primária à saúde de Pelotas e Sapucaia do Sul". A pesquisa está sob orientação da Prof^aDr^aRoxana Isabel Cardozo Gonzáles, docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

A coleta de dados será realizada com entrevista semi-estruturada, junto aos profissionais de três unidades de atenção primária à saúde do Município, e com o gestor municipal do programa de controle da tuberculose. Assim, terei presente o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, em concordância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a qual trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Comprometendo-me também em arquivar os dados coletados por um período de cinco anos, após este período os arquivos digitais serão deletados e os registros físicos destruídos.

Desta forma, conto com seu apoio, agradecendo deste já pela oportunidade e coloco-me a disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente,



Lilian Moura de Lima Spagnolo
 lima.lilian@gmail.com



Prof. Dr. Roxana Isabel Cardozo Gonzales
 rcardozogonzales@yahoo.com

Em concordância com a realização do estudo, 29, 12, de ____ de 2015.


 José Elói Wink
 Matr. 92323
 Secretário da Saúde Sapucaia do Sul

Secretaria Municipal de Saúde

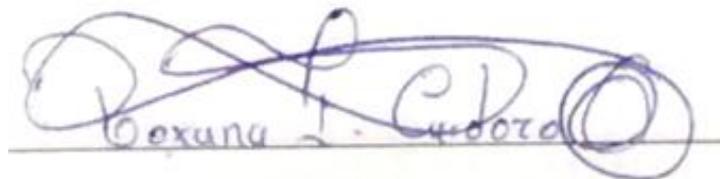
ANEXOS

ANEXO I
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
GRUPO DE ESTUDOS OPERACIONAIS EM TUBERCULOSE

DECLARAÇÃO

Pelotas, 13 de maio de 2015

Eu **ROXANA ISABEL CARDOZO GONZÁLES**, declaro para os devidos fins que **LÍLIAN MOURA DE LIMA SPAGNOLO**, pós-graduanda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, é membro do Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose da referida instituição, o qual desenvolveu a pesquisa “Atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em municípios prioritários do sul do Brasil: desafios e investimentos em estratégias de informação”, sob minha coordenação. Assim sendo está autorizada a utilizar parte dos dados coletados para elaborar sua tese de doutorado intitulada: “**Deteccção da tuberculose na atenção primária à saúde: análise das ações em Pelotas e Sapucaia do Sul**”, sob minha orientação.



Profª Drª Roxana Isabel Cardozo Gonzales
Coordenadora geral da pesquisa

ANEXO II

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 1ª ETAPA DO ESTUDO

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE ENFERMAGEM GRUPO DE ESTUDOS OPERACIONAIS EM TUBERCULOSE/FEn-UFPel	
1. Número do instrumento de coleta de dados	inquest _ _ _
2. Coletador(a): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Data: __/__/____ codcol __
3. Serviço de saúde:	ss_
4. Modalidade do Serviço 1 <input type="checkbox"/> UBS tradicional 2 <input type="checkbox"/> PACS 3 <input type="checkbox"/> ESF 4 <input type="checkbox"/> Outro. Qual?_____	mss_
5. Possui estratégia DOTS? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	dots __
6. Horário de funcionamento da unidade de saúde (em turnos) 1. <input type="checkbox"/> um turno 2. <input type="checkbox"/> dois turnos 3. <input type="checkbox"/> três turnos	Hft _
QUANTO AOS RECURSOS HUMANOS ATUANTES NESTE SERVIÇO DE SAÚDE	
7. Número de profissionais atuantes no serviço	np__
8. Número de profissionais com ensino médio	npem_
9. Número de ACS	nacs __
10. Número de Enfermeiros	nenf __
11. Número de Médicos	nmd __
12. Número de profissionais com pós-graduação	npg __

QUANTO A ESTRUTURA E MATERIAIS DO SERVIÇO DE SAÚDE PARA DETECÇÃO DA TB	
13. Livro de registro de sintomáticos respiratórios 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não se aplica (NS)	lsr __ __
14. Potes para coleta de escarro 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> NS	pot __ __
15. Local específico para coleta de baciloscopia 1 <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> NS	sbk __ __
16. Geladeira para acondicionamento de material biológico (exceto geladeira de vacinas) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> NS	gbk __ __
17. Formulário de solicitação de baciloscopia de escarro 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> NS	fbk __ __
18. Sala de Raio X 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> NS	srx __ __
SOLICITAÇÕES DE BACILOSCOPIA NO ANO DE 2012	
19. Número total de solicitações de baciloscopia	nsbk __ __



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
GRUPO DE ESTUDOS OPERACIONAIS EM TUBERCULOSE/FEn-UFPel

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO LIVRO DE SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO – APS.

Identificação						Resultado do exame de escarro para diagnóstico				Observações
Número identificador do SR	Data da identificação do SR	Nome	Idade	Sexo	Endereço	Data do resultado	1ª amostra	Data do resultado	2ª amostra	

Número identificador do SR – sequência que deve ser respeitada para a coleta do livro do laboratório; Quando o campo não estiver preenchido no livro considerar ignorado (escrever 999).

ANEXOIII**Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa – Etapa quantitativa**

FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA DETECÇÃO DE CASOS DE TUBERCULOSE EM MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DO SUL DO BRASIL: DESAFIOS E INVESTIMENTOS EM ESTRATÉGIAS DE INFORMAÇÃO

Pesquisador: Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 16772713.6.1001.5316

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico ((CNPq))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 310.801

Data da Relatoria: 15/07/2013

Apresentação do Projeto:

A detecção de casos é a principal ação para o controle da tuberculose (TB), uma vez que identifica as fontes de infecção, agiliza o tratamento, quebra a cadeia de transmissão da doença e potencializa as chances de cura do doente. Sistemas de saúde frágeis, a falta de integração entre os diferentes serviços de saúde, recursos humanos inadequados e infraestrutura laboratorial pobre continuam como obstáculos para a expansão das ações e da qualidade dos serviços de saúde na atenção à TB. Investimentos na avaliação de serviços de saúde - principalmente no âmbito da atenção primária à saúde- são de relevância em virtude do potencial para contribuir diretamente no controle da doença, uma vez que tem o território e a família como objeto de trabalho, visando identificar as fragilidades e os desafios a serem enfrentados nesse nível de atenção. Ainda são fundamentais, estudos voltados para a qualificação dos sistemas de informação em saúde e fortalecimento da estrutura da rede laboratorial pública de saúde. O projeto pretende avaliar o desempenho dos serviços de atenção primária à saúde na detecção de casos de TB pulmonar em quatro municípios prioritários para o controle da TB no estado Rio Grande do Sul (Pelotas, Canoas, Sapucaia do Sul e Santa Cruz do Sul) e implementar tecnologia de informação avaliando seu impacto na qualidade e integração de ações entre os serviços de saúde. Os estudos

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA



Continuação do Parecer: 310.801

usuário permitirá identificar possíveis prejuízos e pontos de investimentos políticos e administrativos para resolução de problemas em benefício dos usuários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa proposto tem grande importância, pois executará atividades que avaliarão o desempenho dos serviços da atenção primária à saúde na detecção de casos de TB pulmonar em quatro municípios prioritários do Rio Grande do Sul, além de se propor a implementar um sistema de tecnologia de informação como forma de fortalecimento e qualificação das ações de detecção de casos de TB.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PELOTAS, 20 de Junho de 2013

Assinador por:
Marilu Correa Soares
(Coordenador)

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

ANEXOIV

Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa – Etapa qualitativa

FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Detecção da tuberculose na atenção primária à saúde: análise da implantação da política em Pelotas e Sapucaia do Sul

Pesquisador: Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53868016.2.0000.5316

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.485.708

Apresentação do Projeto:

A descentralização das ações de controle da tuberculose (TB) para a atenção primária à saúde (APS) sucinta a extrapolação do modelo tradicional (biomédico e fragmentado) de atenção à doença, com a reorientação das políticas e práticas assistenciais. Tal ação promove o alcance da integralidade da atenção em uma rede de cuidados contínua e funcional, garantindo a agilidade entre a identificação do sintomático respiratório (SR), a coleta do escarro e o envio da amostra para análise de baciloscopia, assim como a devolução do resultado ao profissional solicitante e ao usuário, e o início do tratamento em tempo oportuno. Diante disso, a presente proposta pretende avaliar a implantação das ações de detecção de casos de tuberculose na atenção primária à saúde de Pelotas e Sapucaia do Sul. Por meio da utilização de métodos mistos com a triangulação de dados quantitativos e qualitativos, com análise da implantação das ações de controle da tuberculose nos dois municípios supra citados. A etapa quantitativa vincula-se ao projeto de origem "Atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em municípios prioritários do sul do Brasil: desafios e investimentos em estratégias de informação", sob a coordenação da Prof. Drª. Roxana Isabel Cardozo Gonzales, a qual já foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa e recebeu parecer favorável nº 310.801. Para a etapa qualitativa está sendo submetida, a presente proposta, para

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Telefone: (53)3221-1522

Município: PELOTAS

CEP: 96.010-810

E-mail: cepfo@ufpel.edu.br

FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.488.708

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	04/02/2016 12:40:43	Roxana Isabel Cardozo Gonzales	Acelto
---	----------	------------------------	-----------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 10 de Abril de 2016

Assinado por:
Marliu Correa Soares
(Coordenador)

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Telefone: (53)3221-1522

Município: PELOTAS

CEP: 96.010-610

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

II RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

II Relatório do trabalho de campo

O presente trabalho foi elaborado como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O doutorado teve início no mês de março do ano 2013, com uma duração máxima prevista de 48 meses.

O projeto de tese foi construído com vinculação ao estudo de origem “Atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em municípios prioritários do sul do Brasil: desafios e investimentos em estratégias de informação”, sob coordenação da Prof. Dr^a Roxana Isabel Cardozo Gonzáles docente do departamento de Enfermagem da UFPel, e orientadora da presente pesquisa.

Como integrante do grupo de estudos em avaliação sobre Tuberculose (GEATB-Pelotas), de coordenação da Prof. Roxana, participei desde a elaboração da proposta do estudo de origem, com envio em 2012, ao edital do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) Chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE - Decit N° 40/2012 - Pesquisa em Doenças Negligenciadas, sendo aprovada para financiamento.

O estudo foi aplicado em quatro municípios prioritários para controle da TB no Rio Grande do Sul, sendo Pelotas, Sapucaia do Sul, Santa Cruz do Sul e Canoas. Teve início em 2013, após receber autorização das secretarias municipais de saúde e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Atuei na organização da coleta de dados nos quatro municípios do estudo, e participei da coleta dos dados no município de Pelotas, a qual ocorreu entre outubro de 2013 e novembro de 2014. Após a finalização da coleta de dados coordenei a construção dos bancos de dados dos quatro municípios, junto a equipe de acadêmicos do curso de enfermagem da UFPel. Estas atividades foram efetuadas no período de agosto de 2014 a setembro de 2015. Período no qual fui bolsista pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, no Programa de demanda social.

A coleta de dados nas unidades de Pelotas foi realizada por quatro membros do grupo de pesquisa, os quais foram distribuídos pelas 50 unidades de atenção primária do município. Foi realizado um mapeamento das unidades e agrupou-se por

proximidade para facilitar o deslocamento dos coletadores. Fiquei responsável pela coleta de dados nas unidades rurais e do bairro Três-vendas. A coleta incluiu a observação das unidades, com aplicação de um *check list* (Anexo II) e a coleta de dados dos livros de registro de sintomáticos respiratórios, referentes às solicitações de baciloscopias de escarro do ano de 2012. Também realizei a coleta de dados contidos no livro de registros do laboratório municipal de Pelotas, referente aos sintomáticos respiratórios identificados nos registros dos livros da APS. As dificuldades relacionadas à coleta de dados foram na localização do livro de registros nas unidades, os quais, muitas vezes, estavam guardados em locais de difícil acesso, o que demonstra a sua pouca utilização dos mesmos pelas equipes.

A construção dos bancos de dados incluiu a revisão dos formulários de coleta de dados (corrigindo possíveis incompletudes), a capacitação dos digitadores, a construção do banco de dados no programa Excel® e o monitoramento das digitações. Após a conclusão da dupla entrada de dados, fiquei responsável pelo pareamento dos bancos e a correção das inconsistências.

A escolha de Pelotas e Sapucaia do Sul para integrar a tese, dentre os demais municípios do estudo de origem, se deu em virtude das diferenças organizacionais observadas durante a etapa de construção do projeto e a coleta de dados quantitativos. Observou-se também que o volume de informações referentes aos livros de registros dos sintomáticos respiratórios de Sapucaia do Sul era muito superior aos de Pelotas, embora este último possuísse o dobro da população e mais que duas vezes o número de unidades de atenção primária à saúde.

A qualificação do projeto de tese foi realizada no dia 12 de junho de 2015. Logo após as correções sugeridas pela banca, foi enviado o projeto às secretarias municipais de saúde dos municípios de Pelotas e Sapucaia do Sul, junto à solicitação para a realização da etapa qualitativa com os profissionais da APS e os gestores municipais responsáveis pela coordenação da TB. A aprovação dos municípios veio em dezembro de 2015, em seguida foi realizada a submissão da etapa qualitativa do projeto à plataforma Brasil, recebendo parecer favorável em abril de 2016.

Por se tratar de um estudo com métodos mistos sequenciais, a coleta de dados qualitativos se baseou nas necessidades identificadas a partir da análise dos dados quantitativos. Diante disso, a etapa qualitativa foi elaborada com o propósito

de dar subsídios sobre o contexto de implantação para compreensão dos resultados numéricos. Diante disso, a seleção das unidades de APS para a coleta dos dados qualitativos baseou-se em resultados obtidos com a análise do banco quantitativo.

A análise dos dados quantitativos foi realizada com o software Statistic da StatSoft®, por meio da estatística descritiva com distribuição de frequências absolutas e relativas. Calcularam-se as médias para os tempos transcorridos entre a identificação do SR, o diagnóstico e o início do tratamento.

A seleção das unidades para a coleta qualitativa com os profissionais de saúde foi realizada por meio da estratificação das unidades de APS dos municípios, tendo como ponto de partida a verificação do número de registros de solicitações de baciloscopia de escarro referentes ao ano de 2012, coletados na etapa quantitativa. Assim as unidades foram categorizadas pelo menor, intermediário e maior número de solicitações. Em Pelotas além destas categorias, foram criadas mais duas, em virtude de não haver disponibilidade de livro de registro em todas as unidades, e por outras não possuírem registros de solicitação.

As unidades foram distribuídas nas categorias da seguinte forma em Pelotas: sem livro de registro- 24 unidades; com livro e sem solicitações – sete unidades; de uma a nove solicitações – 11 unidades; de dez a 18 solicitações- seis unidades; e de 19 a 27 solicitações – duas unidades.

Em Sapucaia do Sul criou-se três grupos, sendo: de 3 a 36 solicitações – 11 unidades; de 37 a 73 solicitações – seis unidades; e de 74 a 111 solicitações – duas unidades. Após a estratificação, foi realizado o sorteio de uma unidade de cada grupo, obtendo-se em Pelotas cinco unidades, sendo três ESF e duas UBST. Já em Sapucaia foram três unidades, sendo uma ESF, uma UBST e uma unidade em fase de transição de UBST para ESF.

Realizei a coleta de dados qualitativos em julho de 2016, nos dois municípios. Foi realizado contato telefônico com os responsáveis pelas unidades sorteadas, e solicitado qual seria o profissional responsável pelas ações de controle da TB na unidade. Em todas elas, os enfermeiros se autodeclararam os responsáveis pelas ações de controle da tuberculose, embora, segundo a Portaria Nacional de Atenção Básica (PNAB), todos os profissionais atuantes na APS tem a responsabilidade de prestar atenção integral aos indivíduos sobre sua responsabilidade, assim como

participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade.

Em Sapucaia do Sul foram utilizados dois dias para concluir a coleta, com aplicação das entrevistas (APENDICE B e C) a três enfermeiros e ao coordenador da Vigilância Epidemiológica. Em Pelotas foram necessários 15 dias para concluir, em virtude da dificuldade em contatar os profissionais das unidades sorteadas, por problemas relacionados à ausência de telefone nas unidades, necessitando realizar o contato pessoalmente para realizar o convite e agendamento. E ainda a ausência dos profissionais nas unidades nas datas e horários previamente agendados, sendo necessário novo agendamento. Neste município também houve a negação em participar do estudo, pelo responsável pelas ações de controle da tuberculose. Sendo necessário convidar outro membro da gestão, o qual aceitou integrar o estudo. Dessa forma, em Pelotas foram entrevistados cinco enfermeiros da APS e o Diretor das ações em saúde da atenção básica municipal.

Após a coleta de dados foi realizada a transcrição das entrevistas, e o controle de qualidade, por alunos bolsistas de iniciação científica (inseridos no projeto de pesquisa, na instituição onde atuo como docente - Instituto Federal do Paraná, Câmpus Palmas). Em seguida os dados foram inseridos no programa Hyper Research® versão 2.8.3, e procedeu-se a análise dos dados com o desmembramento do conteúdo em categorias, utilizando-se a análise de conteúdo de Minayo, modalidade temática. Foi realizada a leitura repetida das entrevistas, buscando-se identificar a presença de temas e interpretar seus significados. Os trechos foram selecionados e agrupados em: fluxo do SR na detecção de casos de TB; a estrutura das unidades de APS para a detecção de casos; fragilidades e potencialidades do fluxo municipal de detecção de casos.

Para a construção dos artigos para a defesa, uniram-se os objetivos específicos, com o propósito de triangular os dados quantitativos e qualitativos e promover a compreensão do objeto de estudo. São defendidas nesta tese duas produções, sendo a primeira intitulada “Detecção de casos de tuberculose pela atenção primária à saúde: estrutura de municípios do Rio Grande do Sul”. Neste artigo foi contemplado o objetivo específico “Identificar a disponibilidade de estrutura (recursos materiais, humanos e organizacionais)”. Sendo apresentados os dados coletados no *check list* e nas entrevistas qualitativas, tema estrutura. Para a análise

dos dados utilizou-se como parâmetro as diretrizes nacionais para o controle da TB, disponíveis no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil e produções científicas selecionadas por meio de busca nas bases de dados Scielo, Medline/PubMed.

Na construção do segundo artigo intitulado “Detecção de casos de tuberculose: fluxo e resultados em municípios do Rio Grande do Sul” uniram-se os objetivos “Delinear o fluxo da atenção à pessoa com sintomas respiratórios de tuberculose a partir da atenção primária à saúde e descrever os resultados alcançados na detecção de casos de tuberculose pela atenção primária à saúde dos municípios investigados”. Sendo apresentados dados coletados na entrevista qualitativa, tema Fluxo da detecção de casos de TB, e os dados coletados dos registros do LRSR e livro do laboratório, com os quais foi possível calcular os indicadores de detecção de casos, proporção de SR examinados entre os estimados; proporção de diagnósticos entre os examinados; e ainda a contribuição da APS em comparação com os resultados obtidos em cada município. Os dados foram analisados a luz da produção científica sobre a temática selecionada com revisão da literatura nas bases de dados supracitadas.

O objetivo específico “analisar o contexto externo, organizacional e de implantação do controle da tuberculose na atenção primária à saúde dos municípios em estudo” permeou a construção dos artigos, pois se trata da ampliação de cada um deles, da avaliação normativa para a análise contextual.

O município de Pelotas, com população de 343.651 habitantes está localizado na região sul do Estado. Possui índice de gini de 0,42, o que indica presença de desigualdades sociais e econômicas marcantes, que podem influenciar diretamente no acesso aos serviços de saúde. Em relação à organização municipal para o controle da TB, verifica-se a descentralização das ações de detecção para a APS, com a centralização dos exames de baciloscopia no laboratório municipal, sendo o SR responsável pelo acondicionamento e transporte da amostra até o laboratório. Entretanto, o tratamento continua centralizado em um ambulatório localizado no centro da cidade, o qual oferece tratamento auto-administrado, com realização de consultas mensais para retirada da medicação.

Considerando os relatos da gestora municipal e dos profissionais entrevistados a centralização do tratamento é um entrave importante para o desenvolvimento das ações de detecção de casos, visto que, segundo os mesmos,

a organização municipal estimula a desresponsabilização das unidades de APS pelas ações de controle, atribuindo-as ao serviço que faz o acompanhamento dos casos.

Considera-se que o município tem potencialidades para reverter este cenário, visto que está organizado em seis distritos sanitários com 50 unidades de APS e cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) de 70,2% da população, em junho de 2016. A ESF com suas características de adscrição de clientela, e formação de vínculo, e a existência do profissional ACS facilita o trabalho de detecção de casos e o acompanhamento do tratamento no próprio território, sem geração de custos ao indivíduo com TB para o diagnóstico e tratamento.

O município de Sapucaia do Sul, localizado na região metropolitana de Porto Alegre, possui uma população de 138.933 habitantes. E a característica de trânsito frequente de indivíduos que, muitas vezes, dormem em Sapucaia do Sul, mas trabalham em outro município da região metropolitana. O índice de gini é semelhante ao de Pelotas, com 0,41, não apresentando diferença entre os municípios em relação às desigualdades socioeconômicas.

Entretanto, a organização municipal para o controle da TB em Sapucaia do Sul conta com a descentralização das ações de detecção e de tratamento para a APS. O acompanhamento é realizado na APS para os casos sem co-morbidades, os indivíduos com HIV ou outra doença crônica realizam o tratamento no ambulatório municipal de Tuberculose ou junto ao Serviço de Apoio Especializado em HIV. A APS é responsável pela solicitação, manejo, conservação e transporte das amostras de escarro até o laboratório de referência para o município, sem custos ao SR.

O município está organizado em quatro distritos sanitários, com 19 unidades de APS, e cobertura de ESF de 49,6% da população em junho de 2016. As características de organização com a capacitação continuada das equipes de saúde e o estabelecimento de um fluxo de cuidado contínuo e de responsabilização da APS, sem custos ao indivíduo com TB, o que permitiu o alcance das metas de detecção de casos preconizadas pelos órgãos internacionais no ano de 2012.

Retornando a trajetória durante o curso de doutorado, destaco que além de cumprir os créditos em disciplinas da pós-graduação, realizei estudo da língua inglesa, curso completo com 18 meses de duração, e fui a co-orientadora de um trabalho de conclusão de curso de graduação. As produções publicadas no período foram 12 artigos, e também, mais dois aceitos para publicação nos periódicos:

Revista Gaúcha de Enfermagem, Revista Eletrônica de Enfermagem, Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Ciencia y Enfermeria, Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental, Journal of Nursing, Cuidado y Salud, Epidemiologia e Serviços de Saúde. Além de resumos publicados em anais de eventos, Congresso Brasileiro de Epidemiologia, ENPos-UFPel, entre outros.

Neste período, integrei o grupo de avaliadores do Congresso de Iniciação Científica da UFPel em 2013 e 2014, e passei a atuar como avaliadora no periódico Epidemiologia e Serviços de Saúde. Em 2015, fui aprovada em concurso público para docente na carreira do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico no Instituto Federal do Paraná, Campus Palmas. No qual tomei posse em outubro do referido ano, e atuo como docente do curso de Graduação em Enfermagem.

III ARTIGOS

Artigo I

Revista Ciência & Saúde Coletiva

Deteção de casos de tuberculose pela atenção primária à saúde: estrutura de municípios do rio grande do sul

Lílian Moura de Lima

Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Resumo

Objetivo: analisar a estrutura da atenção primária à saúde para a detecção de casos de tuberculose em municípios prioritários do Rio Grande do Sul. **Método:** descritivo, avaliativo de métodos mistos. Desenvolvido entre 2013 e 2016, com aplicação de observação sobre a estrutura física em 69 unidades de atenção primária à saúde; e entrevistas semi-estruturadas com 10 indivíduos. Análise utilizando-se estatística descritiva e análise de conteúdo. **Resultados:** Nas 50 unidades de Pelotas observou-se ausência de: potes (24%); formulários (53,1%), livro de registro (48%) e transporte do material até o laboratório (86%). Nas 19 unidades de Sapucaia do Sul havia disponibilidade destes insumos. A ausência de profissionais, a rotatividade dos recursos humanos e a deficiência de capacitações, surgiram como as principais deficiências estruturais. **Conclusão:** há diferenças estruturais entre os municípios. Sugere-se a adoção da coordenação da atenção à tuberculose em Pelotas, garantindo a continuidade da atenção ao SR.

Descritores: Atenção primária à saúde; Tuberculose; /prevenção & controle; métodos mistos; avaliação de serviços de saúde

Detection of tuberculosis cases by primary health care: municipalities structure of Rio**Grande do Sul***Abstract*

Objective: to analyze the structure of primary health care for the detection of tuberculosis cases in priority municipalities of Rio Grande do Sul. Method: descriptive, evaluative of mixed methods. Developed between 2013 and 2016, with application of observation on the physical structure in 69 units of primary health care; And semi-structured interviews with 10 subject. Using descriptive statistics and content analysis for data analysis. Results: In the 50 units of Pelotas was observed the absence of: pots (24%); forms(53.1%), report book (48%) and transport of material to the laboratory (86%). In the 19 units of Sapucaia do Sul, these inputs were available. The absence of professionals, the turnover of human resources and the deficiency of capacities, emerged as the main structural deficiencies. Conclusion: there are structural differences between municipalities. It is suggested that the coordination of tuberculosis care in Pelotas be adopted, ensuring continuity of attention to respiratory symptoms.

Descritores: Primary Health Care; Tuberculosis; /prevention & control; mixed methods; Health Services Evaluation.

Introdução

O controle da tuberculose (TB) é uma prioridade a ser enfrentada em âmbito mundial, a carga da doença estimada se concentra em 22 países, sendo o Brasil um deles, ocupando o 18º lugar no ranking, o que representa 0,9% dos casos estimados no mundo¹. Em 2015, foram registrados 63.189 casos novos de TB, que correspondem ao coeficiente de incidência de 30,9/100.000 habitantes no país. No estado do Rio Grande do Sul a incidência, para o mesmo período, excedeu a incidência nacional com 39,2/100.000 habitantes².

Ao final de 2015, encerrou-se o período abarcado pelas “Metas do Desenvolvimento do Milênio”, com resultados positivos na luta contra a TB, principalmente nos indicadores de prevalência e mortalidade, com discreta redução da incidência³. Contudo, seguem novas estratégias globais com o objetivo de excluir a TB como um problema de saúde pública. A OMS estabeleceu, a partir de reunião da Assembleia mundial da Saúde em 2014, a meta de redução da incidência da TB para menos de 10/100.000 habitantes até 2035^{2,3}.

Considera-se ação primordial para o sucesso do controle da TB a detecção precoce e o tratamento adequado dos doentes⁴. A recomendação atual é descobrir, no mínimo, 70% dos casos de TB estimados e curar pelo menos 85% dos diagnosticados⁵. Considerando que para a detecção precoce é necessário captar os sintomático respiratório (SR) (pessoas com tosse há três semanas ou mais) nas primeiras semanas de adoecimento, a busca ativa na comunidade torna-se ferramenta essencial, fortalecendo a premissa de descentralização das ações de controle da TB para a atenção primária à saúde (APS)^{6,7,8}.

Por se tratar de uma atividade complexa, a detecção de casos exige a atuação de equipes multidisciplinares, devidamente capacitadas e apoiadas por estrutura física e organizacional, com ações intersetoriais e fluxo contínuo de informações, permitindo a efetiva

coordenação da assistência, com capacidade de assegurar a continuidade da atenção e o alcance das necessidades de saúde do usuário^{9,10}.

A estrutura necessária para a detecção de casos de TB inclui a disponibilidade de aspectos físicos e organizacionais por parte da gestão municipal às equipes de APS, incluindo os insumos para a solicitação do exame de baciloscopia de escarro (potes, formulários, livro de registro, caixa térmica), o transporte das amostras até o laboratório, e uma equipe de profissionais, devidamente capacitada e sensibilizada, para conduzir o SR até o diagnóstico⁵. Estudos realizados em São Gonçalo/RJ⁸ e Potiguara/PB⁶ evidenciaram limitações estruturais organizacionais para a realização das ações de controle da TB na APS, o que causou a fragmentação da atenção e produziu reflexos na eficácia das ações de controle.

Reconhece-se a estrutura física e organizacional da APS como fatores condicionantes para a efetiva detecção de casos de TB e consequente alcance do controle da doença. Em vista do exposto, objetivou-se, neste artigo, analisar a estrutura da atenção primária à saúde para a detecção de casos de tuberculose em municípios prioritários do estado do Rio Grande do Sul.

Métodos

Estudo descritivo, avaliativo, com uso de métodos mistos, do tipo explanatório sequencial. Desenvolvido no período de outubro de 2013 a outubro de 2016, com análise das ações de controle da TB na APS de dois municípios do Rio Grande do Sul. Sapucaia do Sul e Pelotas foram selecionados por fazerem parte da lista de municípios prioritários para o controle da tuberculose no Estado¹¹.

Pelotas está localizada na região sul do estado, possui uma população de 343.651 habitantes e está organizada em seis distritos sanitários com 50 unidades de APS, com cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) de 70,2% da população em junho de 2016. A detecção de casos está descentralizada para a APS e o tratamento está centralizado em um único serviço ambulatorial. Sapucaia do Sul, localizada na região metropolitana de Porto

Alegre, possui uma população de 138.933 habitantes, está organizada em quatro distritos sanitários, com 19 unidades de APS, com cobertura de ESF de 49,6% da população em junho de 2016. As ações de controle da TB são municipalizadas e descentralizadas para a APS^{12,13}.

A pesquisa é constituída por duas etapas, a primeira quantitativa, originada de um estudo multicêntrico¹⁴, de caráter censitário, realizado entre outubro de 2013 e novembro de 2014, no qual os dados foram coletados em visitas realizadas às 69 unidades de APS dos municípios em estudo. A segunda qualitativa, realizada em julho de 2016, com aplicação de entrevista semi-estruturada a gestores municipais responsáveis pelas ações de controle da TB e aos profissionais da APS responsáveis por estas ações em suas unidades de trabalho.

Na etapa quantitativa utilizou-se um formulário estruturado e previamente codificado. A coleta ocorreu com aplicação de um *Check list*, contendo as variáveis relacionadas ao contexto estrutural: modalidade do serviço de saúde; existência de estratégia de tratamento diretamente observado; horário de funcionamento; número de profissionais enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde; existência do livro de registro de sintomático respiratório; potes para coleta de escarro; local específico para coleta de escarro; geladeira para acondicionamento de material biológico; caixa térmica; formulário para solicitação de baciloscopia; transporte da amostra até o laboratório. A análise destas variáveis permitiu verificar a conformidade da estrutura das unidades de APS para o controle da TB. Foi construído banco de dados no programa Excel®, e a análise foi realizada do programa Statística 12 da Statsoft®, com o qual, foi realizada a análise estatística, descrevendo as frequências relativas e absolutas das variáveis.

A seleção dos profissionais de saúde para compor a coleta qualitativa foi realizada a partir da estratificação das unidades de APS dos municípios, com base na análise quantitativa do número de registros de solicitações de baciloscopia de escarro referentes ao ano de 2012. Assim foram categorizadas pelo menor, intermediário e maior número de solicitações. Para

Pelotas além destas categorias, foram criadas mais duas, em virtude de não haver disponibilidade de livro de registro em todas as unidades, e outras não possuíam registros de solicitação (sem livro de registro- 24 unidades; com livro e sem solicitações – sete unidades; uma a nove solicitações – 11 unidades; dez a 18 solicitações- seis unidades; e 19 a 27 solicitações – duas unidades); e três grupos em Sapucaia do Sul (3 a 36 solicitações – 11 unidades; 37 a 73 solicitações – seis unidades; 74 a 111 solicitações – duas unidades).

Foi realizado o sorteio de uma unidade em cada uma das categorias, acima citadas, totalizando oito unidades. Foi realizado contato telefônico e o agendamento da entrevista com o profissional responsável pela TB na unidade, utilizando-se como critério de inclusão o tempo de serviço igual ou superior a seis meses na APS do município. O grupo de unidades sorteadas em Pelotas foi composto por duas unidades básicas tradicionais (UBST) e três unidades de estratégia de saúde da família (ESF), em Sapucaia do Sul o grupo foi composto por uma UBST, uma ESF e uma unidade em fase de transição de UBST para ESF. Entre os gestores municipais responsáveis pelas ações de controle da TB, em Pelotas o profissional entrevistado foi o Diretor das ações em saúde da APS, e em Sapucaia do Sul o coordenador da vigilância epidemiológica municipal.

As entrevistas semiestruturadas foram compostas por questões abertas a respeito da estrutura física e organizacional da APS para atender à TB, sobre as ações desenvolvidas na APS para a detecção de casos, e sobre a percepção do profissional a respeito das potencialidades e fragilidades da organização municipal para o controle da TB. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas e analisadas no software Hyper Research® versão 2.8.3, utilizando-se a análise de conteúdo, modalidade temática¹⁵, buscando-se identificar a presença de temas que compuseram as entrevistas e interpretar seus significados. Da análise emergiram os temas de estrutura e fluxos de atenção. Para fins desta

publicação será abordado o tema estrutura, o qual inclui: os recursos materiais, humanos e organizacionais para operacionalizar a atenção à TB na APS.

O uso de diferentes fontes de dados e métodos de coleta, com triangulação dos resultados provenientes da observação (*Check list*) e entrevistas com profissionais e gestores garantiram a validade do estudo¹⁶. Assim cumpriu-se o propósito de relacionar as duas etapas da pesquisa, utilizaram-se os dados qualitativos para complementar a compreensão dos dados quantitativos.

Na realização deste estudo, foram respeitados os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹⁷. O anonimato dos sujeitos foi garantido identificando-os pela letra G, no caso dos representantes da gestão e pela letra P para os profissionais, acompanhadas do nome do município. O projeto foi submetido à Plataforma Brasil em sua etapa quantitativa com apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem da UFPel, recebendo parecer favorável número 702.283. E a etapa qualitativa submetida posteriormente, ao mesmo CEP, recebeu parecer favorável de número 1485.708.

Resultados

Na tabela 1 estão apresentados os resultados relacionados à estrutura física e organizacional, no contexto da implantação das ações de detecção da TB nos municípios em estudo. Em relação a Pelotas verifica-se que as unidades de saúde estão organizadas para atuarem, predominantemente, em dois turnos (72%). Quanto aos insumos para a detecção de casos de TB verifica-se que 48% não possuem o livro de registro de sintomáticos respiratórios, 53,1% não possuem formulários para solicitação da baciloscopia de escarro, e 24% não possuem potes para o acondicionamento das amostras.

Tabela 1 – Estrutura para as ações de detecção de casos de tuberculose nas unidades básicas de saúde de dois municípios prioritários do Rio Grande do Sul.

Estrutura	Pelotas		Sapucaia do Sul	
	(n=50)		(n=19)	
	n	%	N	%
Turnos de funcionamento				
Turno único	6	12,0	1	5,3
Dois turnos	36	72,0	14	73,7
Três turnos	8	16,0	4	21,0
Livro de registro de sintomático respiratório				
Não	24	48,0	0	0,0
Sim	26	52,0	19	100
Formulário de solicitação de baciloscopia				
Não	27	53,1	0	0,0
Sim	23	46,9	19	100
Potes para coleta de escarro				
Não	12	24,0	0	0,0
Sim	38	76,0	19	100
Local específico para coleta de escarro				
Não	50	100	19	100
Onde é realizada a coleta*				
Residência	28	65,1	19	100
Sala de uso comum na unidade	15	34,9	0	0,0
Geladeira para acondicionar as amostras				
Não	50	100	18	94,7
Sim	0	0,0	1	5,3
Caixa térmica para acondicionar as amostras				
Não	30	60,0	1	5,3
Sim	20	40,0	18	94,7
Transporte das amostras até o laboratório				
Paciente/familiares	43	86,0	0	0,0
Prefeitura	7	14,0	19	100

*variável com cinco respostas ignoradas.

Fonte: estudo “Atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em municípios prioritários do sul do Brasil: desafios e investimentos em estratégias de informação”, 2013-2014.

Verificou-se que não havia local específico para coleta de escarro nas unidades de saúde, sendo recomendada a coleta em 65,1% das unidades no domicílio dos SR. As unidades não possuem geladeira para acondicionamento de material biológico e 40% delas possuem caixa térmica. Em relação ao transporte das amostras até o laboratório municipal, em 86% das unidades o responsável é o próprio SR ou seus familiares.

Em relação à Sapucaia do Sul, verifica-se que as unidades atuam prioritariamente em dois turnos (73,7%), e a totalidade das unidades possui os insumos para a solicitação das baciloscopias. As unidades não dispõem de local específico para coleta do exame, sendo indicada a realização nas residências dos usuários. As unidades possuem em 94,7% dos casos caixas térmicas para o acondicionamento das amostras e apenas uma unidade (5,3%) possui geladeira para esta finalidade. O transporte das amostras de escarro até o laboratório é realizado por veículo próprio do município.

Quando questionados a respeito da existência de insumos suficientes para realizarem a solicitação da baciloscopia de escarro, de forma unânime, os profissionais da atenção primária à saúde não relataram problemas, conforme evidenciado nos trechos selecionados:

“única coisa que posso te dizer de recurso que a gente tem pra fazer o acompanhamento, se quiser, é os potes, o livro e o contato com o centro de especialidades (serviço de referência). Quando falta é só pedir que vem mais!” (P2_Pelotas).

“Eu acredito que a tuberculose é uma questão complexa, mas tu não precisa de uma complexidade física pra atender. Tu precisas sim de uma questão mesmo de sensibilidade humana, de compreendê-los e

analisar os sintomas. Então eu acredito que sim, a gente tem material e consegue detectar e fazer a solicitação dos exames” (P1_Sapucaia do Sul).

Em contrapartida os profissionais se referiram à insuficiência de recursos humanos nas unidades, assim como a rotatividade destes, como problemas estruturais para o desenvolvimento das ações de controle da TB. Destacando-se, principalmente, nas falas dos profissionais de Pelotas, como se observa abaixo:

“No momento a gente não tem nenhum clínico lotado aqui na Unidade, isso dificulta. Então, o enfermeiro é quem avalia as situações! [...] os profissionais médicos clínicos, a gente tem muita rotatividade! E enfermeiros também, eu estou há quatorze anos, mas nesse período, o enfermeiro do outro turno já trocou cinco vezes, então já rodou bastante! Outra coisa, às vezes a gente perde os pacientes nesta situação (doentes de TB), porque como a gente não tem um visitador, não tem um agente comunitário de saúde, porque aqui não é ESF, a gente demora um pouco pra ter um próximo contato com a pessoa para saber se realmente foi até o laboratório, que é um risco bem grande de se perder neste caminho!” (P5_Pelotas).

Em Sapucaia do Sul a ausência de recursos humanos, na fala dos profissionais foi relacionada aos agentes comunitários de saúde (ACS), por se tratar de uma unidade tradicional e não possuir este profissional, as demais categorias profissionais foram consideradas satisfatórias. Um dos entrevistados pontuou a questão da rotatividade de recursos humanos como fator que interfere nas ações de detecção de casos de TB.

“Eu acho que o quantitativo de profissionais que a gente tem hoje está ok! No atendimento do paciente quando chega sintomático, geralmente a gente tem condições de atender no dia, e já fazer a escuta e solicitar o bk do escarro! A única coisa que nós deixamos a desejar ainda é a questão de busca ativa, é quando a gente tem algum paciente que é mais distante da unidade, porque como a gente é uma UBS tradicional, a gente não tem agente comunitário de saúde, e não atende só pessoas que residem em nosso entorno, pega pessoas de bairros bem distantes. Então quando tem a questão do faltoso, a gente acaba tendo como único recurso a ligação telefônica”(P3_Sapucaia do Sul).

“Nossa equipe está completa, mas tem bastante rotatividade, principalmente de médicos e técnicos de enfermagem! E isso interfere, porque tu tens que começar às vezes do zero. Porque a pessoa que tá vindo, às vezes, é um contrato novo, e não tem capacitação, ou veio do hospital, nunca ouviu falar de TB. Às vezes a pessoa que saiu era a pessoa de referência da tuberculose na equipe, ou que tinha mais contato, e daí tem que começar ou fazer de novo, então interfere”(P1_Sapucaia do Sul).

Em relação aos recursos organizacionais há diferenças entre a estrutura dos municípios. Em Sapucaia do Sul existe a descentralização do tratamento, com médico de referência nas APS, e a adoção da estratégia de tratamento diretamente observado (TDO) na totalidade das unidades, assim como a responsabilização da APS pela detecção dos casos com a coleta das amostras de escarro, o seu acondicionamento e o envio ao laboratório, realizado

por veículo da vigilância epidemiológica do município. Enquanto que em Pelotas o tratamento é auto-administrado, o médico de referência está lotado em um único serviço ambulatorial, no centro da cidade, as ações de detecção são realizadas pela APS com a responsabilização do usuário pela coleta, armazenamento e transporte das amostras até o laboratório.

“Nós descentralizamos em 2005 todas as ações para a atenção básica [...] nas ESF nós temos os profissionais que assumem o paciente completamente, lá está o médico que faz o diagnóstico e tem o enfermeiro, eles trabalham juntos e acompanham o paciente desde o diagnóstico até o final do tratamento. Mas nem sempre as pessoas moram em área de estratégia e saúde da família, aí a gente referencia para uma unidade básica tradicional. [...] os esquemas básicos tem o médico prescritor na atenção básica, para os casos de co-morbidades ou doenças infecciosas o prescritor fica no serviço de referência ou infectologia, mas o acompanhamento com o TDO é feito pelos profissionais da atenção básica no território” (G_Sapucaia do Sul).

O gestor de Pelotas aponta a falta de interesse dos profissionais pela TB, em especial da classe médica, como um problema estrutural para operacionalizar a organização da descentralização do tratamento da doença para a atenção primária à saúde.

“Descentralizamos as ações de detecção para a atenção básica [...] a gente vem tentando há muito tempo descentralizar o tratamento, durante algum período a gente tinha alguma resistência, por parte dos próprios profissionais do programa. Deixar o filho ir embora é uma coisa complicada! Mas hoje a gente já está em outro momento, agora

eu tenho um limitador grande, que é a falta de profissionais, principalmente médicos, que tenham sensibilidade com a causa da TB. [...] Na rede não temos interessados em trabalhar no programa então a captação de profissionais é bem difícil. E isso me limita, porque para eu descentralizar o tratamento, eu teria que ter, no mínimo, um profissional que tivesse habilidade suficiente para dar suporte. Eu também não posso largar tudo para a rede, descentralizar, e correr o risco de saírem por ai fazendo coisa que não deveria ser feita” (G_Pelotas).

Este mesmo aspecto foi pontuado pelo gestor de Sapucaia do Sul, o qual referiu como uma potencialidade do município a manutenção da descentralização das ações na atenção primária à saúde mediante a resistência dos profissionais em realizar o atendimento à TB.

“Até porque essa ação (referindo-se à atenção à TB) não lhe é simpática (referindo-se aos profissionais de saúde)! Eu noto assim, que as pessoas, logo que chegam, são raros os profissionais que tem uma vontade de fazer isso, de um modo geral as pessoas chegam no município, na unidade básica e a primeira pergunta e preocupação é para quem eu encaminho os casos suspeitos de tuberculose? Porque a descentralização não é uma rotina no nosso estado, a primeira manifestação das pessoas novas aqui é de um estranhamento muito grande! Então até a pessoa assumir que isso lhe pertence demora um tempo. Eu acho que a fortaleza está em o município ser persistente nos treinamentos. Mas a fragilidade está de você estar sempre em treinamento e nunca ter toda a rede treinada de forma homogênea. A

nossa rede é treinada no dia a dia o tempo inteiro! (G_Sapucaia do Sul).

O gestor municipal destacou um aspecto organizacional de Sapucaia do Sul, quanto à realização anual das capacitações. E pontua não haver adesão de todos os profissionais, e ainda retoma a dificuldade relacionada à rotatividade dos recursos humanos. Já na fala dos profissionais deste município houve discordância quanto ao assunto.

“Todo ano a gente faz! Mas não são todos que participam, a gente manda convite, mas nem todos vêm! Na unidade x, por exemplo, já é o terceiro enfermeiro, começou a rodar gente lá [...] essas unidades onde está sempre rodando, praticamente todos os pacientes quando inicia o tratamento a gente tem que fazer um micro treinamento! Ninguém alcança treinar essas pessoas todas, que vão passando” (G_Sapucaia do Sul).

“Uma coisa que eu sinto falta! Eu tinha no meu trabalho no município anterior, lá a gente tinha muito espaço na coordenadoria para atualização, a gente recebia não só de tuberculose mais em tudo, e aqui eu não vejo muito isso! Eu sempre estava por dentro das atualizações, e aqui a gente não tem isso! Eu sinto falta, isso, é uma das coisas que eu sinto falta, dos encontros para as capacitações” (P2_Sapucaia do Sul).

“tem sim, uma vez ao ano. Agora a pouco teve uma específica para os técnicos de enfermagem com a coordenadora da TB do município” (P3_Sapucaia do Sul).

Em Pelotas foi unânime a fala a respeito da ausência de capacitações promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde, como observado nos trechos abaixo.

“Às vezes passa muito tempo sem tu teres nenhum paciente, se tu não lê nada a respeito, tu vai perdendo aquela atenção para esse aspecto, então acho que tu tem que manter as pessoas atentas, espertas pra isso, e tem que capacitar. E desde que eu estou aqui, não foi oferecido nenhum curso, pelo menos que eu tenha sido chamada” (P3_Pelotas).

“nos falta atualizações neste aspecto (referindo-se as ações de controle da TB), porque as informações que se recebe são de aspecto burocrático, qual é o papel que usa, qual é o papel que não usa, e nos cobram as informações” (P5_Pelotas).

Outra questão organizacional evidenciada nas falas dos profissionais foi relacionada ao transporte das amostras da APS até o laboratório municipal,

“O envio da amostra... é o paciente que leva até o laboratório! Por que tu pedes e o paciente, às vezes, não tem dinheiro para pagar o ônibus, ou acha muito longe, e aí tu perde a coleta! Eu acho que teria que ter um local pra tu acondicionares a amostra, aqui na unidade, e a secretaria vir buscar e levar até o laboratório” (P1_Pelotas).

“Tu vê e fica impotente, tu te sente impotente com o exame, porque a pessoa ainda vai coletar em casa, e talvez deixar passar dois a três dias

para depois levar no laboratório. Eu acho que não é adequado!” (P2_Pelotas).

“A gente garante a entrega da amostra ao laboratório! (...) Se tu deixar para ele levar para outro lugar a amostra, talvez isso fosse se perder. Em função de várias questões, às vezes de não ter dinheiro pra ir até o laboratório, para pegar o transporte para ir até lá, em questões de não saber armazenar direito a amostra. Enfim, eu acho que são várias questões sociais que podem influenciar negativamente, e atrasar o diagnóstico” (P1_ Sapucaia do Sul).

“Acho que até ele se responsabilizaria, mas não sei se cabe a ele essa responsabilidade de levar até o laboratório. Acho que como está funciona bem, porque normalmente a Unidade de saúde é o lugar mais próximo da casa dele, e o laboratório é um lugar mais distante, que talvez ele tenha que pegar mais de um transporte, se for de ônibus. Acho que a responsabilidade de levar ele teria, só que teria mais dificuldades para chegar até o laboratório. Penso que da forma como é aqui no município de coletar no território e a vigilância vir recolher é positivo” (P3_ Sapucaia do Sul).

Evidencia-se na fala dos profissionais de Pelotas que a inexistência de transporte das amostras até o laboratório é reconhecido como um fator dificultador na detecção de casos de TB visto a distância dos bairros até o centro da cidade, os baixos recursos financeiros da população do território, e os riscos em perder a coleta da amostra. Em contrapartida em

Sapucaia do Sul os profissionais ao discursarem sobre a operacionalização do transporte das amostras até o laboratório em sua realidade, destacando-a como uma potencialidade da organização municipal.

Discussão

Para o efetivo alcance das taxas preconizadas de detecção de casos de TB, no território, torna-se imprescindível que as unidades estejam preparadas para desenvolver ações, que incluem, prioritariamente, a realização da busca dos SR e o exame de baciloscopia de escarro⁴. Este exame, em duas amostras, é a principal estratégia para detectar precocemente os casos pulmonares bacilíferos, com maior importância epidemiológica, devido ao potencial de transmissibilidade. Diante disso, as unidades necessitam dispor de insumos que incluem os potes estéreis com tampa de rosca, os formulários de solicitação, o livro de registros do sintomático respiratório e a caixa térmica para acondicionar as amostras⁵.

Em Pelotas, quando realizada a observação de campo, grande parte das unidades não possuía tais materiais, o que também foi observado em estudos realizados no Rio de Janeiro⁸ e na Paraíba⁶, nos quais as unidades possuíam limitações em relação à disponibilidade dos insumos para a coleta de escarro. Apesar da ausência identificada, foi unânime o posicionamento dos profissionais, na etapa qualitativa de Pelotas, em relação à facilidade em conseguir a reposição dos insumos. Afirmativas que apontam para o possível negligenciamento, por parte das equipes, em manter a estrutura mínima para o cumprimento das ações de detecção, demonstrando problemas na gestão das unidades de APS, visto que, a ausência de materiais para a coleta do escarro diante da identificação do SR pode acarretar no atraso do diagnóstico, e até mesmo na perda do seguimento deste indivíduo, permitindo o agravamento do caso e a manutenção da transmissão na comunidade.

Na fala do profissional do P1_Sapucaia do Sul se destaca que o maior desafio na detecção de casos é a sensibilidade, e a capacidade de relação interpessoal dos profissionais

com a comunidade. Esta afirmativa corrobora com estudiosos que apontam a detecção de casos como uma ação complexa que envolve diferentes etapas, desde a busca ativa do SR até firmar o diagnóstico e iniciar o tratamento. Nesse percurso, tanto a ausência dos insumos como a não garantia do fluxo do usuário e das informações relacionadas a ele pela rede de serviços, acarretam no comprometimento da continuidade da atenção e consequentemente na eficácia dos resultados alcançados⁶.

A ausência de profissionais nas unidades de trabalho, principalmente de médicos e ACS, assim como a rotatividade dos recursos humanos, emergiram em ambos os municípios estudados, como as maiores fragilidades estruturais da APS para efetivar as ações de controle da tuberculose. Estes resultados corroboram com outros estudos^{18,19,20} que identificaram a acentuada rotatividade de médicos e enfermeiros atuantes na APS.

Este fato gera sobrecarga de trabalho, com consequentes prejuízos na assistência, com a fragilização do vínculo entre o usuário e a equipe e a fragmentação do cuidado^{20,21}. Embora a busca ativa de casos seja uma atividade inerente a todos os profissionais da APS, as unidades com ESF apresentam maior potencial para realizá-la, em virtude da presença do profissional ACS na equipe mínima, o qual tem em sua rotina diária de trabalho, as visitas domiciliares, favorecendo a descoberta precoce da doença em pacientes bacilíferos²². Estudo do Ministério da Saúde evidenciou que a cada incremento de 20% de cobertura de ESF, houve uma redução de 3,8% no coeficiente de incidência da doença².

Considerando que a TB é uma doença com estigma, muitas vezes, seus sintomas são omitidos pelo SR em virtude do medo da exclusão social²³. A proximidade com o profissional de referência, e o vínculo de confiança com a unidade de saúde favorecem a busca pelo atendimento aos primeiros sintomas, e o consequente diagnóstico precoce, o que é prejudicado no caso de trocas repetidas de profissionais. Estudo realizado no estado do Rio de Janeiro, em 2010, evidenciou que uma das principais dificuldades na manutenção da

descentralização das ações de controle da TB para a APS é a rotatividade dos profissionais, visto que é impossível manter o programa ativo em unidades onde não existam profissionais sensibilizados e treinados para TB, em virtude das repetidas trocas a necessidade das capacitações torna-se uma constante⁸.

Diante a rotatividade dos profissionais e os problemas que ela ocasiona, é impreterível a iniciativa da gestão municipal em solucioná-la, embora se saiba que os estímulos financeiros aos trabalhadores sejam mais atrativos no setor privado que no público, estudiosos apontam como possibilidade de amenizar a rotatividade dos profissionais a promoção de melhorias nos planos de carreira, aliados a investimentos em qualificação e capacitações das equipes^{18,21}.

Outra questão relevante relacionada aos recursos humanos foi referida pelas gestoras municipais, destacando a dificuldade em encontrar profissionais dispostos a envolverem-se ativamente nas ações de detecção e tratamento da TB, em especial a categoria médica. A G1 atribuiu a este desinteresse a impossibilidade em descentralizar o tratamento para a APS, o que para a G2 vem sendo superado mediante os incansáveis treinamentos e encontros de sensibilização. A G1 ao responsabilizar os profissionais médicos retrata a tendência de Pelotas à manutenção do modelo biomédico com a fragmentação do cuidado. Resultado que corrobora com estudiosos que apontam a estrutura disponibilizada para atenção à TB, assim como a atitude dos gestores no enfrentamento da doença no município, como fatores diretamente proporcionais ao comprometimento dos profissionais com as ações de controle da doença⁸.

Diante disso, e considerando que a detecção precoce e o tratamento oportuno dos doentes são as ações fundamentais para o controle da TB, e que a APS é o local ideal para sua realização, torna-se indispensável que as equipes sejam devida e continuamente sensibilizadas e capacitadas para identificar prontamente os SR, seja na demanda espontânea ou por meio de busca ativa na comunidade. Assim como se responsabilizarem pela efetiva realização do

exame de baciloscopia de escarro e acompanhamento do tratamento⁴, mediante a oferta de estrutura física e organizacional, por parte do município, compatíveis com a efetiva realização das ações pela APS.

As capacitações específicas sobre a temática da TB foram mencionadas pela G2 como uma potencialidade da organização municipal, embora não ocorra adesão de todos os profissionais. Aspecto que pôde ser percebido também na fala dos profissionais que discordam em sua percepção sobre a disponibilidade de tais atividades. Muitas vezes, as atividades são realizadas fora do espaço da unidade, sendo necessário o deslocamento dos profissionais, não sendo viável a participação de toda a equipe. Dessa forma, restringe-se o conhecimento a um único integrante que pode não ter oportunidade de repassar as informações aos demais²⁴.

Em Pelotas foi unânime a fala sobre a inexistência de capacitações, ficando a comunicação entre a coordenação da TB e as equipes da APS com caráter puramente burocrático, relacionado a resultados de exames e solicitação de materiais. Para que a detecção precoce dos SR seja possível todos os profissionais da equipe de APS precisam estar preparados e sensibilizados para a suspeição imediata de TB diante a presença de sintomas respiratórios, o que só é possível com a sensibilização, não apenas a cobrança do quantitativo de detecções realizadas, mas sim a oferta de subsídios teórico-científicos, em treinamentos continuados, sobre o controle da doença e sua importância epidemiológica²⁵.

Estudo realizado em Niterói/RJ identificou associação entre o diagnóstico tardio da TB e o baixo nível socioeconômico, evidenciando dificuldades de acesso e demora no atendimento pela APS²⁶. Essa associação pôde ser observada nas falas dos entrevistados, de ambos os municípios, que se preocupam com a interferência dos custos envolvidos na realização da baciloscopia, principalmente relacionados ao transporte das amostras até o laboratório, que em Pelotas é por conta do SR. Destaca-se que seja por motivos financeiros ou

de auto percepção do estado de saúde, a coleta e encaminhamento da amostra a cargo do SR, pode atrasar a efetivação do diagnóstico.

Em relação ao transporte da amostra de escarro, os profissionais de Sapucaia do Sul, reconhecem que dificilmente alcançariam o diagnóstico precoce sem a garantia da chegada do escarro ao laboratório na brevidade possível. Salienta-se que a organização de Sapucaia do Sul com a disponibilização de veículo para o transporte das amostras torna o diagnóstico mais ágil e garante que o escarro enviado ao laboratório seja de boa qualidade para a análise, visto que antes do envio, a amostra é avaliada e acondicionada pelos profissionais na APS.

Ainda na fala dos profissionais de Sapucaia do Sul, evidencia-se a preocupação com a condução do SR até o diagnóstico, o que demonstra com clareza a cultura de responsabilização pelo indivíduo sobre seus cuidados presente na organização municipal. Em contrapartida em Pelotas o sentimento de impotência, na fala da P2 diante a falta de estrutura, e a responsabilização do SR pela condução da amostra até o laboratório, refletem o modelo fragmentado de atenção vigente.

A partir dos resultados, conclui-se que há diferenças estruturais e organizacionais entre os municípios estudados, para a realização das ações de controle da TB, em especial para a detecção de casos pulmonares bacilíferos. Evidenciou-se que Sapucaia do Sul possui uma organização que permite a continuidade da atenção ao SR, com superação de processos de atenção fragmentados, embora exista a fragilidade relacionada à rotatividade de profissionais, a capacitação continuada vem sendo adotada para superar esse entrave. Em contrapartida em Pelotas, há presença de características estruturais e de organização que promovem a descontinuidade da atenção, na qual o SR recebe orientações da equipe, que sem recursos materiais ou capacitação adequada, limita-se a direcionar o SR ao laboratório, o qual arca sozinho com a responsabilidade de chegar ao diagnóstico com recursos próprios.

Diante disso, percebe-se que os entraves identificados no desenvolvimento das ações de controle da TB apontam para a necessidade de adoção da coordenação da atenção à TB em Pelotas, garantindo a continuidade da atenção ao SR, por meio do provimento de recursos materiais e humanos, adequadamente capacitados para atenção à TB. Sugere-se a realização de estudo complementar para conhecer a vivência do SR nos diferentes modelos descritos, assim como, estudo adicional que avalie os resultados alcançados na detecção de casos nos dois municípios.

Referências

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2015. Geneva: WHO; 2015.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose com o problema de saúde pública. Bol Epidemiol; 2016.
3. Stop TB Partnership. The Paradigm Shift 2016-2020. Geneva: Stop TB Partnership; 2016.
4. Bertolozzi MR, Takahashi RF, Hino P, Litvoc M, França FOS. O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública. *Rev Med (São Paulo)* 2014; 93(2):83-9.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: MS; 2011.
6. Nóbrega RG, Nogueira JA, Sá LD, Uchôa REMN, Trigueiro DRSG, Paiva RCG. Organização do serviço de controle da tuberculose em Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguara. *Rev. Eletr. Enf* 2013; 15(1):88-95. DOI:10.5216/ree.v15i1.16194
7. Sasaki NSGMS, Santos MLSSG, Vendramini SHF, Ruffino-Netto A, Villa TCS, Chiaravalloti-Neto F. Atraso na suspeita e no diagnóstico de tuberculose e fatores relacionados. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18(4): 809-23. DOI: 10.1590/1980-5497201500040011

8. Cunha NV, Cavalcanti MLT, Santos MLF, Araújo VLA, Oliveira E, Cruz DM, et al. Estrutura, organização e processos de trabalho no controle da tuberculose em municípios do estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(53): 251-563.
9. Assis EG, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM, Cardozo-Gonzales RI, Palha PF, Protti ST, Villa TCS. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(1):111-8. DOI: 10.1590/S0080-62342012000100015
10. Boaretto C, Bastos FI, Natal S. Os desafios para o controle da tuberculose e novas perspectivas. *Cad. Saúde Colet* 2012; 20(2):135-6.
11. Secretaria estadual de saúde. Centro estadual de vigilância em saúde do RS. Tuberculose no Rio Grande do Sul: relatório técnico 2014-2015. Porto Alegre; 2016.
12. Ibge. Instituto brasileiro de geografia e estatística. Cidades. 2016. Disponível em: cidades. ibge.gov.br
13. Brasil. Departamento de Atenção primária à saúde. Histórico de cobertura da saúde da família. 2016. Disponível em: dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
14. Gonzales RIC. Atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em municípios prioritários do sul do Brasil: desafios e investimentos em estratégias de informação. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) Chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE - Decit N 40/2012 - Pesquisa em Doenças Negligenciadas, 2012.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
16. Creswell JW, Plano CVL Pesquisa de métodos mistos: série métodos de pesquisa. 2ªed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

17. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil; 2013.
18. Rodrigues J A C, Pereira MF, Sabino MMFL. Proposta para adoção de estratégias para diminuir a rotatividade de profissionais da estratégia de saúde da família de Santo Amaro da Imperatriz. *Col. Gestão da Saúde Pública* 2013; 2:65-81.
19. Pierantoni CR, Vianna CMM, França T, Magnago C, Rodrigues MPS. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. *Saúde Debate* 2015; 39(106):637-47.
20. Silva DM, Farias HBG, Villa TCS, Sá LD, Brunello MEF, Nogueira JA. Care production for tuberculosis cases: analysis according to the elements of the Chronic Care Model. *Rev Esc Enferm USP* 2016; 50(2):237-244.
21. Giovani MSP, Vieira CM. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. *R.Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde* 2013; 7(4). DOI: 10.3395/reciis.v7i4.866pt
22. Santos TMMG, Nogueira LT, Arcêncio RA. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Controle da Tuberculose. *Acta Paul Enferm* 2012; 25(6):954-61.
23. Queiroz EM, De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC, Ferreira KR, Bertolozzi MR. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2012 20(2).
24. Ponce MAS, Wysocki AD, Arakawa T, Andrade RLP, Vendramini SHF, Sobrinho RAS. Atraso do diagnóstico da tuberculose em adultos em um município paulista em 2009: estudo transversal. *Epidemiol.Serv.Saude.* 2016; 25(3):553-62.
DOI:10.5123/S1679-49742016000300011

25. Lavôr DCBS, Pinheiro JS, Gonçalves MJF. Evaluation of the implementation of the directly observed treatment strategy for tuberculosis in a large city. *Rev Esc Enferm USP* 2016; 50(2):245-252.
26. Maior ML, Guerra RL, Cailleaux-Cezar M, Golub JE, Conde MB. Tempo entre o início dos sintomas e o tratamento de tuberculose pulmonar em um município com elevada incidência da doença. *J Bras Pneumol* 2012; 38(2):202-9. 2012.

Artigo II

Revista de Saúde Pública

Detecção de casos de tuberculose: fluxo e resultados em municípios do Rio Grande do Sul²

Titulo resumido: Detecção da tuberculose no Rio Grande do Sul

Lílian Moura de Lima Spagnolo, Universidade Federal de Pelotas,

lima.lilian@gmail.com, fone (53)32256192

Roxana Isabel Cardozo Gonzales, Universidade Federal de

Pelotas, rcardozogonzales@yahoo.com.br, fone (53) 984515635

Resumo

Objetivo: Analisar o fluxo da atenção à pessoa com sintomas de tuberculose e os resultados alcançados na detecção de casos, a partir das unidades de atenção primária à saúde, em municípios do Rio Grande do Sul. **Método:** estudo descritivo, avaliativo, de métodos mistos. Desenvolvido entre 2013 e 2016. Coletaram-se dados secundários nos livros de registros de 69 unidades de atenção primária à saúde, referentes ao ano de 2012; e aplicaram-se entrevistas semiestruturadas a 10 profissionais de saúde. Utilizou-se na análise estatística descritiva e análise de conteúdo. **Resultados:** Na atenção primária à saúde de Pelotas observou-se um fluxo fragmentado de atenção ao sintomático respiratório, com baixa detecção de casos, contribuindo com 8,8% dos diagnósticos do município para o ano de 2012. Na atenção primária à saúde de Sapucaia do Sul verificou-se um fluxo com continuidade da assistência e responsabilização da atenção primária desde a detecção até a cura, alcançando melhores resultados de detecção, com 50% dos diagnósticos do município. **Conclusão:** o modo de organizar os fluxos relacionados à tuberculose, pela gestão municipal, é determinante para promover ou limitar o comprometimento das equipes da atenção primária à saúde na coordenação da assistência, e conseqüentemente alcançar a meta de controle da doença.

Descritores: Atenção primária à saúde; Tuberculose; /prevenção & controle; saúde pública; métodos mistos; detecção de casos; avaliação de serviços de saúde.

Detection of tuberculosis cases: flow and results in municipalities of Rio Grande do Sul

Abstract

Objective: To analyze the flow of attention symptomatic respiratory of tuberculosis and the results in the detection of cases from primary health care units in municipalities of Rio Grande do Sul. **Method:** descriptive, of mixed methods.

² Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Dezembro de 2016.

Developed between 2013 and 2016. Secondary data were collected in the registers of 69 primary health care units for the year 2012; and semi-structured interviews were applied to 10 health professionals. It was used in descriptive statistical analysis and content analysis. **Results:** In the primary health care of Pelotas, a fragmented flow of attention to the respiratory symptom was observed, with low case detection, contributing with 8.8% of the diagnoses for the year 2012. In the primary health care of Sapucaia do Sul there was a continuous flow of care and primary care accountability from detection to cure, achieving better detection results, with 50% of the diagnoses of the municipality. **Conclusion:** the way in which tuberculosis flows are organized by municipal management is decisive in promoting or limiting the commitment of primary health care teams to coordinating care and consequently achieving the goal of disease control.

Descriptors: Primary Health Care; Tuberculosis; /prevention & control; Public Health; mixed methods; detection cases; Health Services Evaluation

Introdução

A tuberculose (TB) se mantém como um importante problema de saúde pública mundial, principalmente nos países em desenvolvimento. Neste cenário o Brasil ocupa a 18^o posição na lista de 22 países do mundo onde se estima que exista a maior carga da doença²⁸. A incidência nacional em 2015 foi de 30,9/100mil habitantes, e no estado do Rio Grande do Sul foi superior, com 39,2/100mil habitantes⁹.

Considera-se como a principal estratégia para o controle da doença a detecção precoce dos casos pulmonares bacilíferos, devido sua importância epidemiológica de manutenção da transmissão; seguida pelo tratamento adequado com alcance da cura⁴. Entre os anos de 2000 e 2014 evitou-se o óbito de 43 milhões de pessoas, mediante o diagnóstico precoce e o adequado tratamento da doença²⁸. Considerando a importância destas ações a Organização Mundial da Saúde (OMS) determinou que para o alcance do controle efetivo da TB, deve-se detectar 70% dos casos estimados, para determinado período, e alcançar a cura de pelo menos 85% daqueles diagnosticados⁹.

Diante do consenso sobre o perfil dos acometidos pela TB ser constituído, prioritariamente, por indivíduos em vulnerabilidade social⁴ reconhece-se a necessidade de garantir o acesso e acompanhamento destes pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Visto que, um dos fatores que determinam o acesso dos usuários é a distância do serviço até o domicílio²⁰, neste sentido, a Atenção primária à saúde (APS) surge como a porta de entrada ideal para os sintomáticos respiratórios de tuberculose (SR) pessoas com tosse há três semanas ou mais³.

Para o alcance das metas propostas pela OMS é preciso agilidade e resolutividade, de equipes multidisciplinares motivadas e comprometidas com o controle da TB, que atuem amplamente na busca ativa de casos na comunidade, apoiadas pela gestão municipal com a organização de fluxos padronizados, e sistemas de informação adequados, para o percurso seguro do SR pela rede de atenção necessária para detecção de casos e tratamento^{5, 13}.

Contudo, apesar da simplicidade do exame de baciloscopia de escarro, para a detecção de casos, ainda há dificuldades em agilizar o diagnóstico precoce da TB²², evidenciado em estudos realizados no Brasil, que apontam a incipiente contribuição da APS na detecção precoce de casos de TB. Os autores apontam aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico por parte do SR, em perceber-se

doente e procurar cuidados de saúde, bem como limitadores relacionados a APS, incluindo barreiras no acesso e falhas relacionadas à baixa resolutividade e fragmentação da atenção com encaminhamentos a serviços especializados^{16, 20, 23}.

Pelas razões expostas este estudo tem como objetivo analisar o fluxo da atenção à pessoa com sintomas de tuberculose, e os resultados alcançados pela atenção primária à saúde na detecção de casos em municípios prioritários para o controle da doença no Estado do Rio Grande do Sul.

Método

Estudo descritivo, avaliativo, com uso de métodos mistos, do tipo explanatório sequencial. Desenvolvido no período de 2013 a 2016, com análise das ações de detecção de casos de TB a partir da APS de dois municípios do Rio Grande do Sul. Os municípios de Pelotas e Sapucaia do Sul foram selecionados por fazerem parte da lista de municípios prioritários para o controle da TB no Estado, além de possuírem o Programa de Controle da Tuberculose municipalizado²⁵.

O estudo dividiu-se em duas etapas, a primeira quantitativa, originada de pesquisa multicêntrica¹⁴, de caráter censitário, realizada entre outubro de 2013 e novembro de 2014, na qual os dados foram coletados em visitas realizadas às 69 unidades de APS dos municípios em estudo. A partir destes dados foi possível descrever e analisar os resultados alcançados na detecção de casos, a partir das unidades de atenção primária à saúde. E a segunda etapa qualitativa, realizada em 2016, com aplicação de entrevistas semi-estruturadas aos gestores municipais responsáveis pelas ações de controle da TB e aos profissionais da APS responsáveis por estas ações em suas unidades de trabalho. Utilizou-se como critério de inclusão dos participantes, o tempo de serviço superior a seis meses. Com os dados obtidos foi possível construir e analisar o fluxo de detecção de casos de TB, nos dois municípios, a partir da APS.

Para a coleta de dados quantitativa, utilizou-se um formulário estruturado e previamente codificado, construído pelos autores da pesquisa de origem, tendo como fonte de dados os livros de registro de sintomáticos respiratórios da APS (LRSR), livro de registros de realização de baciloscopias de escarro dos laboratórios (LRL) e livro de acompanhamento de casos (LAC) nas unidades onde são realizados os tratamentos, dados referentes ao ano de 2012. No LRSR foram coletadas as datas de solicitação das baciloscopias pela APS; no LRL foi coletada data da

realização do exame e o respectivo resultado. No LAC das unidades de tratamento foi coletada a data de início do mesmo.

A análise destas variáveis permitiu calcular os indicadores de proporção de SR identificados dentre os estimados para o ano de 2012 na APS (1% do total da população), assim como a proporção de diagnósticos entre os examinados (Número de SR examinados/Número de casos identificados), o percentual esperado seria de 4%⁶. O mesmo cálculo foi realizado em relação a detecção dos municípios como um todo, utilizando-se dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). E o tempo transcorrido entre cada uma das etapas desde a descoberta do SR no território até o início do tratamento (solicitação do exame na APS-entrada da amostra no laboratório; liberação do resultado-início do tratamento). Os dados coletados foram digitados, com dupla entrada, em um banco construído no programa Excel®, sendo realizada a testagem de consistência das informações e a posterior conversão para o formato do programa Statística 12 da Statsoft®, com o qual, foi realizada a análise estatística, descrevendo as frequências relativas e absolutas das variáveis.

Para a coleta qualitativa com os profissionais de saúde, foi realizado estratificação das unidades de APS dos municípios, tendo como ponto de partida a verificação do número de registros de solicitações de baciloscopia de escarro referentes ao ano de 2012, coletados na etapa quantitativa. Assim foram categorizadas os serviços de saúde pelo menor, intermediário e maior número de solicitações. Para Pelotas além destas categorias, foram criadas mais duas, em virtude de não haver disponibilidade de livro de registro em todas as unidades, e outras não possuem registros de solicitação (sem livro de registro- 24 unidades; com livro e sem solicitações – sete unidades; uma a nove solicitações – 11 unidades; dez a 18 solicitações- seis unidades; e 19 a 27 solicitações – duas unidades); e três grupos em Sapucaia do Sul (3 a 36 solicitações – 11 unidades; 37 a 73 solicitações – seis unidades; 74 a 111 solicitações – duas unidades).

A partir dessa estratificação, foi realizado o sorteio de uma unidade em cada categoria, totalizando oito unidades, para realizar o contato telefônico, e o agendamento da entrevista com o profissional responsável pela TB na unidade. O grupo de unidades sorteadas em Pelotas foi composto por duas unidades básicas tradicionais (UBST) e três unidades de estratégia de saúde da família (ESF), já em Sapucaia do Sul o grupo foi composto por uma UBST, uma ESF e uma unidade em

fase de transição de UBST para ESF. Em todas as unidades, o profissional que se identificou como o responsável pelas ações foi o Enfermeiro. Utilizou-se como critério de inclusão o tempo de serviço igual ou superior a seis meses na APS do município.

Com relação às entrevistas com os gestores municipais responsáveis pelas ações de controle da TB. Em Pelotas o profissional entrevistado foi o Diretor das ações em saúde da atenção básica, e em Sapucaia do Sul foi o Coordenador da vigilância epidemiológica municipal.

As entrevistas semiestruturadas foram compostas por questões abertas a respeito da organização da APS para atender à TB, sobre as ações desenvolvidas na APS para a detecção de casos, e sobre a percepção do profissional a respeito das potencialidades e fragilidades da organização municipal para o controle da TB. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas e analisadas no software Hyper Research® versão 2.8.3, utilizando-se a análise de conteúdo, modalidade temática¹⁸, buscando-se identificar a presença de temas que compuseram as entrevistas e interpretar seus significados. Da análise emergiram os temas de estrutura e fluxos de atenção. Para fins desta publicação será abordado o tema fluxo de atenção, o qual permitiu a construção dos fluxogramas de detecção de casos em cada município.

Na realização deste estudo, foram respeitados os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁷, o anonimato dos entrevistados foi garantido utilizando-se letras para sua identificação, sendo a letra G, no caso dos representantes da gestão e pela letra P para os profissionais, acompanhados do nome do município. O projeto foi submetido à Plataforma Brasil em sua etapa quantitativa com apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem da UFPel, recebendo parecer favorável número 702.283. E a etapa qualitativa submetida posteriormente, ao mesmo CEP, recebeu parecer favorável de número 1485.708.

Resultados

Pelotas está localizada na região sul do estado, possui uma população de 343.651 habitantes e está organizado em seis distritos sanitários com 50 unidades de APS, com cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) de 70,2% da população em junho de 2016. A detecção de casos está descentralizada para a APS

e o tratamento está centralizado em um único serviço ambulatorial. Sapucaia do Sul localizada na região metropolitana de Porto Alegre possui uma população de 138.933 habitantes, está organizado em quatro distritos sanitários, com 19 unidades de APS, com cobertura de ESF de 49,6% da população em junho de 2016. No qual as ações de controle da TB são municipalizadas e descentralizadas para a APS^{8,15}.

A partir das entrevistas qualitativas, com os gestores municipais e profissionais da APS, foi possível construir o fluxograma das ações de detecção de casos da doença, conforme se observa abaixo. Na Figura 1 está o fluxo de Pelotas, o qual tem as ações de detecção descentralizadas para a APS, um laboratório municipal para a realização das baciloscopias, e o tratamento centralizado em um serviço ambulatorial, com dispensação mensal de medicamentos para tratamento auto administrado.

Na Figura 2 é apresentado o fluxo de detecção de casos de Sapucaia do Sul, o qual tem as ações de detecção e tratamento diretamente observado, descentralizadas para a APS. O Município conta com um laboratório para a realização dos exames de baciloscopia de escarro.

De acordo com os entrevistados não existe um fluxo documentado e sim orientações verbais sobre a condução do SR na rede.

“não tem nada assim em papel, mas a orientação que a gente sempre teve era esse fluxo, a gente mandaria para o centro de especialidades, ou também faria o pedido de exame e depois iria para o laboratório e seria tratado no centro de especialidades era isso que eu sabia”(P3_Pelotas).

“Por escrito não tem. Mas sempre foi feito assim (referindo-se ao fluxo de encaminhamento do paciente), todos sabem como tem que conduzir independente do tipo de unidade. E na dúvida se faz o contato direto com a TB, funciona muito bem!”(P2_Sapucaia do Sul).

Em relação à continuidade dos cuidados no fluxo municipal de detecção de casos (Figura 1), e a responsabilização da APS na condução do SR até o diagnóstico e cura, os profissionais de Pelotas referiram fragmentação do cuidado. E vinculam essa ocorrência à centralização do tratamento, o que para eles fortalece a cultura de desresponsabilização da APS pelo acompanhamento dos casos, ficando a APS com a tarefa de ofertar os frascos e fazer o pedido.

“Para mim essa organização não garante! E a centralização é uma fragilidade, no que diz respeito à continuidade do cuidado, não tem por que tu centralizar em um único espaço e em algumas pessoas a

responsabilidade pela atenção de todo o município. Se descentralizasse eu acho que as pessoas da Unidade iam se sentir mais responsáveis nesse fluxo, porque hoje tu identificas o sintomático e dá o frasquinho para o paciente coletar, e é isso que tu tem que fazer, é esse o teu compromisso!” (P5_Pelotas).

“Na verdade, eu acho que a responsabilidade seria totalmente da atenção primária à saúde, o paciente com tuberculose não é só na detecção, eu acho que tu tem que trabalhar também na cura até porque se ele não fizer o tratamento da forma correta, ou não for identificado depressa, ele vai ficar transmitindo. Mas na atual realidade que a gente se encontra, a gente tem conseguido fazer muito pouco, ficamos só na realização dos pedidos de baciloscopia, muitas vezes, sem saber o resultado e nem se iniciou o tratamento!” (P1_Pelotas).

Em Sapucaia do Sul os profissionais acreditam que o fluxo (Figura 2), como está organizado, aproxima os profissionais dos SR e fortalece a formação de vínculo. A responsabilidade da APS vai desde a suspeita até a cura efetuada pelo tratamento diretamente observado.

“A continuidade é garantida sim, porque tem uma vinculação, o paciente já foi escutado, já recebeu as orientações, na unidade, já sabe que, a partir, desse exame ele vai poder ter o diagnóstico e o tratamento, tudo aqui no território” (P3_ Sapucaia do Sul).

“A responsabilidade da atenção primária à saúde é bem ampla, eu acho que vai desde permitir que a pessoa tenha o entendimento do que é a doença, fazer o uso correto da medicação, acompanhá-la durante e até o final do tratamento. A minha responsabilidade vai de acompanhar até o fim do tratamento co-responsabilizando o doente por esse cuidado” (P1_ Sapucaia do Sul).

“Essa questão da descentralização eu acho que é uma potencialidade de todas as unidades, ter o conhecimento e poder já fazer o primeiro atendimento, não ficando só na questão do encaminhamento, acho que é uma potencialidade do nosso fluxo de atenção!” (P2_ Sapucaia do Sul).

Os reflexos dos fluxos municipais podem ser verificados nos resultados alcançados a partir da coleta de dados secundários, na etapa quantitativa, referentes ao ano de 2012. Verificou-se o quantitativo de solicitações de baciloscopia de escarro, com o total de 165 registros nos livros de sintomático respiratório das unidades de APS de Pelotas, e 738 solicitações nos registros da APS de Sapucaia do Sul.

Dos 165 registros de usuários com suspeita de TB de Pelotas, observou-se que 50% (n=84) chegaram com a amostra de escarro para análise no laboratório

municipal, dos quais 11,9% (n=10) tiveram resultado positivo (Tabela 1). Relacionando este resultado ao número de casos novos pulmonares bacilíferos diagnosticados no município no ano de 2012, segundo o SINAN 114 casos¹⁰, verifica-se que 8,8% (10/114) foram diagnosticados pela APS.

Na Tabela 1 verifica-se a aplicação dos indicadores de casos estimados e proporção de diagnósticos entre os SR examinados. Considerando a população de Pelotas no ano de 2012¹⁵ com 328.275 habitantes, e com base nos registros de baciloscopia de diagnóstico no laboratório municipal, identificou-se entre todos os serviços do município 40,1% dos SR estimados, e a APS contribuiu com 2,6% de detecção de SR.

Em Sapucaia do Sul foi solicitado pela APS 738 baciloscopias de escarro. Destas, 75,7% (n=559) chegaram ao laboratório, sendo 4,3% (n=24) positivas (Tabela 1). Considerando o número de casos novos pulmonares bacilíferos diagnosticados no município no ano de 2012, 49 casos notificados no SINAN (BRASIL, 2016), verificou-se que, de acordo com os registros das unidades básicas de saúde do município, 49% (24/49) foram diagnosticados pela APS.

A população de Sapucaia do Sul no ano de 2012¹⁵ era de 130.957 habitantes, considerando os registros do laboratório municipal, verificou-se o exame de 1033 baciloscopias de escarro para o diagnóstico, o que corresponde a 78,9% dos SR estimados para o período. Conforme se observa na Tabela 1 a contribuição da APS nesse indicador foi de 42,7%.

Em relação ao tempo entre a identificação na unidade (registro de solicitação de baciloscopia no LRSR) e a chegada da amostra no laboratório, em Pelotas verificou-se a média de 12 dias (variando de 1 a 51 dias). Não há registro da data da entrega do resultado, pelo laboratório ao usuário ou serviço de saúde. Daqueles casos diagnosticados como positivos identificou-se a data de início do tratamento ficando em média 6,6 dias (variando de 0 a 14 dias) entre a entrada da amostra no laboratório e o início do tratamento, o tempo total desde a solicitação da baciloscopia até o início do tratamento foi em média de 19 dias (variando de 3 a 57 dias).

Em Sapucaia do Sul o tempo entre a identificação na unidade (registro de solicitação de baciloscopia) e a chegada da amostra no laboratório verifica-se a média de 1,7 dias, a média de dias entre a entrada da amostra no laboratório e a liberação do resultado foi de 3,3 dias. Daqueles casos diagnosticados como

positivos identificou-se a data de início do tratamento ficando 8,4 dias (variando de zero a 20 dias) dias entre a solicitação da baciloscopia e o início do tratamento.

A totalidade dos profissionais entrevistados em Sapucaia do Sul referiu que o tempo entre a identificação do SR e o início do tratamento varia entre sete e dez dias. Confirmando o identificado na etapa quantitativa. Enfatiza a necessidade da agilidade no resultado como determinante para o início do tratamento.

“varia de sete a dez dias. Há casos que a gente fica muito em dúvida e queria começar logo, então esses dez dias pesam um pouco. Se pudesse ser menos” (P1_ Sapucaia do Sul).

Em Pelotas o resultado do exame chega até o profissional, na maior parte dos casos, via relatório mensal, enviado pela Coordenadora Municipal da TB para o *e-mail* pessoal do Enfermeiro, o qual é verificado no domicílio, visto que nem todas as unidades possuem computadores com acesso à internet.

“Pois é, como o relatório é mensal e, às vezes, atrasa um ou dois meses, a gente vê mais o resultado pelo usuário. Aquele paciente que tá bem interessado, e que tem condições de ir, em até uma semana ao laboratório, ele retorna rapidinho com o resultado! Agora tem outros que, às vezes, levam duas, três semanas, e outros que nem retornam, porque muitos nem fazem o exame. Isso eu descubro porque vejo no e-mail do relatório, quando eu recebo!” (P1_Pelotas).

“Eu acho que é lá do laboratório que eles já encaminham para o tratamento, e a maioria já sabe que TB é no centro de especialidades. Eu nunca recebi o resultado do exame na unidade pelo paciente. Fico sabendo só pelos relatórios mensais, mas um tempão depois” (P3_Pelotas).

Diante o reconhecimento municipal do serviço ambulatorial, como a referencia para o tratamento da tuberculose, nem todos os usuários retornam com o resultado até a unidade, muitos deles já se dirigem espontaneamente ao serviço para o tratamento. A informação do tempo transcorrido entre a solicitação e o início do tratamento nem sempre é acompanhada pela equipe da APS, o que foi evidenciado pelos entrevistados de Pelotas, conforme verificado nos trechos acima.

Discussão

O fluxo de detecção de casos, na rede de serviços, necessita ser contratado pela gestão e pactuado com as equipes da APS, de modo que fortaleça a organização dos serviços para um melhor atendimento ao SR. A determinação de

um fluxo organizado, com garantia de continuidade dos cuidados aproxima os usuários do serviço de saúde, fortalecendo o vínculo e a resolutividade das necessidades de saúde apresentadas^{2, 11}). No presente estudo, os profissionais, de ambos os municípios, referiram que o fluxo do SR é padronizado, mas não há documentos na unidade com tais informações, a orientação foi repassada verbalmente às equipes pela gestão municipal.

A adoção desta estratégia, pela gestão, no repasse das informações pode ocasionar perdas relacionadas à variação de conduta entre as unidades, por diferença de entendimento entre as equipes, e estimular a insipiência da participação da APS no controle da TB¹⁹. Este fato pôde ser observado nas falas dos P1_Pelotas e P3_Pelotas que desconhecem a forma como o usuário com TB chega até o tratamento no serviço especializado, assim como, no desconhecimento das equipes sobre o tempo transcorrido entre a solicitação e o início do tratamento, evidenciado em Pelotas, demonstrando a desvinculação com a continuidade do cuidado, e a fragmentação da atenção à TB. Este resultado corrobora com estudo realizado no nordeste brasileiro, no qual os pesquisadores verificaram a desresponsabilização das equipes de APS com o controle da TB, considerando as atividades relacionadas à doença como de competência dos serviços especializados onde se dá o tratamento²⁰.

Em contrapartida em Sapucaia do Sul, onde houve a descentralização da totalidade das ações de controle da TB para a APS, e existe adoção do TDO, evidencia-se um melhor conhecimento dos profissionais sobre o fluxo de condução do SR até o diagnóstico, inclusive sobre o tempo transcorrido desde a solicitação da baciloscopia até o início do tratamento. Nesse sentido, salienta-se que a descentralização é um importante fator para facilitar o acesso aos serviços de saúde e fomentar a responsabilização das equipes pela integralidade do cuidado ao indivíduo com TB, elevando as taxas de detecção de casos¹⁷.

Ao analisar os fluxos dos municípios em estudo, verifica-se que, em ambos, os profissionais e gestores referiram a realização da busca ativa na comunidade pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas unidades de ESF, e a busca passiva nas UBST. Considerando a baixa cobertura de ESF, em 2012, em Pelotas (28,3%) e em Sapucaia do Sul (26,2%), destaca-se que as taxas de detecção de casos poderão ser melhoradas mediante o incremento da cobertura da ESF em 2016, para 70,3% em Pelotas e 49,6% em Sapucaia do Sul⁸. Contudo para alcançar

as taxas preconizadas de detecção de casos, os serviços de APS, independente do modelo de atenção, devem promover a ampla realização da busca ativa dos SR na demanda espontânea no serviço e na comunidade²⁴.

Observam-se, nos fluxos, diferenças marcantes relacionadas à participação da APS no processo de detecção dos casos entre os dois cenários. Destacando-se as diferenças relacionadas à realização da coleta, ao acondicionamento e ao transporte das amostras de baciloscopia ao laboratório, assim como, ao recebimento das informações sobre os resultados dos exames e o início do tratamento. Estas diferenças no fluxo dos SR, determinado a partir da APS, influenciam nos resultados alcançados pelos municípios na identificação dos SR.

Quanto a coleta da baciloscopia, em Sapucaia do Sul, verifica-se a conformidade com as diretrizes nacionais^{4, 6}, com o acondicionamento e transporte sobre responsabilidade da APS. Esta organização favorece a agilidade na realização do exame e do diagnóstico, visto que as amostras sendo avaliadas e acondicionadas pela equipe da APS evitam que chegue ao laboratório material de baixa qualidade, necessitando fazer nova coleta. Além de assegurar que o envio seja realizado prontamente, sem custos ao SR, retirando do processo as interferências de atraso por situações financeiras e possíveis receios no manuseio do escarro pelo usuário e sua família²⁰⁻²¹. Fato que pode ser percebido ao analisar o tempo transcorrido entre a solicitação do exame e o início do tratamento, evidenciando que o fluxo de Sapucaia do Sul apresenta agilidade, estando bem abaixo do atraso máximo recomendado de três semanas²⁴. Os profissionais de Sapucaia do Sul destacam que a descentralização das ações de controle para a APS é uma potencialidade da organização municipal, pois transfere a responsabilização pela TB aos profissionais da APS e propicia a continuidade do cuidado no território.

Em contrapartida em Pelotas, a equipe ao identificar o SR, solicita o exame, mas restringe sua ação à entrega dos potes e formulário de solicitação, aliados a orientação ao usuário para levar as amostras ao laboratório municipal. O que também foi verificado em estudo realizado na Paraíba, onde os profissionais da APS não se responsabilizam pela qualidade e o envio do material ao laboratório¹⁹. Neste cenário, os profissionais da APS, atuam como coadjuvantes no processo de detecção da TB, como evidenciado na fala de P5_Pelotas, que reafirma a centralização do tratamento como uma falha na gestão do cuidado. Resultado que

ratifica a baixa prioridade dada à detecção de casos de TB pelos gestores municipais, com ausência de normatização precisa quanto ao fluxo de coleta e o envio de escarro ao laboratório¹². O que deixa os profissionais da APS sem informação e inseguros em relação ao seu papel nesse processo, estimulando a desresponsabilização e a sobrevalorização dos serviços secundários²⁰.

Na realidade de Pelotas, onde a coordenação da assistência não é claramente definida a partir da solicitação do exame, o próprio SR e sua família assumem, mesmo que informalmente, o papel de coordenadores do cuidado¹, responsabilizando-se pela coleta da amostra no domicílio, e a entrega do exame no laboratório, utilizando recursos próprios para a conservação e o transporte da mesma. Esta atividade fragmentada, além de onerar o SR resultou em atraso no diagnóstico, média de 19 dias, superior a de Sapucaia do Sul, e do evidenciado em estudos realizados em municípios do interior de São Paulo^{22, 24}, com 15 dias em média para a concretização do diagnóstico.

Outro aspecto relevante é o fluxo das informações entre APS, laboratório e gestão, o qual está relacionado às perdas de seguimento, mais acentuadas no fluxo de Pelotas, visto que 50% dos SR não chegaram até o laboratório com a amostra de escarro. As equipes referiram receber esta informação em relatórios mensais, muitas vezes, com atraso de dois a três meses, via e-mail pessoal, nos quais detectam a não realização do exame solicitado, e a partir desta informação vão realizar a busca dos SR que não realizaram o exame. Considera-se que nesse percurso há um atraso importante na detecção de casos potencialmente positivos, que estão agravando o quadro clínico e mantendo a transmissão da TB. Resultado semelhante foi identificado em estudo realizado no estado do Rio de Janeiro, o que para os autores expressa a baixa prioridade dada à problemática da TB pela gestão municipal, sem investimentos em sistemas de informação que poderiam agilizar o diagnóstico¹². Esta ferramenta é reconhecida como essencial para agilizar a detecção de casos e o alcance da continuidade da atenção, pois permite a equipe acompanhar o trajeto do SR na rede de serviços³.

Verificou-se que a contribuição da APS no exame dos SR estimados e nos diagnósticos de Sapucaia do Sul aproximou-se a 50% do total para o período estudado. Enquanto em Pelotas a detecção dos SR estimados foi de 2,6% e a contribuição com diagnósticos não chegou a 9% dos realizados no município. A baixa participação da APS também pôde ser observada em estudos realizados na

Sérvia²⁶ e em Ribeirão Preto, São Paulo³, onde a APS contribuiu, respectivamente, com 14,1% e 15,3% dos diagnósticos esperados. Os autores atribuíram a este achado a descontinuidade da assistência, assim como observado no fluxo de Pelotas. Visto que, ao perceber que não há agilidade no diagnóstico, os SR vão em busca de serviços que atendam suas necessidades de saúde de forma imediata, elevando as taxas de detecção por serviços especializados e de Pronto atendimento²³.

Em relação à proporção de positivos entre os examinados a APS de Pelotas obteve o índice de positividade de 11,9%, enquanto que Sapucaia do Sul esteve dentro da taxa preconizada de 4%. Os resultados de Pelotas, com a elevada proporção de positivos dentre os examinados, vem confirmar a demora no diagnóstico, e evidencia que o exame vem sendo realizado entre os indivíduos com sintomas fortes de TB, e não como ferramenta de rastreio entre as pessoas com tosse há mais de três semanas, conforme preconizado⁶. Ratificando a insuficiência do fluxo estabelecido e a conseqüente manutenção da cadeia de transmissão.

Estudo realizado no nordeste brasileiro ao verificar os óbitos por TB identificou que 72,8% dos casos não haviam recebido diagnóstico em tempo oportuno, o que para os autores indica a existência de falhas na detecção de casos pela APS²³. Salienta-se que a estratégia de busca ativa dos SR é efetiva no intuito de diagnosticar precocemente os casos pulmonares bacilíferos, o que foi verificado em estudo realizado na província chinesa de Shandong, e Burkina Faso, África, nos quais os autores apontam que a rotina de rastreio da TB otimizou os resultados alcançados na detecção de casos mediante baixo custo de investimento^{17, 27}.

Ao analisar o fluxo dos municípios e os resultados alcançados por eles, conclui-se que o modo de organizar os processos relacionados à TB, pela gestão municipal, é determinante para promover ou limitar o comprometimento das equipes da APS na coordenação da assistência, e conseqüentemente alcançar as metas de controle da doença. Salienta-se a potencialidade da organização municipal de Sapucaia do Sul com investimentos na operacionalização da detecção de casos, no qual o SR não é desvinculado da equipe da APS em nenhum momento desde a suspeita até o término do tratamento.

A presente pesquisa traz contribuições para a formulação de políticas públicas municipais para efetivar a criação de linhas de cuidado com o intuito de assegurar a efetividade do alcance das metas propostas pela OMS para o controle

da TB, mediante ações de coordenação do cuidado. Destaca-se a necessidade da realização de novos estudos que visem analisar o custo efetividade dos fluxos em questão, no intuito de provar aos gestores a viabilidade dos investimentos na adoção de uma linha de cuidado integral para a TB a partir da APS.

Referências

1. Admi H, Muller E, Ungar L, Reis S, Kaffman M, Naveh N, Shadmi E. Hospitalecommunity interface: a qualitative study on patients with cancer and health care providers' experiences. *Eur J Oncol Nurs*. 2013;17:528-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2013.02.005>
2. Aguilera SLVU, França BHS, Moysés ST, Moysés SJ. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Rev. Adm. Pública*. 2013; 47(4):1021-39.
3. Andrade RLP, Scatolin BE, Wysocki AD, Beraldo AA, Moroe AA, Scatena LM, et al. Diagnóstico da tuberculose: atenção primária à saúde ou pronto atendimento? *Rev Saúde Pública*. 2013;47(6):1149-58. DOI: 10.1590/S0034-8910.2013047004650
4. Bertolozzi MR, Takahashi RF, Hino P, Litvoc M, França FOS. O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública. *Rev Med (São Paulo)*. 2014;93(2): 83-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v93i2p83-89>
5. Boaretto C, Bastos FI, Natal S. Os desafios para o controle da tuberculose e novas perspectivas. *Cad. Saúde Colet*. 2012;20(2):135-6.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: MS; 2011.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil; 2013. v.13, n.150, p. 59-62.
8. Brasil. Departamento de Atenção primária à saúde. Histórico de cobertura da saúde da família. 2016. Disponível em: dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
9. Brasil. Ministério da Saúde. Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose com o problema de saúde pública. Boletim Epidemiológico; 2016. v.47, n.3, p.1-13.
10. Brasil. Sistema de informação de agravos de notificação. SinanNet. Tuberculose: frequência de casos novos pulmonares com baciloscopia positiva em 2012, segundo município de residência. Disponível em: <http://200.198.173.165/tabnet/>
11. Coelho APAC, Larocca LM, Chaves MMN, Felix JVC, Bernardinho E, Alessi SM. Gestão do cuidado da tuberculose: integrando um hospital de ensino à atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(2):e0970015.
12. Cunha NV, Cavalcanti MLT, Santos MLF, Araújo VLA, Oliveira E, Cruz DM, et al. Estrutura, organização e processos de trabalho no controle da tuberculose em municípios do estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(53): 251-563.
13. Giovani MSP, Vieira CM. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. *R.Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. 2013; 7(4). DOI: 10.3395/reciis.v7i4.866pt
14. Gonzales RIC. Atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em municípios prioritários do sul do Brasil: desafios e investimentos em

estratégias de informação. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) Chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE - Decit N 40/2012 - Pesquisa em Doenças Negligenciadas, 2012.

15. Ibge. Instituto brasileiro de geografia e estatística. Cidades. 2016. Disponível em: cidades.ibge.gov.br
16. Maior ML, Guerra RL, Cailleaux-Cezar M, Golub JE, Conde MB. Tempo entre o início dos sintomas e o tratamento de tuberculose pulmonar em um município com elevada incidência da doença. *J Bras Pneumol*. 2012;38(2):202-9.
17. Méda ZC, Huang C, Sombié I, Konté L, Somda PK, Djibougou AD, et al. Tuberculosis in developing countries: conditions for successful use of a decentralized approach in a rural health district. *Pan African Medical Journal*. 2014; 17(198). DOI:10.11604/pamj.2014.17.198.3094
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
19. Nóbrega RG, Nogueira JA, Sá LD, Uchôa REMN, Trigueiro DRSG, Paiva RCG. Organização do serviço de controle da tuberculose em Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguara. *Rev. Eletr. Enf*. 2013; 15(1):88-95. DOI:10.5216/ree.v15i1.16194
20. Paiva RCG, Nogueira JA, Sá LD, Nóbrega RG, Trigueiro DRSG, Villa TCS. Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do nordeste do Brasil: desafio da atenção primária à saúde. *Rev. Eletr. Enf*. 2014; 16(3):520-6. DOI: 10.5216/ree.v16i3.23491
21. Paula R, Lefevre F, Lefebre AMC, Galesi VMN, Schoeps D. Por que os pacientes de tuberculose procuram as unidades de urgência e emergência para serem diagnosticados: um estudo de representação social. *Rev Bras Epidemiol*. 2014; 17(3): 600-14. DOI: 10.1590/1809-4503201400030003
22. Ponce MAS, Wysocki AD, Arakawa T, Andrade RLP, Vendramini SHF, Sobrinho RAS. Atraso do diagnóstico da tuberculose em adultos em um município paulista em 2009: estudo transversal. *Epidemiol.Serv.Saude*. 2016;25(3):553-62. DOI:10.5123/S1679-49742016000300011
23. Romero ROG, Ribeiro CMC, Sá LD, Villa TCS, Nogueira JA. Subnotificação de casos de tuberculose a partir da vigilância do óbito. *Rev. Eletr. Enf*. 2016; 18:p.e1161.
24. Sasaki NSGMS, Santos MLSSG, Vendramini SHF, Ruffino-Netto A, Villa TCS, Chiaravalloti-Neto F. Atraso na suspeita e no diagnóstico de tuberculose e fatores relacionados. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(4): 809-23. DOI: 10.1590/1980-5497201500040011
25. Ses. Secretaria estadual de saúde. Centro estadual de vigilância em saúde do RS. Tuberculose no Rio Grande do Sul: relatório técnico 2014-2015. Porto Alegre, 2016. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1459169540_RELAT%C3%93RIO%20TUBERCULOSE%202016.pdf
26. Stošić M, Lazarević N, Kuruc V, Ristić L. Assessment of the role of primary health care in tuberculosis control in Serbia. *Med Pregl*. 2015;LXVIII(9-10):331-5. DOI: 10.2298/MPNS1510331S
27. Zang XL, Li SG, Li HT, Li GX, Guo XY, Wang Y, et al. Integrating tuberculosis screening into annual health examinations for the rural elderly improves case detection. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2015; 19(7):787-791.
28. Who. World Health Organization. Global tuberculosis report 2015. Geneva: 2015. 192 p.

Tabela 1 – Indicadores de detecção de casos de tuberculose nas unidades de atenção primária à saúde de dois municípios prioritários do Rio Grande do Sul.

Indicadores referentes aos exames realizados em 2012*	SR Estimados n	SR Examinados n	Número de diagnósticos	Todos os serviços (%)	APS (%)
Proporção de SR examinados entre os estimados					
Pelotas	3282	1316	-	40,1	2,6
Sapucaia do Sul	1309	1033	-	78,9	42,7
Proporção de Diagnósticos entre os SR examinados					
Pelotas	-	-	10	8,7	11,9
Sapucaia do Sul	-	-	24	4,7	4,3

*dados coletados a partir do livro de registros do laboratório municipal

Fonte: estudo “Atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em municípios prioritários do sul do Brasil: desafios e investimentos em estratégias de informação” CNPq 4041100/2012-0.

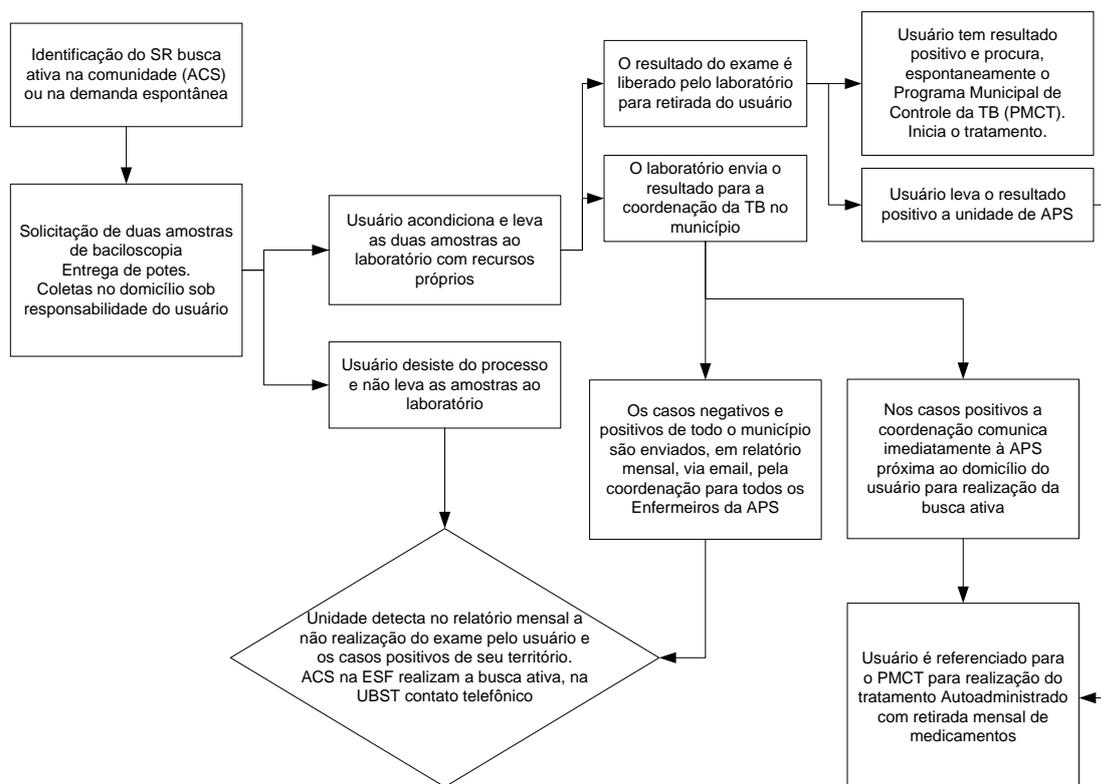


Figura 1 – Fluxograma de detecção de casos de tuberculose em Pelotas, 2016.

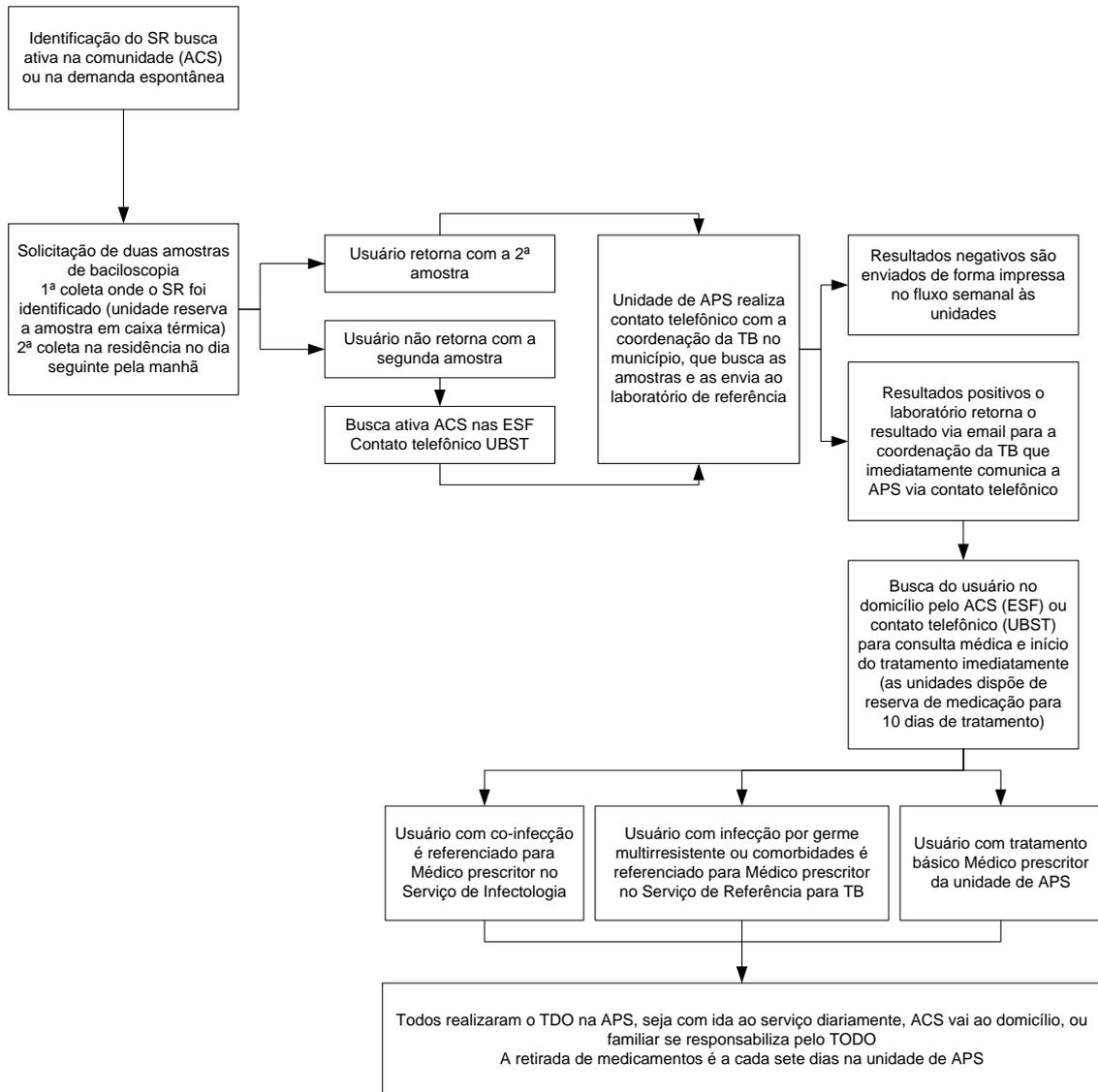


Figura 2 – Fluxograma de detecção de casos de tuberculose em Sapucaia do Sul, 2016.

IV CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA PARA DIVULGAÇÃO AO PÚBLICO

Detecção da tuberculose em Pelotas e Sapucaia do Sul

A tuberculose é uma doença milenar, entretanto sabe-se que ainda é um problema de saúde pública que precisa ser enfrentado pela gestão, pelos profissionais e também pela população. Para este enfrentamento, é necessária a existência de estrutura física, com disponibilidade de materiais para o diagnóstico e de profissionais capacitados para o atendimento das pessoas com sintomas de tuberculose, além da organização municipal para oferecer acesso aos serviços de saúde necessários ao diagnóstico e tratamento da doença. O diagnóstico precoce do sintomático respiratório (pessoa com tosse há três semanas ou mais) e o pronto início do tratamento são determinantes para interromper a transmissão da doença e permitir o seu controle.

Diante o reconhecimento deste problema, os pesquisadores Lílian Moura de Lima Spagnolo e Roxana Isabel Cardozo Gonzales, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, realizaram um estudo sobre a detecção de casos de tuberculose pela atenção primária à saúde, nos municípios de Pelotas e Sapucaia do Sul. O estudo foi realizado em duas etapas, na primeira foram visitadas todas as unidades de atenção primária à saúde de cada um dos municípios, sendo 50 em Pelotas e 19 em Sapucaia do Sul; e na segunda etapa foram entrevistados os profissionais responsáveis pelas ações de controle da tuberculose em cinco unidades de atenção primária à saúde de Pelotas e três de Sapucaia do Sul, selecionadas de forma aleatória. Além das entrevistas com os gestores municipais responsáveis pelas ações de controle da doença.

Na primeira etapa do estudo verificou-se a disponibilidade de materiais para a coleta do exame de baciloscopia de escarro, fundamental para o diagnóstico da tuberculose. Identificou-se em Pelotas ausência destes materiais, sendo que em 24% das unidades não existiam potes para coleta do escarro; em 53,1% não havia formulários para solicitação do exame; em 48% não possuíam livro de registro do sintomático respiratório; 60% sem caixa térmica para transporte das amostras; e 86% não possuíam transporte gratuito das amostras até o laboratório municipal. Em

Sapucaia do Sul, os materiais acima estavam disponíveis em todas as unidades examinadas.

Na etapa qualitativa, os profissionais responderam às questões sobre a existência de materiais para o diagnóstico e a organização do fluxo para a detecção de casos a partir da atenção primária à saúde. As principais deficiências encontradas, em ambos os municípios, foram: a ausência de profissionais, a troca frequente destes indivíduos e a falta de treinamentos às equipes sobre a tuberculose.

Em Pelotas verificou-se que a pessoa com sintomas de tuberculose é a responsável pela coleta da amostra no domicílio, o acondicionamento e o transporte do material coletado até o laboratório municipal, enquanto em Sapucaia do Sul este processo é realizado totalmente em parceria com a unidade de atenção primária à saúde, a qual se responsabiliza pelo acondicionamento e transporte da amostra até o laboratório.

O resultado dos exames também é disponibilizado de forma diferente, em Pelotas o próprio usuário retira diretamente no laboratório, e se direciona, espontaneamente, ao centro de especialidades para o início do tratamento. Já em Sapucaia do Sul o resultado é entregue pelo laboratório a unidade que realizou a coleta e o envio do material, ficando estes profissionais como responsáveis em agilizar o início do tratamento, que também é realizado na unidade.

Quando verificados os resultados alcançados na detecção de casos de cada município, para o ano de 2012, verificou-se que em Sapucaia do Sul 76% dos exames solicitados foram examinados no laboratório, levando em média 8,4 dias entre a solicitação e o início do tratamento. Enquanto que em Pelotas observou-se que apenas 50% dos sintomáticos respiratórios identificados nos registros da atenção primária à saúde chegaram até o laboratório com a amostra de escarro, e o tempo transcorrido entre a solicitação do exame e o início do tratamento, foi em média de 19 dias.

Diante os resultados, concluiu-se que a existência de recursos físicos, humanos e organizacionais na atenção primária à saúde, para a detecção de casos de tuberculose, é determinante para promover ou limitar a ação destas equipes no alcance das metas preconizadas de controle da doença.

V CONSIDERAÇÕES FINAIS

V Considerações finais

Ao analisar os resultados obtidos em relação à estrutura, aos fluxos de detecção de casos e aos resultados alcançados em cada município, verifica-se a confirmação da tese defendida, de que as características estruturais e organizacionais dos sistemas locais de saúde influenciam, positiva ou negativamente, nas ações de controle da tuberculose, e conseqüentemente no alcance das metas preconizadas de detecção de casos.

O município de Pelotas, o qual apresentou fragilidades relacionadas à estrutura (materiais, e a existência, capacitação e rotatividade dos recursos humanos), e ao fluxo de detecção (fragmentação da atenção; centralização do tratamento; desvinculação do SR da APS) obteve resultados de detecção de casos pela APS abaixo do preconizado. Enquanto que, o município de Sapucaia do Sul, que alcançou resultados de detecção dentro das metas preconizadas exibiu potencialidades relacionadas à disponibilidade de estrutura (materiais e capacitação das equipes para atenção à TB) e um fluxo de detecção organizado e com responsabilização da APS pela condução do SR desde a detecção até o tratamento e cura.

Diante os resultados alcançados recomenda-se a valorização das potencialidades de cada município. Em Sapucaia do Sul a descentralização das ações de controle para a APS é um ponto forte da organização municipal, pois transfere a responsabilização pela TB aos profissionais da APS e propicia a continuidade do cuidado no território. Em Pelotas a cobertura de ESF de 70,3% deve ser aproveitada, com a capacitação continuada dos profissionais de saúde e a descentralização do tratamento para a APS. Ressalta-se a importância desta ação, visto que a descentralização é um importante fator para fomentar a responsabilização das equipes pela integralidade do cuidado ao indivíduo com TB, potencializando a elevação das taxas de detecção de casos.

Além disso, a gestão municipal de Pelotas deve investir na disponibilização de estrutura mínima para o desenvolvimento das ações de detecção, assim como a

estruturação de um fluxo que garanta a continuidade do cuidado e o acompanhamento do SR desde a detecção até a cura da doença.