

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



Dissertação

**Avaliação da detecção de casos de tuberculose no contexto da  
Atenção Primária à Saúde**

Jenifer Harter

Pelotas, 2012

JENIFER HARTER

AVALIAÇÃO DA DETECÇÃO DE CASOS DE TUBERCULOSE NO CONTEXTO DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Pelotas, 2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

H327a Harter, Jenifer

Avaliação da detecção de casos de tuberculose no contexto da atenção primária à saúde / Jenifer Harter; orientadora Roxana Isabel Cardozo Gonzales. -Pelotas, 2012.

106 f.; il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2012.

1. Enfermagem. 2. Avaliação de serviços de saúde. 3. Atenção primária à saúde. 4. Tuberculose. I. Cardozo Gonzales, Roxana Isabel, orient.  
II. Título.

CDD: 610.73

## Folha de Aprovação

**Autor:** Jenifer Harter

**Título:** Avaliação da detecção de casos de tuberculose no contexto da Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde

**Aprovado em** \_\_\_\_\_

### Banca examinadora:

\_\_\_\_\_  
Profª Drª Roxana Isabel Cardozo Gonzales  
(Presidente)  
Universidade Federal de Pelotas

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio  
(Titular)  
Universidade de São Paulo

\_\_\_\_\_  
Profª Drª Elaine Thumé  
(Titular)  
Universidade Federal de Pelotas

\_\_\_\_\_  
Profª Drª Vanda Maria da Rosa Jardim  
(Suplente)  
Universidade Federal de Pelotas

\_\_\_\_\_  
Drª. Rubia Laine de Paula Andrade  
(Suplente)  
Universidade de São Paulo

## **Agradecimentos**

À família, alicerce de toda minha breve trajetória de vida.

Aos meus pais, **Rudinei** e **Leni**, que me permitiram traçar meu caminho, me auxiliaram a dar cada passo para alcançar os objetivos e compreenderam meus momentos de isolamento. Clichê, porém verdadeiro, é dizer que amo, me orgulho e admiro vocês!

Àquele que dividiu comigo todos os dias de aflição, incerteza, alegria e realização. Obrigada **Leandro!**

À **Roxana**, guia fundamental nesta trajetória. Obrigada pela confiança, cumplicidade, pelos ensinamentos e por me mostrar a riqueza do mundo acadêmico, da pesquisa e também de uma trajetória de vida de valores e sensibilidade admiráveis.

Aos amigos do grupo de pesquisa **GEOTB-FEn/UFPel**, indispensáveis em qualquer etapa deste trabalho. Obrigada também àqueles que, mesmo por pouco tempo, fizeram parte desta pequena união.

Aos colegas de mestrado, em especial ao **Grupo “B”**, sem os quais muitos momentos desse caminho seriam tediosos. Em especial à **Julyane** por me mostrar outra perspectiva!

Aos **amigos** que souberam compreender minha ausência, vibraram com cada conquista e confortaram cada desânimo.

Aos membros do **“Conselho”** porque todas as reuniões eram uma festa! Ao **Diretório Acadêmico Anna Nery** pelas amizades construídas, e por perpetuar um movimento estudantil longe dos interesses e disputas partidárias.

Aos profissionais que participaram deste estudo. Às pessoas em tratamento para tuberculose, por quem vale a pena transpor cada adversidade.

Ao Programa de Pós-Graduação da Enfermagem, pelos ensinamentos acadêmicos e experiências disponibilizadas. À CAPES pela bolsa de mestrado.

*“A melhora da medicina prolongaria, no final, a vida humana, mas a melhora das condições sociais alcançaria este resultado mais rapidamente e de forma mais bem-sucedida”*

**Rudolf Virchow**

## Resumo

HARTER, Jenifer. **Avaliação da detecção de casos de tuberculose no contexto da atenção primária à saúde**. 2012. 102 fls. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012.

O Brasil exibe uma redução nos indicadores epidemiológicos relacionados à tuberculose (TB) ao longo dos últimos dez anos. Enquanto o nível de atenção do sistema de saúde, a atenção primária à saúde serve como a porta de entrada a cuidados em saúde, coordenando e direcionando a atenção em saúde, é recomendada como espaço crucial para intervenção no controle da doença. A detecção de casos de TB é a principal estratégia apontada para o controle da doença em nível nacional, envolve a identificação do sintomático respiratório (SR); a hipótese diagnóstica de TB; a conduta adotada frente ao indivíduo e a confirmação do diagnóstico. Assim, objetivou-se avaliar a detecção de casos de tuberculose nas Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde Tradicionais na perspectiva dos profissionais de saúde em Pelotas/RS. Utilizaram-se os elementos do processo (reconhecimento do problema, manejo individual e coletivo) e da estrutura (pessoal, instalações/equipamentos e organização) para avaliação do desempenho dos serviços, entendendo-o como a execução das ações para detecção de casos, considerando a presença da estrutura necessária ao desenvolvimento das ações. O estudo tem caráter quantitativo de corte transversal, realizado com 271 profissionais de saúde das 51 unidades do município de Pelotas/RS no período de abril a agosto de 2012. As variáveis de interesse compõe uma adaptação pré-testada do questionário de avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB. Para análise os dados foram estratificados por modalidade de serviço de saúde da atenção primária à saúde. Realizou-se Análise de Correspondência Múltipla e análise de frequência absoluta. A unidade de saúde da família foi associada com: profissionais preparados para identificação de SR; presença de pote de escarro e formulários de solicitação de baciloscopia; realização de avaliação clínica e solicitação da baciloscopia; realização de ações coletivas na comunidade. Observou-se que a unidade de saúde da família às vezes realizava busca de SR na unidade e comunidade; quase nunca realizava educação em saúde sobre TB na comunidade. A unidade básica de saúde tradicional associou-se à: profissionais sem atualização clínica e em exames e sem segurança para identificação do SR; à falta de pote de escarro e de formulário de solicitação de baciloscopia; com profissionais que não faziam avaliação clínica; não solicitavam baciloscopia, e não realizavam ações coletivas na comunidade. Portanto, a detecção de casos de TB na atenção primária à saúde, principalmente na UBS, apresentou fragilidades na estrutura e desenvolvimento das ações de detecção de casos da doença no município.

**Descritores:** Avaliação de serviços de saúde; Atenção Primária à Saúde; Detecção de casos de tuberculose.

## Abstract

HARTER, Jenifer. Evaluation of detection of TB cases in the context of primary health care. 2012. 102 pgs. Thesis (MA) - Graduate Program in Nursing. Federal University of Pelotas, Pelotas, 2012.

Brazil displays a reduction in epidemiological markers related to tuberculosis (TB) over the last ten years. While the level of attention of the health system, the primary health care serves as the gateway to health care, coordinating and directing health care, recommended as crucial space for intervention in disease control. The detection of TB cases is the main strategy aimed at controlling the disease nationwide, it involves the identification of respiratory symptoms (RS); the diagnosis of TB; conduct adopted with the individual and confirmation of the diagnosis. The objective was to evaluate the detection of TB cases in the Family Health Units and Traditional Basic Health Units in the perspective of health professionals in Pelotas / RS. We used the elements of the process (problem recognition, individual and collective handling) and structure (personnel, facilities / equipment and organization) to evaluate the performance of the services, understanding it as the implementation of actions to detect cases, considering the presence of the necessary structure for the development of actions. The study is a cross-sectional quantitative one, conducted with 276 health professionals from 51 units of Pelotas / RS in the period April to August 2012. The variables of interest comprise a pre-tested adaptation of the questionnaire to evaluate performance of primary care services in TB control. For analysis, the data were Stratified by type of health primary care service. Multiple Correspondence and absolute frequency analysis were performed. The family health unit was associated with: identification of professionals prepared to RS; presence of sputum spot and smear request forms; conducting clinical evaluation and smear request; realization of collective action in the community. It was observed that the health unit family sometimes performed RS search within unity and community; almost never performed health education on TB in the community. The traditional basic health unit was associated with: professional and clinical update without testing and without security to identify the RS ; lack of sputum pot and smear request form; professionals who didn't perform clinical evaluation, didn't requested smear, and didn't perform collective actions in the community. Therefore, detection of TB cases in primary health care, particularly at the BHU, showed weaknesses in the structure and development of actions to detect cases of the disease in the city.

**Keywords:** Evaluation of health services, primary care, detection of tuberculosis cases.

## Sumário

<b>I Projeto de Pesquisa .....</b>	<b>10</b>
<b>II Relatório de Campo .....</b>	<b>59</b>
<b>III Artigo Científico .....</b>	<b>64</b>
<b>Apêndices .....</b>	<b>82</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>95</b>

## **Apresentação**

Esta dissertação de mestrado divide-se em três partes: I- Projeto de Pesquisa, II- Relatório de Campo e III- Artigo Científico.

I- Projeto de Pesquisa: apresenta a proposta de dissertação de mestrado, o qual foi aprovado no Exame de Qualificação, realizado em 03 de Agosto de 2012. A versão anexada incorpora as alterações sugeridas pela Banca de Qualificação.

II- Relatório de Campo: este item contém os resultados referentes à etapa da pesquisa da qual provém os dados desta dissertação. Além disso, apresenta a participação e as atividades realizadas durante o desenvolvimento do estudo.

III- Artigo Científico: trata-se de um manuscrito para submissão à revista científica. Neste são apresentados os resultados desta dissertação.

## **I PROJETO DE PESQUISA**

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



Projeto

**Avaliação da detecção de casos de tuberculose no contexto da  
Atenção Primária à Saúde**

**Jenifer Harter**

Pelotas, 2012

JENIFER HARTER

AVALIAÇÃO DA DETECÇÃO DE CASOS DE TUBERCULOSE NO CONTEXTO DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Pelotas, 2012

### **Banca de Exame de Qualificação**

Profª Drª Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio

Profª Drª Elaine Thumé

Profª Drª Vanda Maria da Rosa Jardim

Drª Rubia Laine de Paula Andrade

## Lista de Quadros

Quadro 1 – Variáveis do estudo.....	47
Quadro 2 – Cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa, Pelotas/RS .....	51
Quadro 3 – Recursos materiais e humanos para o desenvolvimento do projeto, Pelotas, 2012 .....	52

## **Lista de Figuras**

Figura 1 - Diagrama da seleção dos estudos para revisão integrativa da avaliação da Atenção Primária a Saúde no controle da tuberculose, 2011 .....	27
Figura 2 - Organização do Sistema de Saúde .....	42
Figura 3 - Série histórica do tipo de entrada dos casos de tuberculose notificados em Pelotas, 2005-2011 .....	44

## **Lista de abreviaturas e siglas**

ABS – Atenção Básica de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MeSH – *Medical Subject Headings*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCT – Programa de Controle da Tuberculose

PMCT – Programa Municipal de Controle da Tuberculose

PNCT – Plano Nacional de Controle da Tuberculose

PubMed – *U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health*

RS – Rio Grande do Sul

SINAN – Sistema Informações de Agravos de Notificação

SR – Sintomático Respiratório

TB – Tuberculose

UBST – Unidade Básica de Saúde Tradicional

USF – Unidade Saúde da Família

WHO – *World Health Organization*

## Sumário

Definição de Termos.....	19
1 Introdução.....	21
Justificativa .....	23
2 Revisão de Literatura.....	25
2.1 A atenção à tuberculose na Atenção Primária à Saúde.....	25
2.2 Revisão Integrativa: Avaliação da Atenção Primária à Saúde no controle da Tuberculose .....	26
3 Objetivos.....	36
3.1 Objetivo Geral .....	36
3.2 Objetivos Específicos .....	36
4 Hipótese .....	37
5 Marco Teórico.....	38
5.1 Atenção Primária à Saúde.....	38
5.2 Avaliação da Atenção Primária à Saúde .....	40
6 Metodologia.....	44
6.1 Delineamento do estudo.....	44
6.2 Local do estudo .....	45
6.3 População do estudo.....	46
6.4 Instrumento de coleta de dados .....	46
6.5 Operacionalização da coleta de dados .....	47
6.6 Variáveis do estudo.....	47
6.7 Análise dos dados .....	49
6.8 Aspectos éticos .....	51
6.9 Divulgação dos resultados .....	51
7 Cronograma.....	52
8 Orçamento.....	53
Referências .....	54

## **Definição de Termos**

### **Unidades Básicas de Saúde Tradicionais**

São unidades básicas de saúde sem equipes de saúde da família, que em grandes centros urbanos, são responsáveis por até 30 mil habitantes, e localizam-se dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, devendo garantir os princípios da Atenção Básica de Saúde. Desde 2002, visando à reorganização inicial do modelo de atenção à saúde nas Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBST) recomenda-se incorporar a equipe multiprofissional - constituída basicamente por médicos, equipe de enfermagem e de saúde bucal - o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que se caracteriza, principalmente, pelo desenvolvimento de ações de promoção e prevenção à saúde no território, desenvolvidas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os quais são pessoas da comunidade vinculadas aos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

### **Unidades de Saúde da Família**

São unidades que possuem de uma até quatro equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e apresentam responsabilidade sanitária por um território adstrito com até 4 mil habitantes. A equipe mínima é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e ACS suficientes (máximo de 12) para cobrir toda a população (BRASIL, 2006). Recentemente, a equipe de Saúde Bucal foi incorporada à equipe mínima da Unidade de Saúde da Família (USF)(BRASIL, 2011a).

A ESF possui atribuições específicas, dentre as quais se destacam: ter caráter substitutivo à atenção básica tradicional; atuar de forma pactuada com os usuários, tendo como foco a família e comunidade; planejar e programar a assistência a ser oferecida com base no diagnóstico situacional do território; estabelecer parcerias com organizações sociais do território e promover a cidadania (BRASIL, 2006).

**Desempenho do serviço de atenção primária**

De modo geral, refere-se ao grau de alcance dos objetivos dos sistemas de saúde (HURST, HUGUES, 2001) sendo fortemente influenciada pela estrutura (TANAKA; MELO, 2001). Na detecção dos casos de tuberculose (TB), o desempenho dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) prevê a identificação de sintomáticos respiratórios (SR), a suspeição da TB e o diagnóstico dos casos, a partir da avaliação clínica e solicitação de exames, considerando a capacidade instalada (estrutura) de tais serviços.

**Detecção de casos de tuberculose**

Objetiva identificar os casos de TB entre os SR (BRASIL, 2011b), incluindo a busca e identificação do SR, a suspeição da doença e a conduta frente ao indivíduo (avaliação clínica e laboratorial) para firmar o diagnóstico.

## 1 Introdução

Desde 1993, a tuberculose (TB) é considerada uma emergência mundial pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2009). No ano de 2009 foram notificados 9,4 milhões de casos novos no mundo, além de 1,7 milhões de mortes e 380 mil coinfectados HIV/TB (WHO, 2010). Ainda de acordo com a OMS, 80% dos indivíduos com TB concentram-se em 22 países considerados prioritários para o controle da doença (WHO, 2009).

O Brasil ocupava o 19º lugar em relação ao número de casos entre os 22 países prioritários, com incidência de 37,9/100.000 habitantes em 2010 (BRASIL, 2011c). Apesar de este coeficiente ser inferior ao estimado pela OMS (45/100.000 habitantes) (WHO, 2010), a incidência ainda é elevada, permanecendo a TB como um problema de saúde pública no país.

Diferentes causas são responsáveis pela situação da doença no país (RODRIGUES et al., 2007) e, dentre elas, citam-se o cuidado inadequado de saúde e as condições de miséria, com destaque para desnutrição, superpopulação e moradia insalubre. Em regiões onde predominam essas características acentua-se a mortalidade e morbidade por TB (MENDES; FENSTERSEIFER, 2004)

O alto índice de HIV, como apresentado no Rio de Janeiro e no Rio Grande do Sul, e o pouco acesso ao serviço de saúde, como em estados da região amazônica, também repercutem na situação epidemiológica da doença (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2011c).

O comprometimento político, a alocação e qualificação de recursos humanos (MONROE et al, 2008), os investimentos financeiros, a organização da atenção (VILLA et al, 2008) e as formas de gestão da atenção às pessoas com TB nos serviços de saúde (RUFFINO-NETO, 2006) também são adotados como fatores que influenciam a situação da doença nos diferentes cenários.

A atenção à TB exige estrutura, organização e funcionalidade do sistema de saúde para o desenvolvimento do conjunto das ações essenciais ao controle da doença, que incluem busca de sintomáticos respiratórios (SR), prestação da assistência e tratamento do doente, gestão financeira do Programa de Controle da

Tuberculose (PCT), e ainda desenvolvimento de um sistema de informações confiável (FIGUEIREDO et al, 2009).

O desenvolvimento das ações de controle da TB é uma atribuição dos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, sendo que a Atenção Primária à Saúde (APS), conforme recomendado pelo Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), tem o papel de se tornar a principal porta de entrada ao usuário para o diagnóstico e tratamento da doença (BRASIL, 2011b).

Além disso, o PNCT (2001-2005) sugeriu a parceria do Programa de Controle da TB com o Programa de Saúde da Família – hoje Estratégia de Saúde da Família (ESF) – e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) para o sinergismo e multiplicação do impacto de suas ações de prevenção e controle da TB, uma vez que tais estratégias têm como foco a família e o domicílio como espaço de atuação e possibilita detecção de casos na comunidade e maior adesão ao tratamento (BRASIL, 2004).

O Pacto pela Saúde no ano de 2006, visando fortalecer a capacidade de resposta dos serviços de saúde às doenças emergentes e endemias, dentre elas a TB, reafirmou entre as esferas governamentais o compromisso político e o investimento financeiro para garantir insumos e medicamentos aos programas estratégicos no intuito de atingir as metas de controle dessas doenças (BRASIL, 2007).

Contudo, diversos estudos mostram fragilidades de gestão, de estruturação física, de qualificação e suficiência de profissionais e trabalhadores, e de acesso aos serviços de APS (RUFFINO-NETO, 2001; MUNIZ et al, 2005; RODRIGUES, 2010; SILVEIRA et al 2010; ALMEIDA et al, 2010). Tais debilidades comprometem o diagnóstico e o tratamento oportuno dos casos de TB (VILLA et al, 2009), o que mantém a doença como uma das prioridades no contexto da APS.

O diagnóstico precoce e o pronto tratamento dos doentes de TB pulmonar são as principais medidas de controle da doença (BRASIL, 2011b), o que exige agilidade na detecção dos casos de TB pela APS. Tais medidas permitem a quebra da cadeia de transmissão do agravo em questão e requerem a identificação das fontes de infecção na comunidade e o desenvolvimento de ações para o diagnóstico da doença (realização de anamnese, exame físico, solicitação e encaminhamento para realização de exames), visando a efetivação do tratamento e (BRASIL, 2011b; CHADAMBUKA et al, 2011) o aumento das chances de cura (WAHYUNI et al, 2007).

Neste sentido, o serviço de saúde precisa se organizar para acolher e identificar os possíveis casos de TB na comunidade, e conseqüentemente, detectá-los precocemente (BRASIL, 2011b).

Frente à relevância dos serviços de APS como porta de entrada para o sistema de saúde à influência da capacidade instalada para realização de ações de controle da doença e à diversidade dos processos de atenção e dos contextos sociais e econômicos como determinantes da infecção pelo agravo, considera-se necessária a avaliação do desempenho dos serviços de APS (Unidades Básicas de Saúde Tradicionais – UBST e Unidades de Saúde da Família – USF) na detecção dos casos de TB, com ênfase nos componentes de estrutura e processo dos serviços de saúde.

### **Justificativa**

As características da organização e da oferta forma de execução das ações de saúde e influenciam no desempenho dos diferentes serviços de saúde (MERHY; MALTA; SANTOS, n.d). Nesse contexto, o desenvolvimento de estudos de avaliação de desempenho é fundamental para subsidiar a avaliação dos resultados e o impacto alcançado pela oferta de ações e serviços (BODSTEIN, 2002).

Assim, são uteis para fornecer informações da situação de determinado objeto de estudo e elaborar planos estratégicos, visando decidir pontos de aprimoramento ou transformação, intervir nos problemas identificados e ainda, contribuir na produção de conhecimento (HARTZ, 2000).

Nesse contexto, é relevante identificar os aspectos estruturais e processuais dos serviços da APS que influenciam na detecção dos casos de TB, uma vez que ainda que a estrutura, a organização e a funcionalidade das USF e UBST se configurem de forma diferente, ambas têm como responsabilidade promover impacto no controle da TB, por meio do diagnóstico precoce e tratamento oportuno dos casos (BRASIL, 2011b).

A UBST é responsável por um território não coberto pela ESF, sem delimitação territorial precisa; podendo ter ainda como características principais a demanda espontânea, o atendimento especializado e fragmentado com ênfase curativa e pouco incorporada às ações de mapeamento e rastreamento de casos na comunidade (BRASIL, 2006).

A USF, por sua vez, tem caráter substitutivo ao modelo tradicional, com atuação em um território bem delimitado, caracterizando-se por atividades programáticas e ações na comunidade (BRASIL, 2006), objetivando a reorientação do modelo assistencial para fortalecer a proposta de uma atenção integral, em que também são priorizadas ações de promoção e prevenção, enfatizando a educação em saúde e a reorganização dos serviços na busca pelo cumprimento das diretrizes dos SUS (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009).

Frente às singularidades na estruturação e funcionalidade das diferentes modalidades de atenção no contexto da APS e sua relevância no controle da TB, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: **Qual o desempenho das unidades saúde da família e unidades básicas de saúde tradicionais na detecção dos casos de tuberculose no município de Pelotas?**

## **2 Revisão de Literatura**

A revisão da Literatura da presente proposta de pesquisa apresenta uma construção textual não sistematizada de publicações científicas, no intuito de descrever a trajetória política da atenção à TB na perspectiva da APS ao longo do tempo. Ainda, em um segundo tópico, apresenta uma revisão integrativa da literatura recente que objetivou identificar os aspectos utilizados para avaliação da estrutura e processo de unidades da atenção primária na detecção de casos da TB.

### **2.1 A atenção à tuberculose na Atenção Primária à Saúde**

Para Hijjar et al (2008), a TB faz parte da história da sociedade brasileira, existindo desde a colonização, sendo um dos agravos que contribuiu para o retardo do crescimento social e econômico do país.

Entretanto, somente após a TB ser reconhecida pela OMS como uma emergência mundial, o Brasil lançou um plano emergencial de controle da doença em 1996, o qual tinha como foco central a ampliação da atenção à TB, a partir da definição de 230 municípios prioritários para a execução das ações de controle da doença, a qual era baseada em dados epidemiológicos relacionados da doença e do HIV, o tamanho da população e a organização dos serviços na atenção à TB (RUFFINO-NETTO, 1999).

Desta forma, em 1998, o Brasil apresentou o Programa Nacional de Controle da TB, tornando-o uma prioridade política governamental, expandindo suas ações para todos os municípios brasileiros e estabelecendo a APS como o local principal para a execução das mesmas.

O Programa Nacional de Controle da TB em 2000 é incorporado ao Departamento de Atenção Básica, ampliando as responsabilidades da APS no controle da doença. Destaca-se ainda, a incorporação do PACS e ESF como instrumentos para controle da TB, com vistas a aumentar as ações de busca de SR e promover o vínculo entre profissionais e usuários como meio para adesão terapêutica (RUFFINO-NETTO; VILLA, 2006).

Nesse sentido, a incorporação das ações para o controle da TB pelo PACS e ESF contribui para romper as barreiras geográficas e econômicas de acesso ao diagnóstico e tratamento e atingir os grupos sociais de maior risco (BRASIL, 2002), devendo a APS se constituir como a principal porta de entrada do doente de TB ao sistema de saúde.

A proposta de fortalecimento da APS é fruto do reconhecimento da fragmentação na oferta dos serviços de saúde, da necessidade de maior contato destes com equipamentos sociais, de modo a contribuir para a maior eficiência do setor saúde na atenção às condições crônicas (GIOVANELLA et al, 2009), dentre elas a TB.

Assim, destaca-se que a APS, mais especificamente a ESF, permite o reconhecimento das condições de vulnerabilidade dos indivíduos e pode fornecer um olhar ampliado e um acompanhamento adequado na atenção às pessoas com TB.

## **2.2 Revisão Integrativa: Avaliação da Atenção Primária a Saúde no controle da Tuberculose**

A revisão integrativa é um método de síntese da literatura científica, que permite aprofundar o conhecimento em uma determinada temática. É uma análise ampla da literatura que permite a discussão sobre métodos e resultados de pesquisas, contribuindo para reflexões e realização de novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

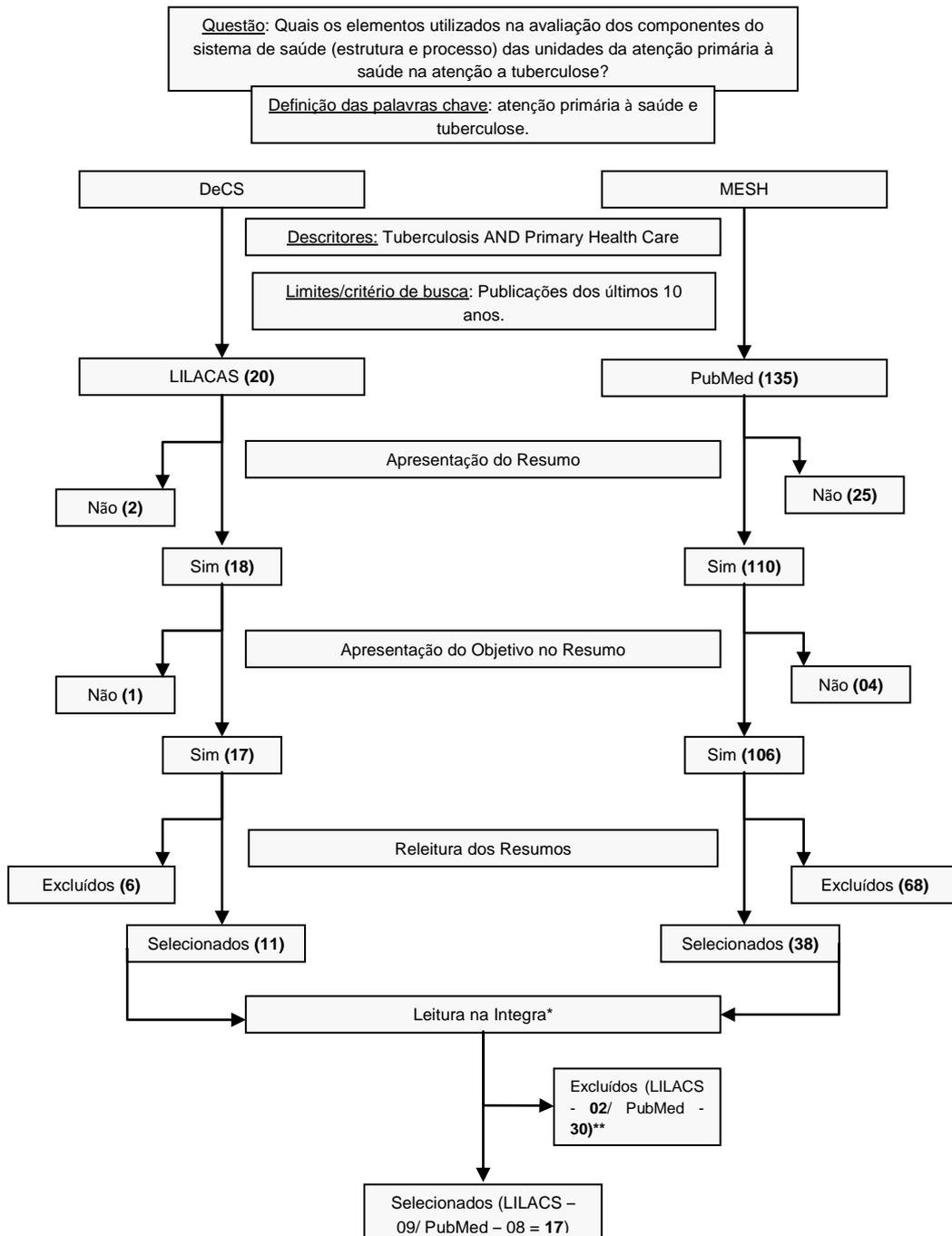
Este tipo de revisão exige a descrição da estratégia delimitada possibilitando identificar precisamente os passos percorridos. Nesse sentido, Mendes, Silveira e Galvão (2008) sugerem algumas etapas para realização da revisão: 1. Seleção do tema e elaboração da questão de pesquisa; 2. Estabelecimento de critérios para busca e seleção dos estudos e busca na literatura; 3. Definição das informações a serem extraídas das publicações selecionadas e categorização dos estudos; 4. Avaliação dos estudos incluídos; 5. Interpretação dos resultados; e 6. Apresentação da síntese/revisão produzida.

Para a formulação da questão norteadora tomou-se como referência os componentes do sistema de serviços de saúde para avaliação da APS, elencados por Starfield (2002), com base em Donabedian (1966). Esses componentes incluem

a estrutura, que se refere ao elenco de serviços, e o processo, que compreende as ações desenvolvidas pelos profissionais e usuários envolvidos na atenção em saúde. Tais componentes subdividem-se em elementos para avaliação, sendo que elegeu-se para a realização deste estudo os elementos estruturais: pessoal (recursos humanos), instalações e equipamentos (recursos materiais disponíveis) e organização (forma como o serviço de saúde estabelece seu funcionamento); e os elementos processuais: reconhecimento e entendimento do problema (identificar o SR como um possível caso de TB) e manejo (dimensão individual – ações adotadas frente ao sintomático respiratório e dimensão coletiva – conjunto de ações desenvolvidas na comunidade para a detecção de casos).

Com isso, na etapa 1 construiu-se a seguinte questão de busca: **Quais os elementos utilizados na avaliação dos componentes estrutura e processo dos serviços de atenção primária a saúde na atenção a tuberculose?**

A busca ocorreu no período de outubro a novembro de 2011, utilizando as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed), os descritores *tuberculosis* e *Primary Health Care*, estes consultados previamente nos dicionários de termos Descritores das Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH). Os descritores foram utilizados em ambas as bases nos idiomas inglês e português, não alterando os resultados encontrados. Nesta revisão, as etapas percorridas na etapa 2 da revisão integrativa estão descritas na Figura 1.



\*Foram excluídos nesta etapa os estudos não disponíveis nos idiomas Inglês, Espanhol ou Português.

\*\*Os estudos excluídos abordavam perfil de doentes de TB; estudos de avaliação do tratamento, como DOTS ou características do abandono, MDR; estigma; estudos sobre custo-efetividade de novas técnicas laboratoriais;

**Figura 1.** Diagrama da seleção dos estudos para Revisão Integrativa da Avaliação da Atenção Primária à Saúde no controle da Tuberculose, 2011.

Após a leitura na íntegra e seleção dos estudos, as etapas 3 e 4 resultaram na construção de um quadro (Apêndice A) para síntese dos principais resultados de interesse ao objeto de estudo distribuindo-os entre os elementos dos componentes da estrutura e do processo na coluna “Itens avaliados”. Destaca-se que o desenvolvimento desta revisão tem cunho narrativo apresentando uma síntese dos principais resultados encontrados na literatura (etapas 5 e 6).

### 2.2.1 Principais Resultados

#### Estrutura

O elemento **Pessoal** do componente estrutural inclui todos os envolvidos na prestação das ações do serviço de saúde, considerando sua formação e treinamento (STARFIELD, 2002). No que tange a TB, e mais precisamente, a detecção de casos da doença é relevante identificar o conhecimento dos profissionais atuantes na atenção primária quanto à identificação do sintomático respiratório e técnicas de confirmação do diagnóstico, fundamentalmente, a baciloscopia e radiografia.

Nessa perspectiva, ao analisar o conhecimento dos profissionais de saúde atuantes na APS quanto à detecção de casos da TB, estudos na Croácia, Indonésia, Argentina e Zimbábue apontaram, respectivamente: fragilidades na avaliação clínica do SR (JURCEV, 2009), no conhecimento das recomendações para solicitação do exame baciloscópico (GUZMÁN et al., 2010; CHADAMBUKA et al, 2011), e ainda na realização da coleta de escarro e das diretrizes para o diagnóstico da doença (WAHYUNI et al, 2007).

Em estudo realizado no Zimbábue, verificou-se que apenas dois (5,3%) de 38 enfermeiros haviam participado de capacitação em gestão da TB. Destaca-se que, apesar do baixo percentual de enfermeiros capacitados, todos sabiam os diferentes métodos diagnósticos; 92% sabiam definir corretamente a doença e 87% sabiam citar três ou mais sintomas. No entanto, apenas quatro enfermeiros sabiam a frequência e período das coletas de escarro e pouco mais da metade dos profissionais entrevistado (53%) identificou a baciloscopia como método padrão recomendado para o diagnóstico da TB (CHADAMBUKA et al, 2011).

Nesse sentido, segundo Monroe et al (2008) ao responsabilizar a APS, e, principalmente, a ESF, pelas ações de controle da TB é indispensável haver equipes qualificadas para lidar com a complexidade da doença. Os autores afirmam ainda,

que os profissionais de saúde, por envolverem-se com uma ampla gama de ações referentes a diferentes programas de saúde, além da falta de sensibilização e preparo para identificar os sintomas da doença, têm dificuldades de incorporar as ações de busca de SR no cotidiano da unidade de saúde.

O Ministério da Saúde brasileiro em 2002, já enfatizava a capacitação de recursos humanos (RH) como um dos eixos para intervenção na situação da TB (BRASIL, 2002). No entanto, a oferta de cursos de capacitação ocorre de forma limitada e esporádica, e a quantidade de profissionais na APS que devem lidar com a TB dificulta a participação nestas atualizações, produzindo uma fragilidade na atenção ao SR (SÁ et al, 2011).

Outro fator que pode representar uma barreira na adesão aos cursos sobre o controle da TB é a sobrecarga de trabalho, conforme evidenciado em estudo na Croácia (WAHYUNI et al, 2007) e também no Brasil, o qual identificou o acúmulo de funções pelo profissional enfermeiro, dificultando o acompanhamento e a execução das ações de controle da TB na unidade de saúde (MUNIZ et al, 2005).

A realização de intervenções educativas com os trabalhadores em saúde tem produzido efeito positivo no resultado das ações de diagnóstico da TB. Nessa conjuntura, Zidouni et al (2009) verificaram que a suspeita de TB frente a um SR, é mais facilmente realizada pós-atualização dos profissionais; além disso Fairall et al (2005) constataram, ao realizar estudo caso-controle com enfermeiras, que a detecção de casos de TB foi maior no grupo que recebeu sessões educativas sobre a doença; bem como Guzmán et al (2010) que identificaram uma elevação significativa no conhecimento de técnicos de laboratório após aplicação capacitação sobre a doença.

Estudos identificaram que os profissionais reconhecem a necessidade de atualização em TB (JURCEV, 2009; SÁ et al, 2011). Todavia, a capacitação dos profissionais, isoladamente, não garante resolutividade para a problemática da TB, é fundamental incorporar outros conhecimentos que permitam a apropriação de saberes que subsidiem a complexa relação com os indivíduos acometidos pela TB (MUNIZ et al 2005).

Não obstante, a manutenção de equipes qualificadas para lidar com a TB é danificada pela rotatividade profissional (MONROE et al, 2008) e defasagem de recursos humanos. Estudo em um município da região metropolitana de João Pessoa/PB, ao analisar o desempenho das equipes de saúde da família, destacou

avanços no controle da TB relacionados ao desenvolvimento das ações de prevenção, cura, reabilitação e realização de visitas domiciliares por equipe multidisciplinar nas 40 horas de trabalho semanais (SA et al, 2011), evidenciando a relevância da permanência e completude da equipe de saúde na unidade.

Convergindo com o estudo anterior, evidenciaram-se evoluções positivas nos indicadores de controle da TB em Dourados/MS após a descentralização das ações para a APS e expansão expressiva das unidades com profissionais capacitados para lidar com a TB (AMARAL et al, 2010).

Nesse sentido, Monroe et al (2008) afirmam que a debilidade quantitativa e qualitativa de recursos humanos nas unidades de saúde foi uma das principais barreiras no acesso ao diagnóstico da TB ao estudar nove cidades de São Paulo. Na Indonésia, a maioria dos coordenadores da APS entrevistados (96%) considerou o número de profissionais de saúde suficiente para triagem de SR, entretanto 32% consideraram que o número de funcionários para realização dos exames laboratoriais diagnósticos é insuficiente (WAHYUNI et al, 2007) o que pode repercutir na ampliação do tempo para obter o resultado dos exames, e conseqüentemente, para o início do tratamento.

Outro elemento da estrutura dos serviços de saúde denomina-se **Instalações e equipamentos**. Neste incluem-se o espaço físico e os equipamentos utilizados na prestação de cuidados de saúde. Para temática de estudo, é importante a presença de recursos materiais para a detecção de casos de TB e a necessidade de ambiente adequado ao atendimento do SR de modo a fornecer biossegurança aos trabalhadores e usuários da unidade de saúde.

Nesse sentido, Clementino e Miranda (2010) afirmam que a existência dos recursos materiais, como pote de escarro e isopor, e a disponibilidade de medicamentos na unidade de saúde são fundamentais para a efetivação das ações indispensáveis ao controle da TB.

Wahyuni et al (2007) identificou que na maioria das 25 unidades de atendimentos primário estudadas haviam formulários disponíveis, entretanto era escasso a quantidade de materiais laboratoriais e formulários em uma das unidades estudadas. Em 48% das unidades de saúde a solicitação de materiais para atenção a TB ocorria de duas a quatro vezes por ano, nas demais a solicitação era realizada conforme demanda.

A **Organização** é o elemento que compreende a forma como o serviço de saúde estabelece seu funcionamento, bem como os aspectos essenciais à prestação da atenção (STARFIELD, 2002). No que tange a detecção de casos de TB, cabe destacar as características da organização dos serviços da APS que possam interferir, positiva ou negativamente, no processo de atenção ao SR, como o tempo de consulta ofertado ao usuário, período de espera para a consulta, entre outros.

Estudo realizado com doentes de TB em Campina Grande/PB por Clementino e Miranda (2010) identificou que a satisfação do usuário está pautada basicamente em ter a consulta assegurada e sem longa espera, além da solução objetiva e rápida da demanda trazida ao profissional.

No Rio de Janeiro, estudo sobre o acesso ao diagnóstico, identificou que a obtenção de consulta em 24 horas não apresentou diferença significativa entre as USF e unidade ambulatorial de referência. No entanto, o acesso ao diagnóstico foi considerado adequado para 67% dos usuários das USF e para apenas 35% dos usuários das unidades ambulatoriais (MOTTA et al., 2009). Com a mesma direção, usuários de Campina Grande/PB revelaram ter de “madrugar” para conseguir atendimento e consulta na unidade de saúde (CLEMENTINO e MIRANDA, 2010).

Motta et al. (2009) destacaram ainda, que os usuários que procuravam a unidade ambulatorial perdiam turnos de trabalho mais frequentemente que usuários das USF ( $p=0,01$ ), provavelmente pelo deslocamento mais prolongado, já que o ambulatório ficava na região central do município de Itaboraí/RJ e as USF tinham maior proximidade do domicílio dos doentes.

Em uma cidade com alta prevalência de HIV na África do Sul, Meintjes et al. (2008) mostraram que a maioria destes doentes (88%) de TB buscavam os serviços públicos de saúde em média até três vezes para receberem encaminhamento para o hospital. Destarte, pode-se inferir que, embora com alta prevalência de HIV, doença com a qual comumente a TB apresenta coinfeção, houve baixa suspeição da doença nos primeiros contatos do SR com o serviço de saúde.

Uma estratégia adotada para sensibilizar aos profissionais de saúde para a presunção e diagnóstico da TB é a discussão e atualização em reuniões de equipe e com coordenadores da APS. No entanto, estudo revela que na Indonésia a frequência dessas reuniões foi baixa, podendo ter ocorrido uma única vez em um ano (WAHYUNI et al., 2007).

Deste modo, evidencia-se que existem fragilidades na organização dos serviços de saúde para a prestação de atendimento ao SR, principalmente na agilidade do atendimento, suspeição e discussão da temática nos serviços de APS.

Esta revisão integrativa permitiu identificar, nos manuscritos sobre a estrutura dos serviços de saúde, que os elementos instalações e equipamentos e organização não foram objeto principal de estudo, sendo abordados em complementaridade ao elemento pessoal ou ao componente de processo.

### **Processo**

O elemento **reconhecimento e entendimento do problema** é uma adaptação dos elementos *reconhecimento do problema* e *diagnóstico ou entendimento do problema* propostos por Starfield (2002), esses foram agregados uma vez que neste estudo visa-se a detecção de casos de TB, na qual frente a um usuário com sinais e sintomas da doença o profissional reconhece a sintomatologia identificando o indivíduo como SR havendo então a hipótese diagnóstica de TB, ou seja, o entendimento do problema. Assim, este item do processo será entendido como avaliação clínica do SR.

Estudo em município da região metropolitana de João Pessoa/PB mostrou que a identificação precoce dos SR foi uma das ações mais destacadas quando avaliado o desempenho das equipes de Saúde da Família pelos profissionais de saúde (SÁ et al., 2011).

Resultado semelhante foi identificado por Amaral et al (2010), em Dourados/MS ao avaliar a descentralização da atenção à TB, que verificou que o percentual de casos identificados da doença em relação aos casos estimados aumentou quando comparados os anos de 2003 (47,6%) e 2006 (67,2%), embora não tenha atingido a meta preconizada pelo PNCT (80%).

Os resultados encontrados por Meintjes et al. (2008), identificaram o atraso do diagnóstico da TB associado à procura de serviços de saúde que não um consultório particular ( $p < 0,05$ ). Identificaram ainda, que os doentes faziam até três contatos com os serviços antes de receber encaminhamento adequado. Sanz, Blasco e ATBIM (2007) complementam que o tempo total de retardo no diagnóstico esteve associado aos serviços de APS. Frente a isso, pode-se supor fragilidades na suspeita de TB nestes serviços.

Referente ao **manejo**, na dimensão individual considerou-se a solicitação e a realização de exames para confirmação da TB. Nesse sentido, os profissionais de equipes de ESF na Paraíba destacaram avanços na oferta de exames de baciloscopia (SÁ et al., 2011).

Em Dourados/MS, 70,2% das unidades de saúde fizeram coleta de escarro em 2006, evidenciando expansão da realização do exame, uma vez que em 2003 apenas uma unidade era responsável por isto. Assim, houve um aumento na proporção de SR que realizaram a baciloscopia, chegando à 71,6% naquele ano. Embora permaneça abaixo da meta de 90% estabelecida pelo PNCT, evidenciou-se avanços na detecção de casos da doença (AMARAL et al., 2010).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde determina como responsabilidade local organizar o fluxo de atenção ao SR e determinar os serviços de referência para o território (BRASIL, 2011). O relatório de gestão de 2002 da Secretaria de Políticas de Saúde, já mencionava a realização de duas baciloscopias para 1% da população, prevalência esperada de indivíduos com sinais e sintomas de TB, ou seja, determinava como meta investigar 100% dos SR identificados (BRASIL, 2002).

Em Zimbábue, evidenciou-se que as coletas não eram realizadas nas unidades de saúde, uma vez que todos os enfermeiros clínicos de unidades de APS rurais e de um ambulatório relataram encaminhar os SR para o segundo nível de atenção à saúde. Ainda que afirmassem realizar investigação dos contatos (rastreamento e exame) e encaminhar o doente para realização de testagem para HIV após confirmação de baciloscopia positiva do indivíduo, a baixa detecção de casos foi considerada resultante da falta de solicitação de baciloscopia pelos enfermeiros (CHADAMBUKA et al., 2011).

Outro estudo apontou que entre 125 pacientes com suspeita de TB em um hospital na África do Sul, 97 coletaram amostra para microscopia, 62 fizeram cultura para TB e 104 foram diagnosticados com a doença. Dos doentes diagnosticados, 48% revelaram ter realizado uma ou mais radiografias de tórax em outros serviços de saúde, inclusive APS, antes da admissão no hospital (MEINTJES et al., 2008).

Em 2002, algumas das estratégias adotadas para ampliação da detecção de casos incluíam ações de busca de SR, realização de cultura ou radiografia para casos de baciloscopia negativa e capacitação de profissionais nos municípios prioritários para controle da TB (BRASIL, 2002).

Na *dimensão coletiva* do manejo foi considerado o conjunto de ações realizadas na comunidade, incluindo educação em saúde, campanhas e orientações à comunidade sobre a doença e a busca de SR.

Identificaram-se fragilidades nas ações coletivas desenvolvidas, uma vez que a educação em saúde não é uma prática priorizada por equipes de USF em João Pessoa/PB (SÁ et al, 2011); verificou-se a necessidade de melhoria na busca de casos de TB em Campina Grande/PB (CLEMENTINO e MIRANDA, 2010); e a não realização da educação em saúde ou orientação à doença de maneira adequada em Ribeirão Preto/SP, além das equipes não envolverem a comunidade nas ações de controle da TB (CURTO et al., 2010).

Na África do Sul, 95% dos 125 doentes entrevistados já havia ouvido falar sobre TB antes de ficar doente (MEINTJES et al, 2008), podendo supor atividades extramuros na comunidade ou o reconhecimento da doença como um problema entre os indivíduos do território, o que não foi encontrado por Curto et al. (2010) no Brasil, em que 94% dos doentes nunca observou atividades extramuros na comunidade.

Tal resultado pode interferir na busca do doente por cuidados de saúde, uma vez que este pode não reconhecer os sintomas da doença ou não perceber-se doente devido à falta de orientações pelas unidades de saúde. Como no identificado por Sanz, Blasco e ATBIM (2007) em que o tempo de busca por cuidados de saúde está associado com identificar a febre (OR 0,49; IC 0,25-0,92) e não reconhecer a tosse como sintoma (OR 1,87; IC 1,05-3,36).

Ressalta-se que em unidades de APS com menor número de doentes há um desempenho favorável quanto ao vínculo profissional-usuário (VILLA e RUFFINONETTO, 2009). Nessa mesma perspectiva, Monroe et al. (2008) consideraram que as debilidades relativas a quantidade e qualidade dos profissionais, bem como a rotatividade destes, podem comprometer a qualidade da interação entre trabalhadores da saúde e indivíduos com TB, repercutindo negativamente no manejo da doença na APS.

Monroe et al. (2008) referem ainda que alguns dos coordenadores de Programas de Controle da Tuberculose das cidades de São Paulo consideraram maior envolvimento das equipes de USF do que das UBST para execução das ações de controle da doença.

### **3 Objetivos**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Avaliar a detecção de casos de tuberculose nas unidades de Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais de saúde em Pelotas/RS

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar a capacidade instalada para detecção de casos de tuberculose em unidades básicas de saúde tradicionais e unidades saúde da família;
- Analisar o desempenho das unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde tradicionais na execução das ações de detecção de casos de tuberculose.

#### **4 Hipótese**

As unidades de atenção primária à saúde (unidade básica de saúde tradicional e unidade saúde da Família) apresentarão capacidade instalada para o desenvolvimento de ações de detecção de casos de tuberculose.

As unidades de atenção primária à saúde (unidade básica de saúde tradicional e unidade saúde da Família) apresentarão bom desempenho na detecção de casos de tuberculose.

## **5 Marco Teórico**

### **5.1 Atenção Primária à Saúde**

A organização da saúde em diversos países, como Espanha, Portugal e Brasil, está constituída em níveis de atenção a saúde, estruturados em nível primário, secundário e terciário. Estes níveis conformam-se através da organização principalmente por complexidades tecnológicas e de ordem e graus de importância crescentes, constituindo uma cadeia hierarquizada, na qual os serviços de maior densidade tecnológica estão no ponto superior da cadeia (MENDES, 2011).

O nível terciário compreende principalmente os serviços hospitalares e de níveis tecnológicos altamente especializados. Ao nível secundário cabem os serviços de atendimento específico a determinadas áreas da saúde, como serviços médicos especializados e de referência ao nível primário. Já a atenção primária, é formada pelos serviços que estão mais próximos dos indivíduos e possuem menos densidade tecnológica, sendo que estes são considerados a porta de entrada principal para a rede de serviços disponíveis, já que é de sua responsabilidade a atenção aos indivíduos da sua área de abrangência e coordenação de seu itinerário terapêutico.

Segundo Mendes (2011) estes níveis de atenção são fragmentados e inversamente hierarquizados, uma vez que atribuem a maior complexidade da atenção aos níveis de maior densidade tecnológica, gerando uma sobrevalorização dos níveis secundários e terciários em detrimento da APS.

A APS possui três conceituações principais advindas de diferentes interpretações do documento originário das bases para a reformulação da organização da atenção à saúde, a - Alma-Ata de 1978. O primeiro institui a APS como programa focalizado em pessoas e regiões de pobreza; o segundo determina-a como nível de atenção para porta de entrada ao sistema de saúde, pautado na resolução da queixa clínica; o terceiro como uma estratégia de organização de todo o sistema de atenção à saúde, podendo este incorporar as demais interpretações (MENDES, 2012).

Este último conceito foi inicialmente proposto por Starfield (2002), que considera a APS como o nível que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, e os direciona dentro da rede de saúde à promoção, manutenção e melhora da saúde. Na contemporaneidade, no Brasil, bem como em outros países, tem sido adotada a definição de APS proposta por Starfield (BRASIL, 2004; HARZHEIM et al., 2006) atribuindo a este nível a maior responsabilidade da atenção à saúde.

Nessa perspectiva, o Brasil em meados dos anos 80 adotou como medida para a organização da atenção, sob a nomenclatura própria de Atenção Básica à Saúde, um misto das duas primeiras conceituações (BRASIL, 2006). Nos anos subsequentes foram desenvolvidas medidas para a reorientação do modelo assistencial, destacando-se a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que consolidaria a incorporação da terceira interpretação do conceito de APS (BRASIL, 2004; FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009), ao incorporar a coordenação do cuidado na rede de serviços de saúde, havendo a manutenção da nomenclatura de Atenção Básica (BRASIL, 2006).

No país, ocorre uma transição do sistema hierarquizado em níveis de atenção – aqui denominados como atenção básica, de média e alta complexidade – para uma rede de atenção a saúde (RAS) apresentada por Mendes (2011) a qual corrobora com o conceito defendido por Starfield (2002) e propõe a efetivação da coordenação da RAS pela APS (MENDES, 2011).

Deste modo, o termo “Atenção Básica à Saúde” é empregado como equivalente à APS (Brasil, 2003; Brasil, 2011a), a qual é entendida como o nível de atenção do sistema de serviços de saúde que serve como a porta de entrada aos cuidados em saúde, ao mesmo tempo em que abarca todas as atividades clínicas comuns a outros níveis (prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e cura) respeitando a resolução de problemas comuns à população que atende, complementando a atenção fornecida aos usuários e comunidade com o direcionamento para atenção especializada diante de problemas complexos, coordenando, direcionando e integrando a atenção ao usuário em outros espaços de cuidado (STARFIELD, 2002).

A descentralização das ações em saúde para a APS exige, além de investimento financeiro, a organização e estruturação dos serviços, e ainda o gerenciamento das ações para efetivação da qualidade da atenção. Requer ainda,

superar a concepção de que os países desenvolvidos – ricos em recursos – e com sistemas avançados de saúde é que podem atingir esta qualidade (SERAPIONI, 2009).

Entretanto, a APS no país, é marcada por problemas, especialmente de gestão, que refletem em dificuldades no desempenho destes serviços de saúde (SILVEIRA et al, 2010). Estudo multicêntrico demonstrou que a descentralização das ações de TB para os serviços de APS não apresentou desempenho satisfatório em relação ao acesso do SR ao diagnóstico da doença no Brasil (SCATENA et al, 2008).

Em Campina Grande/PB, após a descentralização das ações de controle da TB para o nível primário foram identificadas barreiras principalmente na estruturação dos serviços que repercutiram na acessibilidade geográfica, econômica e organizacional, sugerindo a necessidade de reorientação e organização das práticas e serviços de saúde no contexto do estudo (CLEMENTINO, MIRANDA, 2010).

Deste modo, é preciso cautela para a descentralização, pois se realizada corretamente pode melhorar o desempenho dos serviços de saúde e promover a equidade ao levar recursos até regiões, locais e grupos populacionais excluídos (BRINKERHOFF E LEIGHTON, 2002; SILVEIRA et al, 2010).

Estudo realizado em Dourados/MS aponta para evolução na estrutura e no processo de atenção aos doentes de TB com a descentralização das ações do nível secundário para o primário, ainda que não tenha ocorrido um efetivo impacto nos indicadores de resultado em curto prazo (AMARAL et al, 2010).

## **5.2 Avaliação da Atenção Primária a Saúde**

Torna-se primordial entender a qualidade da atenção não apenas associada à satisfação do usuário, embora esta seja um dos itens imprescindíveis para esta avaliação (DONABEDIAN, 1989; STARFIELD, 2002; SARAPIONI, 2009). Ao avaliar um serviço de saúde é essencial considerar os aspectos relativos à eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados no que diz respeito ao acesso, riscos e busca por resolubilidade e qualidade propriamente dita, além da satisfação dos usuários (BRASIL, 2004a).

Starfield (2002), com base nas definições do Instituto de Medicina, refere que a avaliação dos serviços de APS deve analisar o real alcance de resultados e

não o potencial para atingí-los. Para isso, sugere que os padrões da avaliação estejam relacionados ao grau de melhoria de uma época para outra, ou na comparação de um sistema com o outro. Neste estudo, a avaliação envolve o desempenho das USF e UBST nas ações de detecção de casos da TB.

Os serviços de saúde podem ser avaliados a partir de seus componentes estrutura, processo e resultado, definidos por Donabedian (1966) ou capacidade, desempenho e resultado, conforme classificados por Starfield (2002) ao estudar a avaliação da APS. A estrutura ou capacidade são as características que possibilitam a oferta dos serviços; o processo ou desempenho são as ações desenvolvidas pelos atores envolvidos na atenção à saúde (profissionais, gestores e usuários); o resultado é o impacto sobre a saúde da população, em diversos aspectos como a melhora nos indicadores de saúde, o qual é gerado pela soma da estrutura e processo (STARFIELD, 2002).

Destaca-se que este estudo não abrange a avaliação do componente resultado, uma vez que, a avaliação do mesmo, extrapola a investigação do diagnóstico da doença (foco do presente estudo). Tal componente requer levar em conta os aspectos relacionados às características do estado de saúde da população (STARFIELD, 2002).

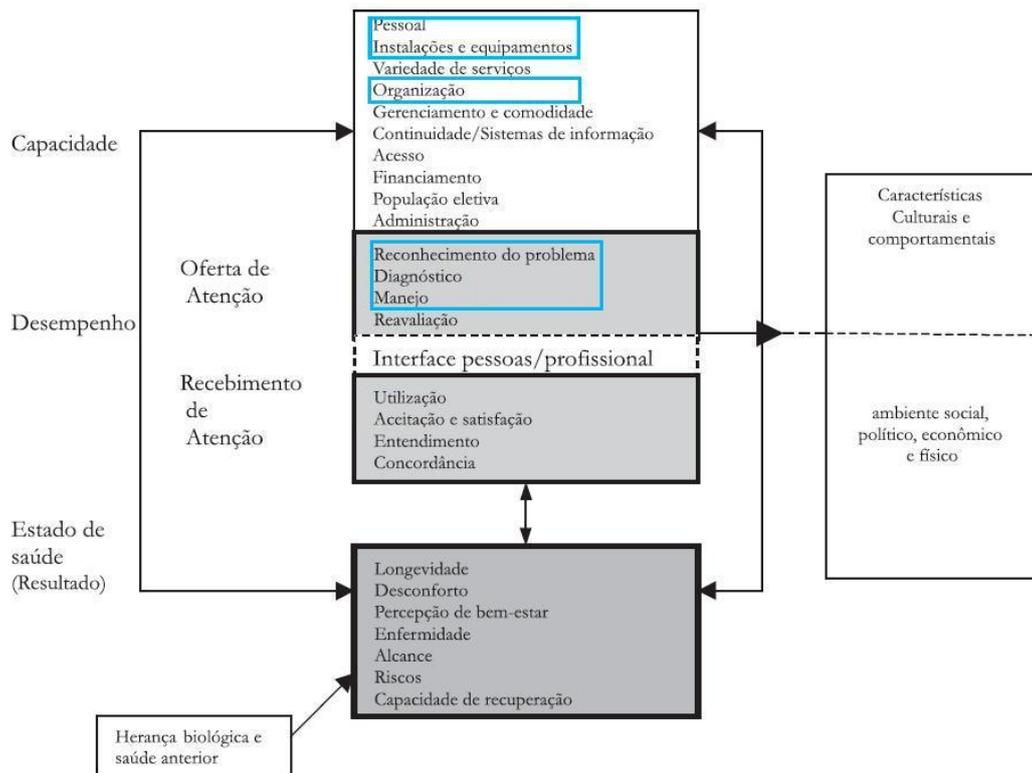
É difícil mensurar a influência de cada um destes elementos, porque os mesmos se interrelacionam constantemente durante o cuidado em saúde. Nesse sentido, vale ressaltar que segundo Tanaka e Melo (2001) a interrelação desses componentes deve ser o instrumento da avaliação, uma vez que são permeáveis e abertos e constituem a “real” avaliação. Destacam ainda, que a utilização dos componentes separadamente constitui importante instrumento para avaliação preliminar permitindo produzir indicadores para mensurar a interrelação dos mesmos frente às características apresentadas.

Ao compreender que mensurar a estrutura disponível e o processo atribuído à mesma tem-se a avaliação da otimização dos recursos, sejam humanos, tecnológicos ou de programas, e isso permite planejar uma intervenção com base no resultado produzido, para posterior avaliação substancial do impacto correspondente (TANAKA, MELO, 2001) o elemento denominado como resultado ou impacto não será incluído neste momento da avaliação.

Segundo Starfield (2002) ainda é necessário mensurar a característica do processo e a característica estrutural a qual ela corresponde, visando à complementaridade da informação para avaliação.

Nesse sentido, são apontados alguns elementos estruturais: *pessoal* (referente aos profissionais envolvidos na prestação de saúde, e como exemplo destacam-se a formação profissional e a educação permanente); *instalações e equipamentos* (compreende o prédio, salas ou consultórios, instrumentos clínicos e equipamentos para diagnóstico e tratamento); *gerenciamento e comodidades* (tipos e organização dos registros, forma de tratamento dos usuários e características não ligadas ao atendimento clínico); *elenco de serviços* (gama de serviços disponíveis aos usuários); *acesso* (estratégias que permitem o acesso dos usuários ao serviço de saúde e ao atendimento); dentre outros (STARFIELD, 2002).

Quanto ao processo existem dois eixos principais: 1) *aquele realizado por quem oferta*, ou seja pelos profissionais; e 2) *aquele de quem recebe a ação*, ou seja a população atendida; Os provedores da atenção – profissionais- devem perpassar quatro estágios básicos do processo *reconhecer o problema, entende-lo ou diagnosticá-lo, manejar ou tratar* o problema identificado e por fim *reavaliar* a presença ou extinção do problema, gerando um novo ciclo denominado acompanhamento, consistindo na reavaliação permanente (STARFIELD, 2002).



**Figura 2.** Organização do Sistema de Saúde proposto por Starfield  
**Fonte:** Starfield (2002); \*grifos do autor do estudo.

Neste estudo, para avaliação dos serviços de APS no que tange a detecção de casos de TB elencou-se os elementos estruturais: *Pessoal*, com o intuito de identificar o conhecimento e preparo dos profissionais atuantes nas unidades para identificar o SR e adotar a conduta adequada; *Instalações e equipamentos*, com o qual objetiva-se verificar os recursos materiais e insumos disponíveis para o manejo do SR; e *Organização*, para compreender a maneira como as unidades de saúde estudadas funcionam, entendendo que isto pode favorecer ou não o acesso às ações de detecção dos casos.

Quanto ao componente de processo os elementos reconhecimento e entendimento do problema foram agregados para adaptar-se a temática, por entender que ambos estão interligados, ou seja, ao identificar o sintomático respiratório (reconhecimento) presumi-se da doença (entendimento). Ainda o elemento manejo foi considerado em duas dimensões: 1) individual que corresponde às ações desenvolvidas frente à demanda do usuário SR e 2) coletiva, a qual se refere ao conjunto de ações desenvolvidas na comunidade a partir do reconhecimento da TB como problema no território da unidade de saúde.

## 6 Metodologia

A avaliação do desempenho dos serviços de APS na detecção de casos de TB insere-se na segunda etapa da pesquisa “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em Pelotas/RS”, realizada pelo Grupo de Estudos Epidemiológico Operacional em Tuberculose da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Esta avaliou o desempenho dos serviços de saúde no diagnóstico da doença na perspectiva dos doentes de TB.

### 6.1 Delineamento do estudo

Estudo de caráter quantitativo de corte transversal estratificado por modalidade de serviço da atenção primária (Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde Tradicionais).

Utiliza-se os elementos do processo - componente de avaliação dos serviços de saúde, na ótica conceitual de Starfield (2002), para avaliar o desempenho das USF e UBST na detecção de casos de TB. Ainda emprega-se o componente estrutura para caracterizar ambas as modalidades de serviço. Elementos estruturais: **pessoal e instalações e equipamentos e organização**; e os elementos processuais: **reconhecimento e entendimento do problema; e manejo**.

O desempenho das modalidades de serviço da APS na detecção de casos será avaliado quanto à execução das ações de identificação do SR, presunção e conduta adotada (solicitação de exames) frente à hipótese diagnóstica de TB, considerando a estrutura dos serviços para o desenvolvimento destas ações. Desta forma não foram considerados a realização efetiva dos exames e os resultados dos mesmos, uma vez que no município estudado estes são realizados em serviços de referência.

## 6.2 Local do estudo

O cenário de estudo é o município de Pelotas, cidade de grande porte da Região Sul do Estado do Rio Grande do Sul com população de 327.778 habitantes (IBGE, 2010).

Situa-se entre as 50 maiores cidades brasileiras, influenciando na construção e avaliação de indicadores de saúde, demográficos e socioeconômicos. A cidade apresenta alto índice de desenvolvimento humano (0,816) (PELOTAS, 2007).

Em relação à rede de saúde, o sistema municipal apresenta seis hospitais (dois universitários, três filantrópicos e um privado), 66 clínicas especializadas, 469 consultórios isolados, 36 clínicas de apoio ao diagnóstico e um centro público de especialidades (BRASIL, 2011d). Conta com uma Unidade Básica de Atenção Imediata (UBAI) e um Pronto Socorro municipal. Apresenta 34 UBST e 17 USF (PELOTAS, 2007), as quais atingem a cobertura de 22,8% da população (IBGE, 2010).

Na atenção à TB, Pelotas é um dos 15 municípios considerados prioritários para o controle da doença no Estado do Rio Grande do Sul (BRASIL, 2011e) e um dos 315 municípios no país que concentravam 70% da carga de TB brasileira (BRASIL, 2006a).

Segundo o SINAN/NET (BRASIL, 2011f) o município apresentou de acordo com o tipo de entrada por ano do diagnóstico o seguinte quadro de casos confirmados:

Tipo de entrada	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
<b>TOTAL</b>	<b>161</b>	<b>152</b>	<b>195</b>	<b>177</b>	<b>226</b>	<b>155</b>	<b>98</b>	<b>1.164</b>
CASO NOVO	139	125	162	139	174	137	75	951
RECIDIVA	11	12	18	21	34	13	14	123
REINGRESSO APÓS ABANDONO	6	10	8	12	12	4	7	59
NÃO SABE	1	-	-	-	-	-	-	1
TRANSFERÊNCIA	4	5	7	5	6	1	2	30

**Figura 3.** Serie histórica do tipo de entrada dos casos de tuberculose notificados em Pelotas, 2005-2011

\*2010 e 2011 referem-se a dados parciais. Fonte: SINAN/NET

As ações de diagnóstico e tratamento dos doentes de TB são, principalmente, desenvolvidas pelo ambulatório de referência do Programa Municipal de Controle da TB (PMCT). Contudo as ações de identificação do SR e encaminhamento de solicitações de exame são executadas, principalmente, pelos serviços de APS. É de responsabilidade da pessoa com sintomas respiratórios a entrega de amostras de escarro ao laboratório de referência, bem como a busca dos resultados. Quando o profissional da APS solicita o exame radiológico o usuário é encaminhado para um dos serviços de saúde de referência.

### **6.3 População do estudo**

A população de estudo será composta por todos os profissionais de saúde (equipe de enfermagem e médicos) dos 51 serviços de APS do município de Pelotas, excluindo-se os que estiverem em qualquer tipo de licença (saúde, maternidade, outras) ou em férias no período da coleta de dados.

### **6.4 Instrumento de coleta de dados**

Os dados para análise serão provenientes do instrumento de coleta de dados do estudo de referência (ANEXO I). Trata-se de um questionário com perguntas abertas e fechadas com padrões de resposta em escala Likert e dicotômicas.

Compõe o questionário cinco blocos de perguntas:

A. Informações gerais, compreendendo dados referentes ao entrevistado (Questões utilizadas -QU- 5; 6c);

B. Porta de entrada, relacionada a entrada dos usuários no sistema de atenção à saúde;

C. Acesso ao Serviço de Saúde, referente ao serviço de saúde onde o entrevistado trabalha (QU: 21; 23; 25; 26; 27; 31)

D. Acesso ao Diagnóstico da TB, com questões específicas sobre o atendimento e diagnóstico da doença (QU: 33; 34; 35; 36; 37; 38c; 39a-c) ;

E. Qualificação do profissional entrevistado e dos colegas de trabalho (QU: 40; 41a; 44; 45).

O questionário foi elaborado pelo Grupo de Estudos Operacionais em TB da Universidade de São Paulo/USP (VILLA; RUFFINO-NETTO, 2009). Este teve como base o *Primary Care Assessment Tool (PCAT)*<sup>1</sup> proposto e validado em português para APS por Macinko, Almeida e Oliveira (2003).

## 6.5 Operacionalização da coleta de dados

A coleta de dados da pesquisa de referência ocorrerá no período de março a junho de 2012 por meio de entrevista. Os entrevistadores serão professores, mestrandos e acadêmicos da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), treinados previamente pelos coordenadores da pesquisa.

Será utilizada uma escala de distribuição das unidades por entrevistador. Após as entrevistas o questionário preenchido e cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado deverão ser entregues para o coordenador.

O controle de qualidade será realizado pelo entrevistador ao final de cada entrevista, revisando o preenchimento das questões antes de deixar o espaço da entrevista. Os supervisores irão conferir o preenchimento dos questionários no ato do recebimento do mesmo.

Ao final da coleta de dados, a digitação dos dados ocorrerá em planilha criada no Software Statistica/STATASOFT<sup>R</sup> 9.1, havendo dupla digitação por dois membros distintos do Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose da Faculdade de Enfermagem da UFPel. A utilização dos dados de interesse foi solicitada à coordenadora da pesquisa de referência (Apêndice B).

## 6.6 Variáveis do estudo

Será adotada como determinante para a estratificação dos dados em modalidade do serviço da APS a variável *Tipo de serviço* em que o profissional entrevistado trabalha (Unidades Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde Tradicionais).

---

<sup>1</sup> O PCAT é um instrumento do tipo questionário, proposto por Starfield e Macinko, na Universidade John Hopkins para avaliação dos aspectos críticos dos serviços de atenção primária em países desenvolvidos (STARFIELD, 2002).

As variáveis do estudo foram organizadas em dois componentes – estrutura e processo – de acordo com o elemento da avaliação que a variável representa (Quadro 1).

**Quadro 1.** Variáveis do estudo.

Componentes	Elementos	Categorias	Variáveis	Tipos
ESTRUTURA	<b>Pessoal</b>	Formação Profissional	Formação profissional (Q. 5)	Nominal
			Atualização clínica (Q. 44a)	Likert
			Atualização em exames (Q. 44b)	Likert
		Recursos Humanos	Rotatividade de recursos humanos (Q. 23)	Likert
			Disponibilidade suficiente de profissionais (Q.25)	Likert
		Conhecimento sobre TB	Conhecimento sobre TB (Q. 41a)	Likert
			Profissionais preparados (Q. 40)	Dicotômica
			Segurança para identificação de Sintomático Respiratório (Q. 45)	Dicotômica
	<b>Instalações e Equipamentos</b>	Equipamentos disponíveis	Geladeira (Q. 33b)	Dicotômica
			Pote de escarro (Q. 33a)	Dicotômica
			Formulário para solicitação de baciloscopia (Q. 33c)	Dicotômica
		Adequação física	Local de coleta de escarro (Q. 36)	Lkert
	<b>Organização</b>	Funcionamento do Serviço	Horário de funcionamento (Q. 21)	Likert
		Funcionamento do serviço dificulta o diagnóstico da TB (Q 38c)	Dicotômica	
PROCESSO	<b>Reconhecimento e entendimento do Problema</b>	Suspeita de TB e avaliação clínica	Conduta frente ao usuário com sintomas de tosse, febre e emagrecimento (Q. 31)	Aberta
	<b>Manejo Individual</b>	Conduta para confirmação da TB	Solicita exames frente aos sintomas (Q. 34)	Dicotômica
			Conduta após solicitar exames (Q. 35)	Nominal
			Fornecimento de informações escritas para encaminhamento do usuário (Q. 37)	Likert
			Tempo de espera por atendimento médico (Q. 26)	Likert
			Tempo do usuário em consulta (Q. 27)	Likert
	<b>Manejo Coletivo</b>	Atuação na comunidade	Busca de sintomáticos respiratórios no serviço (Q. 39a)	Likert
			Visitas na comunidade para identificação de sintomáticos respiratórios (Q. 39b)	Likert
		Educação em saúde na comunidade sobre TB (Q. 39c)	Likert	

Legenda: (Q. n) Refere-se ao número da questão no instrumento de coleta de dados

Visando ampliar a compreensão do cenário de estudo e subsidiar a discussão dos dados foram consideradas como variáveis de contexto: o estigma da doença (frequência em que o estigma dificulta o diagnóstico da TB – variável em escala Likert) e o ambiente político local (frequência da disponibilização de capacitações em TB pelo município – variável em escala Likert, e a gestão das ações do município dificultando o diagnóstico da doença – variável dicotômica).

## 6.7 Análise dos dados

As variáveis em escala Likert serão transformadas em variáveis categóricas com opções de resposta 1) N=Não – correspondente a opção nunca da escala; 2) S = Sim – correspondente às opções quase nunca, as vezes, quase sempre e sempre e 3) NS - Não Sabe, mantida de acordo com a opção de resposta original da escala.

A variável aberta será transformada em categórica nominal considerando as respostas dos indivíduos. Os itens considerados como “reconhecer o problema no processo de atenção ao SR” serão: solicitar exames (baciloscopia ou radiografia); encaminhar para avaliação de outro profissional; mencionar a suspeita clínica de TB; investigação de história pregressa com a doença; investigação/anamnese.

Será realizada análise de correspondência múltipla que permitirá demonstrar o desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (UBST e USF) na execução das ações de detecção de casos de TB e a capacidade instalada destes serviços para atenção ao SR, expressos pela proximidade das características (variáveis) estudadas.

Inicialmente é construída uma Tabela do tipo R, em que as linhas (*i*) correspondem às unidades de análise (profissionais) e as colunas (*j*) às opções de resposta das variáveis de estrutura e processo. O ponto de intersecção da linha *i* com a coluna *j*, denominado  $x_{ij}$ , que vale 0 ou 1, indica que o profissional de saúde-*i* possui (1) ou não (0) a opção de resposta *j*. Ou seja, um profissional que apresente uma resposta A em uma determinada variável com outras opções de resposta (B e C) será representado por A=1, B=0 e C=0.

Posteriormente a Tabela de Burt permitirá condensar os dados a partir da alocação das opções de resposta das variáveis em colunas e linhas, fazendo com que se cruzem duas a duas todas as respostas de todas as variáveis. Assim é possível verificar a ocorrência das unidades de análise que se assemelham,

considerando que isso corresponde à apresentarem globalmente as mesmas opções de resposta (MINGOTI, 2005; CRIVISQUI, 1995).

Posteriormente são calculadas as dimensões de análise, que representam um conjunto de variáveis com determinadas contribuições para variabilidade e inércia nas diferentes dimensões. Para isso, é necessário conhecer as contribuições relativas de cada dimensão (autovalores) à inércia para calcular a qualidade da informação de cada uma das categorias no espaço conjunto. Os autovalores quantificam as variabilidades dos dados explicadas para cada dimensão e variam entre zero e um. Será utilizado o decrescimento dos autovalores para definição das dimensões de análise, sendo consideradas as dimensões que antecederem descidas significativas nos autovalores (CARVALHO, 2004).

Altas contribuições das variáveis correspondem às categorias determinantes para a identificação das dimensões de análise, portanto com vistas a identificar a combinação de variáveis que explique maior variabilidade e apresente maior estabilidade serão verificadas as contribuições absolutas ( $\text{Cos}^2$ ) das categorias das variáveis por meio de uma matriz de autovalores. Assim, àquelas variáveis com maiores contribuições serão mantidas por apresentarem maior estabilidade no plano.

No plano, as unidades de análise serão representadas por pontos, dispersos segundo as semelhanças nas opções de resposta entre as variáveis e a contribuição das mesmas. Desse modo, a análise pode ser realizada através de um gráfico, “Mapa Perceptual”, que permitirá a visualização das relações existentes entre as variáveis.

Para análise do Mapa Perceptual serão inseridas as variáveis passivas “modalidades de serviços de saúde” (USF/UBST) e “formação profissional” (médico, enfermeiro, e auxiliar/técnico de enfermagem) uma vez que auxilia na interpretação dos resultados gráficos. Destaca-se que estas não tem contribuição na dispersão dos pontos no plano (LE ROUX e ROUANET, 2004).

Após a análise de correspondência múltipla será realizada a descrição das variáveis de contexto por meio de tabelas de frequência absoluta e das variáveis de processo, especificamente dos itens relacionados a ações coletivas.

## **6.8 Aspectos éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas, sob o número 2009/04 (ANEXO II). Portanto, como recorte da pesquisa, seguir-se-á os preceitos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O estudo foi autorizado pela Secretaria de Saúde do Município (ANEXO III). Para garantir os direitos do entrevistado, após realizadas as explicações necessárias, o profissional de saúde assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO IV).

## **6.9 Divulgação dos resultados**

Os resultados deste estudo serão apresentados e discutidos na dissertação de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFPel, além da publicação na forma de artigos científicos encaminhados a periódicos indexados da área da saúde, e ainda em eventos científicos relacionados à temática.

Destaca-se que os sujeitos do estudo serão convidados a participar de apresentação e discussão dos resultados do estudo após a finalização do mesmo.

Diante do exposto, pretende-se que as informações obtidas com este estudo possam contribuir para a formulação de estratégias de aprimoramento do controle da TB, essencialmente na APS. E ainda, que possam sensibilizar: os setores de gestão para a necessidade de investimentos neste nível de atenção, principalmente em termos de aperfeiçoamento profissional, melhoria estrutural e de condições de trabalho; os profissionais atuantes nas UBST e USF para a execução das ações de controle da TB e pertinência da participação comunitária; a comunidade acadêmica para a necessidade de inserir a avaliação de serviços de saúde em relação à TB no ensino-aprendizagem dos discentes da área da saúde, visando o aperfeiçoamento dos futuros profissionais.



## 8 Orçamento

A seguir, apresentam-se os materiais e os recursos financeiros que serão necessários para o desenvolvimento do projeto.

**Quadro 3** – Recursos materiais, humanos e financeiros necessários para o desenvolvimento do projeto, Pelotas 2012

<b>MATERIAL</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>VALOR UNITÁRIO R\$</b>	<b>VALOR TOTAL R\$</b>
Lápis	10	1,00	10,00
Borracha	05	0,50	2,50
Caneta	10	2,00	20,00
Prancheta	06	8,00	48,00
Papel A4 (pacote de 500f)	02	22,00	44,00
Caderno	02	7,00	14,00
Vale Transporte	350	2,35	892,50
Impressões (folhas)	4000	0,10	400,00
Encadernações simples	10	3,00	30,00
Encadernação capa dura	06	50,00	300,00
Revisor Português	02	300,00	600,00
Revisor Espanhol	03	40,00	120,00
Revisor Inglês	03	40,00	120,00
Pen Drive	01	40,00	40,00
Notebook	01	2.000,00	2.000,00
<b>Total despesas</b>			<b>R\$ 4.641,00*</b>

\*Os gastos serão custeados pela CAPES

## Referências

ALMEIDA, PF et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

AMARAL, AS; TAMAKI, EM; SALES, CM; RENOVATO, RD. 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, Out-dez 2010.

BODSTEIN, Regina. Atenção Básica na agenda de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.7, n.3, São Paulo, 2002

BRASIL. MS. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Controle da TB: uma proposta de integração ensino-serviço. RJ: Funasa/CRPHF/SBPT, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde **Secretaria de Políticas de Saúde: relatório de gestão**. Brasília; Ministério da Saúde; dez. 2002a. 236 p. ilus, tab, graf. (C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica [online]. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. Disponível em: [http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/artigos/atencao\\_basica\\_bibliografias/Documento\\_Final\\_da\\_Comissao\\_de\\_Avaliacao\\_Atencao\\_Basica.pdf](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/atencao_basica_bibliografias/Documento_Final_da_Comissao_de_Avaliacao_Atencao_Basica.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. A implantação da unidade de saúde da família. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde; 2004. [ [Links](#) ](Cadernos de Atenção Básica, 1).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde**. Brasília, Distrito Federal 2004a. Disponível em: <<<http://pnass.datasus.gov.br/pnass/index.do?level=documentos>>> Acesso em 20 de agosto de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica – Portaria nº648/GM de 28 de março de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Estratégico para o controle da tuberculose, Brasil 2007-2015**. Brasília, Distrito Federal. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4 ed. Brasília, DF, 2007. 68p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa nacional de controle da tuberculose. **Situação de controle da tuberculose no Brasil: dia mundial de luta contra a tuberculose**. 2011c. Disponível em:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apres\\_padrao\\_pnct\\_2011.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apres_padrao_pnct_2011.pdf)

BRASIL. Cadastro Nacional dos Estabelecimento de Saúde (CNES). 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Nota Técnica Nº 15, CGPNCT/DEVEP/SVS/MS. Out 2011e

BRASIL. Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. 2011f. Disponível em:  
 <<<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/tabnet?sinannet/tuberculose/bases/tuberbrnet.def>>>acesso em 11 de setembro de 2011;

BRIMKERHOFF, D; LEIGHTON, C. Nueva perspectiva para los ejecutores: descentralización y reforma Del sistema de salud. Maryland: **PHRplus Reserch Center**; 2002.

Carvalho H. **Análise multivariada de dados qualitativos**. Lisboa: Edições Silabo; 2004.

CHADAMBUKA, A; MABAERA, B; TSHIMANGA, M; SHAMBIRA, G; GOMBE, NT; 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.

CLEMENTINO, FS; MIRANDA, FAN. Acessibilidade: identificando barreiras na descentralização do controle da tuberculose nas unidades de saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 4, p. 584-590, out.-dez 2010. ilus.

CURTO, M; SCATENA, LM; ANDRADE, RLP; PALHA, PF; ASSIS, EG; SCATOLIN, BE; VILLA, TCS. Controle da tuberculose: percepção dos doentes sobre orientação

a comunidade e participação comunitária. **Rev. latinoam\_ enferm**, v. 18, n. 5, p. 983-989, Set-Out 2010. Ilus.

DONABEDIAN, A. — Evaluating the quality of medical care. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 44, n.3, p. 166-206, 1966.

DONABEDIAN, A., The end results of health care: Ernest Codman's contribution to quality assessment and beyond. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 67, n. 2, p. 233-56, 1989.

FAIRALL, LR; ZWARENSTEIN, M; BATEMAN, ED; BACHMANN, M; LOMBARD, C; MAJARA, BP; et al. Effect of educational outreach to nurses on tuberculosis case detection and primary care of respiratory illness: pragmatic cluster randomised controlled trial. **BMJ**, v. 331, n. 7519, p. 750-4, 2005.

FERNANDES, LCL; BERTOLDI, AD; BARROS, AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, Ago. 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 Ago. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000040>.

FIGUEIREDO, TÂNIA MARIA RIBEIRO MONTEIRO DE et al . Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, out. 2009.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GUZMÁN MORALES, BN; GUTIÉRREZ VILLA, N; PÉREZ NÁPOLES, H; MENÉNDEZ ROMÁN, M. Intervención educativa sobre conocimientos del diagnóstico baciloscópico de la Tuberculosis en técnicos de laboratorio de la atención primaria. **Mediciego**;16(supl. 1), jun. 2010. Tab.

HARTZ, ZMA, org. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1ª Reimpressão, 2000. 132 p.

HARZHEIM, ERNO et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do *Instrumento de Avaliação da Atenção Primária* (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública** v. 22, n. 8, Rio de Janeiro, 2006.

HIJJAR, MA et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v.41 supl.1 São Paulo set. 2008

HURST, J; HUGUES, MJ. Performance measurement and performance management in OECD health systems. Disponível em <[www1.oecd.org](http://www1.oecd.org)>. OECD Health Systems. Labour Market and Social Policy – Occasional Papers, n. 47, p. 1-60, 2001. Acesso em: 15 fev 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - cidades. **População estimada da cidade de Pelotas para o ano de 2009**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 30 jun. 2010.

JURCEV, SA. Gaps in tuberculosis knowledge among primary health care physicians in Croatia: epidemiological study. **Coll Antropol**. v. 33, n. 2, p. 481-6, Jun. 2009.

LE ROUX, B., ROUANET, H. **Geometric Data Analysis – From Correspondence Analysis to Structured Data Analysis**, Dordrecht. Kluwer Academic Publishers, 2004.

MACINKO J, ALMEIDA C, OLIVEIRA E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 243-56, 2003.

MEINTJES G, SCHOEMAN H, MORRONI C, WILSON D, MAARTENS G. Patient and provider delay in tuberculosis suspects from communities with a high HIV prevalence in South Africa: a cross-sectional study. **BMC Infect Dis**. v. 25, n. 8, p. 72, 2008.

MENDES, AM; FENSTERSEIFER, LM. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento?. **Bol. Pneumol. Sanit.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, abr. 2004. Disponível em <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-460X2004000100005&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X2004000100005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 set. 2012.

MENDES, EV. **Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O imperativo da consolidação da estratégia saúde da família**. Brasília-DF, Organização Pan-Americana da Saúde, 1º edição, 2012. 512p, il.

MENDES, EV. **Redes de atenção à saúde**. Brasília-DF, Organização Pan-Americana da Saúde, 2º edição, 2011. 599p, il.

MENDES KDS, SILVEIRA RCCP, GALVÃO CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a Incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, Out-Dez 2008.

MERHY, EE; MALTA, DC; SANTOS, FP. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência a saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. Não datado. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf>> acesso em 20 de julho de 2011.

MINGOTI, S. A. **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada**. Belo Horizonte: Editora UFMG, pp. 297, 2005.

MONROE, AA; CARDOZO-GONZALES, RI; PALHA, PF; SASSAKI, CM; RUFFINO NETTO, A; VENDRAMINI, SHF; VILLA, TCS. O envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 2, p. 262-7, 2008.

MOTTA, MC; VILLA, TCS; GOLUB, J; KRITSKI, AL; RUFFINO-NETTO, A; SILVA, DF; HARTEER, RG; SCATENA, LM. Access to tuberculosis diagnosis in Itaboraí City, Rio de Janeiro, Brazil: the patient's point of view. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 13, n. 9, p. 1137-41, 2009.

MUNIZ JN, PALHA PF, MONROE AA, GONZALES RIC, RUFFINO NETTO A, VILLA TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Cienc Saude Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 315-21, 2005.

PELOTAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2007-2009**. Pelotas, janeiro, 2007.113p.

RODRIGUES, KATIUSCIA MILANO ROSALES. **Serviços de Saúde utilizados como porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no município de Pelotas/RS**. 2010. 111 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2010.

RODRIGUES, L. et al. Resposta brasileira à tuberculose: contexto, desafios e perspectivas. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, supl 1, p.1-2, 2007.

RUFFINO-NETTO. A reforma do setor saúde e o controle da tuberculose no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 8, n. 4, p. 35-51, 1999.

RUFFINO\_NETTO, A. Programa de controle da tuberculose: situação atual e novas perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília-DF, v. 10, n. 3, p. 129-38, 2001.

RUFFINO-NETTO, A; Comentário: Detecção de casos de tuberculose por raios- em massa: custos e implicações. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n.3, p. 400-1, 2006.

RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. (Org). **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais**. [S. l.]: Instituto Milênio: Rede TB, 2006

SÁ, LD; GOMES, ALC; NOGUEIRA, JA; VILLA, TCS; SOUZA, KMJ; PALHA, PF. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na saúde da família. **Rev. latinoam. enferm**, v. 19, n. 2, p. 387-95, Mar-Abr 2011.

SANZ, B; BLASCO, T; ATBIM PROJECT. Variables associated with diagnostic delay in immigrant groups with tuberculosis in Madrid. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 11, n. 6, p. 639-46, Jun 2007.

SCATENA, L.M.; VILLA, T.C.S.; RUFINO-NETTO, A.; KRITSKI, A.L.; FIGUEIREDO, T.M.R.M.; VENDRAMINI, S.H.F. et al. Acesso ao diagnóstico de tuberculose em cinco municípios do Brasil – análise multivariada. **Revista Saúde Pública**, 2008.

SCATENA, LM; VILLA, TCS; RUFFINO NETTO, A; et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev. saúde pública = J. public health**; v 43 n 3 p.389-397, maio-jun. 2009. ilus, graf, tab

SERAPIONI, MAURO. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 85, p. 65-82, Junho 2009

SILVEIRA, DS; et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso)**, v. 26, p. 1714-1726, 2010.

STARFIELD, BÁRBARA. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Tradução: Fidelity Translations. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TANAKA, OSWALDO; MELO, CRISTINA. **Avaliação de programas de saúde do adolescente, um modo de fazer**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001. 88 p.

VILLA, TCS; RUFFINO\_NETTO, A; Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v 35, n 6, p. 610-612, 2009.

WAHYUNI, CU; BUDIONO, RLD; SULISTYOWATI M, RT; DJUWARI, YS; VAN DER WERF, MJ. 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, Ago 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing**. WHO report 2009. Geneva, 2009

\_\_\_\_\_. Stop TB Partnership. **2010/2011 Tuberculosis Global Facts Update Tuberculosis Facts**. 2010.

ZIDOUNI N, BAOUGH L, LAID Y, CHAULET P. Practical approach to lung health strategy in Algeria. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 13, n. 8, p.1029-37, Ago 2009.

## II RELATÓRIO DE CAMPO

O Projeto de Pesquisa “Avaliação da detecção de casos de tuberculose no contexto da Atenção Primária à Saúde” originou-se como recorte da segunda etapa da Pesquisa “Retardo no Diagnóstico da Tuberculose: Análise das causas em Pelotas/RS” desenvolvido pelo Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose (GEOTB) da Faculdade de Enfermagem (FEn) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

A experiência de participar da coleta de dados com os doentes de TB na primeira etapa da pesquisa, desenvolvendo atividades de treinamento e supervisão dos entrevistadores, possibilitou realizar as mesmas atividades na segunda etapa da pesquisa, além de participar no aprimoramento do instrumento de coleta de dados junto ao GEOTB/FEn.

Desenvolveu-se o teste piloto da pesquisa em conjunto com um aluno de graduação em enfermagem, membro do grupo, previamente capacitado para coleta de dados. O desenvolvimento do teste piloto foi autorizado pela Secretaria de Saúde de Bagé (ANEXO VI), e desenvolvido no município. Realizou-se a apresentação dos objetivos da coleta e entrega de cópia do projeto a autoridades do órgão gestor.

A coleta foi realizada em cinco unidades básicas de saúde do município, sorteando-se uma de cada grande setor administrativo do município. As entrevistas foram realizadas de 5 a 9 de março de 2012 com todos os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem dos serviços de saúde selecionados, totalizando 20 profissionais, não houve recusas e perdas.

Os dados obtidos demonstraram que a média de duração da entrevista era de 20 minutos. As respostas relacionadas à questão 38 do instrumento (ANEXO I) continham dados importantes sobre os fatores que podem dificultar o diagnóstico da TB, assim, evidenciaram-se vertentes distintas na percepção dos profissionais de saúde. Portanto a pergunta foi modificada em um padrão de resposta dicotômico e seguida de questão aberta.

Verificou-se que a questão 39, referente aos itens que motivam o usuário a procurar o serviço de saúde, não era facilmente assimilada pelos entrevistados em Bagé. Visando facilitar a compreensão da questão esta foi modificada e novamente testada com discentes da FEn não ligados à temática, que se encontravam na unidade durante horário de reunião do grupo de pesquisa. Por fim o questionamento foi aprovado.

As questões incluídas, referentes à realização de pós-graduação, tipo de vínculo empregatício, profissionais disponíveis na unidade e cumprimento de turnos de trabalho pelos profissionais, tiveram boa compreensão dos entrevistados no projeto piloto, sendo assim não houve necessidade de correções. Já aquelas relativas à realização de atualizações em TB foram ampliadas para todos os profissionais de saúde, não as restringindo aos médicos. Verificou-se um bom nível de respostas positivas às questões no teste piloto, demonstrando a aplicabilidade à equipe de enfermagem.

Após as adequações provenientes do teste piloto, realizou-se três reuniões de capacitação com os entrevistadores para aplicação do questionário. Estes eram discentes de graduação e pós-graduação da FEn. Foram entregues *kits* de coleta de dados contendo: uma bolsa, instrumentos de coleta, termos de consentimento livre e esclarecido, cópia da autorização de coleta de dados fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas e lista de unidades de saúde sob sua responsabilidade.

Cada entrevistador ficou responsável por até quatro unidades de saúde de acordo com a disponibilidade de horário. A coleta ficou sob minha supervisão, sendo esta realizada sob a coordenação da orientadora e coordenadora da pesquisa principal. A verificação da qualidade de preenchimento dos instrumentos era realizada ao final de cada entrevista pelo próprio entrevistador, também pela supervisora ao receber os questionários ao final de cada semana de coleta de dados verificando ainda o preenchimento adequado dos termos de consentimento.

Foi solicitada lista nominal por serviço de saúde à Secretaria de Saúde do município, na qual identificou-se um total de 367 profissionais nas listas da secretaria municipal de saúde, muitos destes (26) já não atuavam mais nas unidades (aposentados, desvincularam-se) e 18 profissionais constavam duplamente na lista, sendo mantido apenas um dos registros, e 27 encaixaram-se nos critérios de exclusão (licença saúde, maternidade, prêmio, férias).

Dos 296 profissionais identificados para participar do estudo, 9 (3,04%) foram considerados perdas, uma vez que os profissionais não foram encontrados na unidade em seus turnos de trabalho por no mínimo 4 tentativas e 11 (3,72%) recusaram-se a participar do estudo. Foram entrevistados 276 profissionais de saúde dos 51 serviços de APS de Pelotas/RS. Para este estudo, ainda foram excluídos quatro entrevistados, por não terem respondido a questão do tipo de

serviço ou as questões de estudo, com isso a população analisada foi 271 profissionais.

Do total de recusas, três profissionais justificaram não receberem retorno dos dados de pesquisas anteriores desenvolvidas pela Universidade Federal de Pelotas, independente do curso ou programa. Ademais, outros relataram achar o questionário muito longo; ou não terem disponibilidade devido à demanda, recusando-se ao agendamento de entrevista; ou simplesmente não quiseram participar.

Algumas dificuldades foram vivenciadas no processo de coleta de dados. A realização da coleta nos serviços de saúde impossibilitou alguns contatos com o profissional, devido ao atendimento da demanda. Desta forma, foi necessário retornar às unidades para realizar a abordagem e entrevista com estes. Em determinadas unidades foi necessário retornar até vinte vezes, para concretizar as entrevistas com todos os profissionais da unidade. Evidencia-se assim a complexidade de se realizar pesquisas com o envolvimento deste informante chave.

Adotou-se como estratégia o agendamento de horário para entrevista com o profissional de saúde, geralmente 15 minutos antes dos atendimentos do turno, visando minimizar essa adversidade. Contando assim, com a compreensão dos profissionais em relação à importância da realização de pesquisas na temática, bem como com a gentileza de deslocarem-se à unidade minutos antes de seu horário de trabalho.

Outra adversidade foi a necessidade de ir inúmeras vezes aos serviços de saúde, para buscar os profissionais nas unidades durante período de atendimento. Ainda, constatou-se que alguns especialistas prestam atendimento nas unidades apenas um dia da semana o que dificultava o contato com os mesmos, frente a grande demanda agendada.

Esses, em alguns casos, também não tinham turno semanal específico para ida à unidade. Foi possível presenciar que alguns profissionais ligavam no dia anterior avisando que iriam ao serviço, para que então fossem disponibilizadas fichas de atendimento, divulgadas com cartaz na parede da unidade. Contudo, foi possível entrevistar a maioria dos profissionais de saúde. Essa dificuldade foi contornada por meio de ida diária ao serviço de saúde até encontrar o profissional e ser possível abordá-lo. Não obstante, isso acarretou na ampliação do período de coleta de dados de três para quatro meses e meio.

A coleta de dados foi realizada de 12 de Abril a 29 de Agosto de 2012. O banco de dados foi duplamente digitado em planilha do Software Statistica 9.1 da StatSoft®. Os bancos de dados foram comparados no Software EpiInfo 6.04 CDC®.

### **III- ARTIGO CIENTÍFICO**

# **Detecção de casos de tuberculose na Atenção Primária em município do Sul do Brasil.**

## **Resumo**

O presente estudo objetivou analisar o desempenho das unidades básicas de saúde tradicionais (UBST) e unidades saúde da família (USF) na detecção de casos de tuberculose (TB) e verificar a capacidade instalada para atenção ao SR nestes serviços. O estudo tem caráter quantitativo de corte transversal, realizado de abril a agosto de 2012 com 271 profissionais das 51 unidades do município de Pelotas/RS. As variáveis de interesse compõem uma adaptação do questionário de avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB. Utilizou-se a Análise de Correspondência Múltipla e análise de frequências absolutas estratificadas por tipo de serviço de saúde da APS. A USF foi associada com: profissionais preparados para identificação de sintomático respiratório (SR); presença de insumos; realização de avaliação clínica e solicitação da baciloscopia; realização de ações coletivas na comunidade. Observou-se que a USF às vezes realizava busca de SR na unidade, nunca realizava busca de SR e educação em saúde sobre TB na comunidade. A UBS associou-se à: profissionais sem atualização clínica e em exames e sem segurança para identificação do SR; à falta de pote de escarro e de formulário de solicitação de baciloscopia; à profissionais que não faziam avaliação clínica; não solicitavam baciloscopia, e não realizavam ações coletivas na comunidade. Assim, a detecção de casos de TB na APS, principalmente na UBS, apresentou fragilidades na estrutura e desenvolvimento das ações de detecção de casos da doença no município.

**Descritores:** Avaliação de serviços de saúde; Atenção Primária à Saúde; Detecção de casos de tuberculose;

## **Abstract**

The present study aimed to analyze the performance of basic health units (BHU) and family health units (FHU) for the detection of tuberculosis (TB) and check the installed capacity for attention to RS according to the two modalities. The study is a cross-sectional quantitative one, stratified by type of health service of APS, conducted with 271 professionals from 51 units of Pelotas / RS. The variables of interest comprise an adaptation of the performance evaluation questionnaire of primary care services in TB control. We used the Multiple Correspondence Analysis and analysis of absolute and relative frequencies. The FHU was associated to: professionals prepared to identify respiratory symptoms, presence of inputs; conducting clinical evaluation and smear request; realization of collective action in the community. It was observed that the FHS sometimes performed RS search within unit and community and almost never performs health education on TB in the community. BHU has partnered with: professionals without clinical and examination update and without security to identify the RS; lack of sputum pot and smear request form, professionals who were not clinical; didn't request smear or performed collective actions performed in the community. However the detection of TB cases in

the APS, particularly in BHU, showed weaknesses in the structure and development of actions to detect cases of the disease in the city.

Keywords: Evaluation of health services, primary health care, detection of tuberculosis cases;

**Detection of tuberculosis on Primary Care in southern Brazil city.**

## Introdução

O Brasil exibe uma redução nos indicadores epidemiológicos relacionados à tuberculose (TB) ao longo dos últimos dez anos, com destaque para as taxas de mortalidade, prevalência e, em menor grau, para a incidência (GUIMARÃES et al, 2012). No entanto, o país permanece entre as 22 nações que concentram o maior número de casos de TB, ocupando atualmente a 19ª colocação com uma incidência de 38,9 casos/100.000 habitantes em 2010 (WHO, 2010).

Uma das estratégias para redução desses indicadores, recomendada em âmbito nacional desde 2001, é a descentralização do controle da TB para a Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011). Tal processo visa impulsionar a multiplicação do impacto das ações de prevenção e controle da doença.

Tal recomendação visa impulsionar a multiplicação do impacto das ações de prevenção e controle da doença, haja vista que as características de atuação desses programas com foco na família e na comunidade são consideradas como potencialidades para a intervenção na conjuntura social da doença (BRASIL, 2004), bem como para o diagnóstico precoce e a maior adesão ao tratamento.

Neste sentido, a descentralização da atenção aos doentes de TB consiste em incluir na rotina dos serviços de APS o desenvolvimento de ações de detecção de casos, diagnóstico e tratamento, bem como o preenchimento de registros e o acompanhamento das pessoas doentes (BRASIL, 2008).

Cabe destacar que este estudo terá como foco a detecção de casos, que compreende a identificação do sintomático respiratório (SR) – pessoa com tosse por mais de três semanas; a formulação da hipótese diagnóstica de TB – através da avaliação clínica; a conduta frente ao indivíduo - solicitar exames; e a confirmação do diagnóstico bacteriológico e/ou radiológico (BRASIL, 2011).

Estima-se que 1% da população seja SR e que destes, 5% desenvolvam a forma ativa da doença (BRASIL, 2011). Ressalta-se ainda, que uma pessoa doente com baciloscopia positiva de escarro e sem tratamento pode infectar de 10 a 15 pessoas por ano (BRASIL, 2005). Portanto, a identificação precoce do SR, principalmente por meio da busca ativa na comunidade, é uma das principais

estratégias para o controle da enfermidade (WHO, 2005; BRASIL, 2011) e deve estar incorporada na rotina dos serviços de saúde da APS.

Existem características distintas de organização e funcionamento dos serviços de APS, configurando-se em duas modalidades de atenção (unidade básica de saúde tradicional - UBST e unidade saúde da família - USF). Contudo, a responsabilidade pelas ações de detecção de casos de TB é análoga a ambas as modalidades (BRASIL, 2011).

As características da ESF podem favorecer o desempenho destas em relação às UBST na detecção e diagnóstico da TB em virtude do contato ampliado com os usuários, reflexo da presença no território, atendimento da família e aproximação com a população de menor nível socioeconômico (FERNANDES, BERTOLDI, BARROS, 2009). Nesse sentido, a busca de SR com base nas ações da ESF pode contribuir diretamente para o controle da doença (HINO, 2011).

Assim, objetivou-se analisar o desempenho da UBST e USF na detecção de casos de TB e verificar a capacidade instalada dos serviços de saúde para atenção ao SR de acordo com as duas modalidades. Entende-se desempenho como a execução das ações para detecção de casos, a saber, reconhecer o problema (avaliação clínica), manejar individualmente (solicitar exames) e coletivamente (ações na comunidade) os casos suspeitos, considerando nesse processo a capacidade instalada dos serviços, haja vista a necessidade de determinada estrutura para a detecção dos casos.

## **Métodos**

O cenário de estudo foi o município de Pelotas, prioritário para atenção a TB no Estado Rio Grande do Sul, o qual apresenta população de 327.778 habitantes (IBGE, 2010). As unidades de APS compreendem 34 UBST e 17 USF, atingindo a cobertura de 22,8% da população (IBGE, 2010). A incidência de TB em 2010 atingiu 45,7 casos por 100 mil habitantes, superior ao valor nacional no mesmo período (BRASIL, 2011).

A população de estudo foram os médicos, enfermeiros e técnicos ou auxiliares de enfermagem das 51 unidades de APS do município identificados a partir de listagem fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde. Não foram incluídos no estudo 27 profissionais devido à licença saúde, maternidade, licença de interesse ou férias no período de coleta de dados nas unidades. Foram consideradas perdas

nove (3,04%) profissionais que não foram encontrados na unidade em seus turnos de trabalho por no mínimo quatro tentativas e 11 (3,72%) que se recusaram a participar do estudo. Ressalta-se que a perda não foi sistemática. Desta forma, foram entrevistados 276 profissionais de saúde atuantes na APS de Pelotas/RS, entrevistados no período de abril a agosto de 2012.

Os entrevistados responderam a um questionário estruturado pré-testado, adaptado do questionário de avaliação de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da TB (VILLA e RUFFINO-NETTO, 2009), aplicado por entrevistadores previamente treinados.

A estratificação dos serviços de saúde para análise deu-se a partir da questão “A unidade de saúde possui equipe da ESF? Sim/Não”. As variáveis do instrumento foram alocadas em dois componentes de avaliação dos serviços de saúde, Processo e Estrutura, por referência à definição de Starfield (2002). Desta forma, a Estrutura corresponde às características que possibilitam a oferta dos serviços, o que significou a capacidade instalada para detecção de casos de TB; e Processo são as ações desenvolvidas pelos profissionais e usuários envolvidos na atenção à saúde, portanto, são as ações realizadas para identificação e confirmação dos casos da doença.

Os grupos de variáveis do componente Estrutura foram: 1) *Pessoal*: Realização de atualização clínica e em exames de TB; Rotatividade de profissionais; Quantidade de profissionais suficiente para atendimento da demanda; Conhecimento sobre TB; Profissionais de saúde preparados para identificar SR; 2) *Instalações e equipamentos*: Disponibilidade de materiais (pote, geladeira e formulário de solicitação de baciloscopia); Local de coleta de escarro na unidade; e 3) *Organização*: Horário de funcionamento; Interferência da organização do serviço de saúde no diagnóstico da doença.

O componente Processo incluiu dois grupos de variáveis: 1) *Reconhecimento/entendimento do problema*: Avaliação clínica do SR; e 2) *Manejo*: a) *individual*: Tempo de espera por atendimento médico maior de 60 minutos; Tempo em consulta; Solicitação de baciloscopia de escarro; Coleta de escarro na unidade; b) *Coletivo*: Realização de busca SR na unidade; Visitas na comunidade para busca de SR; Realização de educação em saúde sobre TB na comunidade.

O desempenho das ações de detecção de casos de TB foi analisado por meio de Análise de Correspondência Múltipla (ACM), identificando-se similaridades e

associações, sem a necessidade de uma relação causal prévia (CARVALHO, 2004). Foi utilizado o decréscimo dos autovalores para definição das dimensões de análise, considerando, portanto, as dimensões que antecederam descidas significativas nos autovalores, uma vez que apresentam maior variabilidade dos dados. Tais dimensões representam um conjunto de variáveis, deste conjunto excluíram-se as variáveis com menores contribuições absolutas ( $\text{Cos}^2 < 0,10$ ) por apresentarem instabilidade no mapa perceptual. A contribuição absoluta é o somatório das contribuições de cada opção de resposta de uma variável à dimensão.

Desta forma, foram excluídas as seguintes variáveis da estrutura: Rotatividade de profissionais; Quantidade de profissionais suficiente para atendimento da demanda; Conhecimento sobre TB; Disponibilidade de geladeira; Local de coleta de escarro na unidade; Horário de funcionamento; Interferência da organização do serviço de saúde no diagnóstico da doença. Excluiu-se as variáveis de processo: Tempo de espera por atendimento médico maior de 60 minutos; Tempo em consulta; e Coleta de escarro na unidade.

Para análise do Mapa Perceptual da ACM foram inseridas as variáveis passivas “modalidades de serviços de saúde (USF/UBST)” e “formação profissional (Enfermeiro/Médico/Técnico ou auxiliar de enfermagem)”. Destaca-se que estas não tem contribuição na dispersão dos pontos no mapa, porém auxiliam na interpretação dos resultados gráficos (LE ROUX e ROUANET, 2004).

Os dados foram analisados no pacote estatístico *Statística 9.1 da StatSoft*. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas, sob parecer nº 2009/04. Os preceitos éticos foram respeitados e os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participar do estudo.

## **Resultados**

Do total de profissionais entrevistados (276), quatro foram excluídos da análise por não responderem questões de interesse para o estudo (tipo de serviço, variáveis de processo), totalizando assim 271 profissionais para a análise. Dos quais, 110 (40,6%) eram técnicos ou auxiliares de enfermagem, 74 (27,3%) enfermeiros e 87 (32,1%) médicos. O tipo de vínculo empregatício predominante foram o estatutário (78%) e o contrato (13%). Quanto à Pós-Graduação, 83% dos

Médicos e 72% dos enfermeiros afirmaram que já haviam realizado e 6% dos médicos e 22% dos enfermeiros estavam com o curso em andamento.

Na ACM identificou-se as dimensões que antecederam o decrescimento significativo dos autovalores considerando-se as duas primeiras, cujos autovalores foram 0,290 e 0,179, respectivamente, ilustrando 18,8% e 11,6% da variabilidade dos dados.

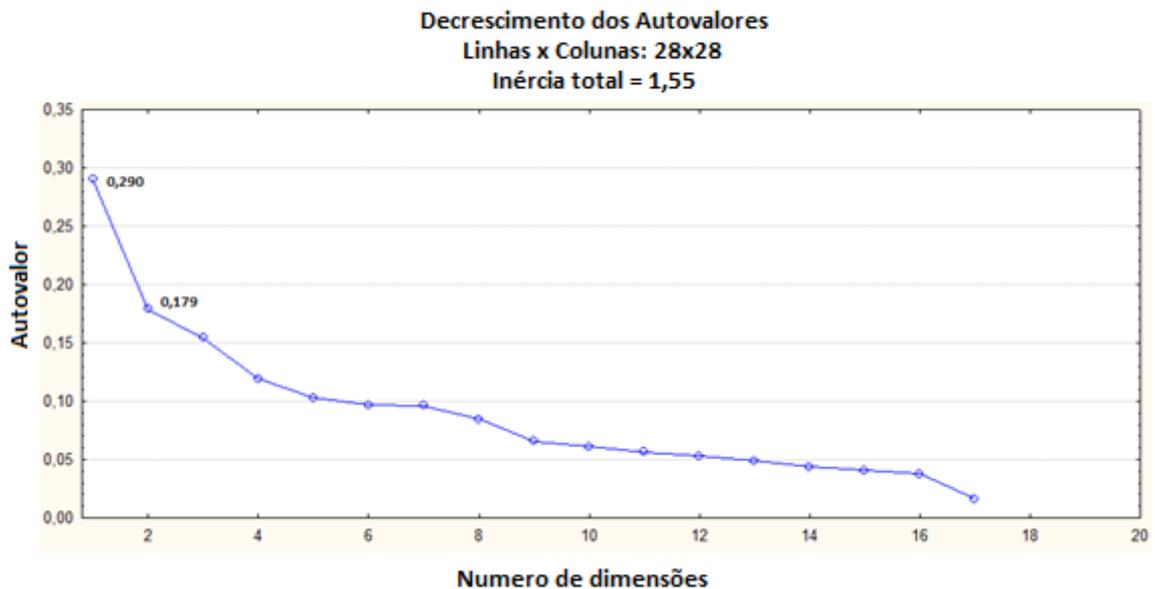


Figura 1. Decrescimento dos autovalores das dimensões

A tabela 1 demonstra a contribuição absoluta das variáveis de estrutura e processo e as dimensões a que corresponderam, o que possibilitou identificar a seleção do conjunto de variáveis pertinentes para cada dimensão.

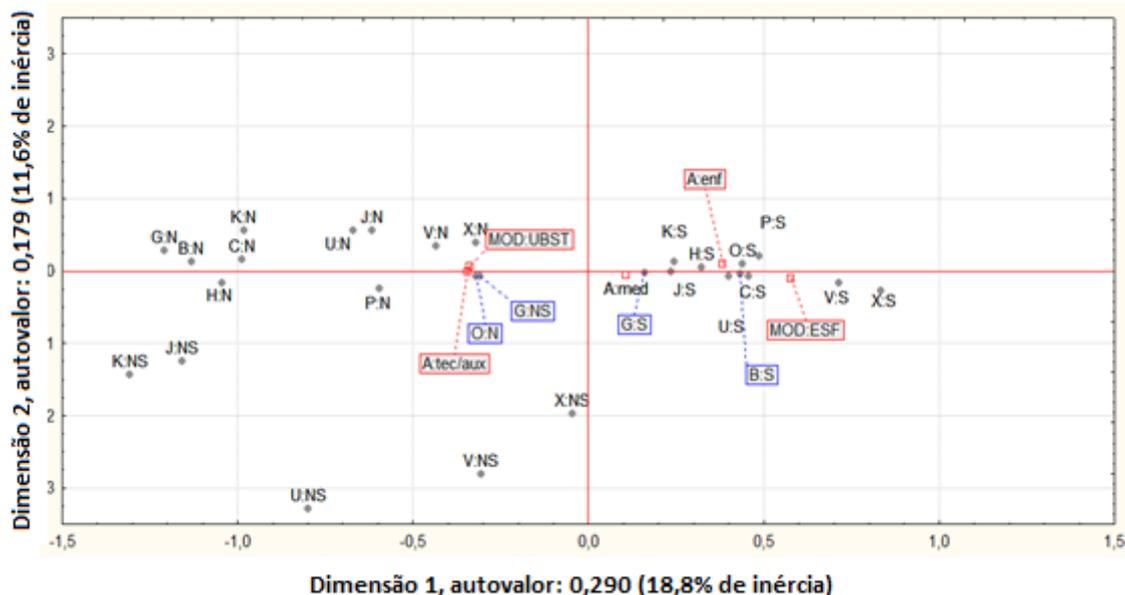
**Tabela 1.** Contribuição absoluta das variáveis ativas e definição da dimensão correspondente, Pelotas/RS, 2012.

<b>Variáveis</b>	<b>Cos<sup>2</sup>1</b>	<b>Cos<sup>2</sup>2</b>	<b>Dimensão</b>
B - Atualização Clínica para tuberculose	0,490	0,006	1
C - Atualização em exames para diagnóstico da tuberculose	0,452	0,010	1
D - Rotatividade de recursos humanos	< 0,10	< 0,10	-
E - Quantidade de profissionais disponíveis	< 0,10	< 0,10	-
F - Conhecimento sobre tuberculose	< 0,10	< 0,10	-
G - Profissionais preparados	0,155	0,008	1
H - Segurança para identificação do sintomático respiratório	0,338	0,008	1
I – Geladeira	< 0,10	< 0,10	-
J - Pote de escarro;	0,182	0,111	1
K - Formulário der solicitação de baciloscopia de escarro	0,289	0,237	1
L - Local de coleta de escarro	< 0,10	< 0,10	-
M - Horário de funcionamento	< 0,10	< 0,10	-
N - Funcionamento do serviço dificulta o diagnóstico da TB	< 0,10	< 0,10	-
O - Diagnóstico clínico do sintomático respiratório	0,141	0,007	1
P - Solicitação de baciloscopia de escarri	0,290	0,005	1
Q – Coleta de escarro na unidade	< 0,10	< 0,10	-
R - Fornecimento de informações escritas para encaminhamento do usuário	< 0,10	< 0,10	-
S - Tempo de espera por atendimento médico > 60 minutos	< 0,10	< 0,10	-
T - Tempo do usuário em consulta	< 0,10	< 0,10	-
U - Realização de busca de sintomático respiratório na unidade	0,274	0,457	2
V - Busca de sintomático respiratório na comunidade	0,303	0,399	2
X - Educação em saúde sobre tuberculose na comunidade	0,238	0,394	2

Legenda: Cos<sup>2</sup>n: valor do cosseno ao quadrado do ângulo que a variável faz com a dimensão

As características associadas às modalidades de APS e a formação profissional são demonstradas no Mapa Perceptual (Figura 2). Identificou-se que as variáveis associadas com a estrutura da UBST foram: profissionais sem atualização clínica e em exames para diagnóstico da TB; sem segurança para identificação do SR. Quanto aos insumos para detecção de casos de TB a UBST associou-se à falta de pote de escarro e de formulário de solicitação de baciloscopia.

No que diz respeito ao processo de detecção de casos de TB na UBST, ressalta-se que os profissionais não faziam avaliação clínica; não solicitavam baciloscopia; não realizavam busca de SR na unidade e na comunidade; e não promoviam atividades de educação em saúde sobre TB.



**Legenda:** Variáveis Passivas: MOD - Modalidade de serviço de Saúde<sup>1</sup>; A- Formação profissional<sup>2</sup>; Variáveis Ativas<sup>3</sup>: B- Atualização Clínica para TB; C – Atualização em exames para diagnóstico da TB; G- Profissionais preparados; H- Segurança para identificação do SR; J- Pote de escarro; K- Formulário de solicitação de baciloscopia; O- Diagnóstico clínico; P- Solicitação de Baciloscopia; U- Realização de busca de SR na unidade; V- Busca de SR na comunidade; X- Educação em Saúde sobre TB na comunidade; Categorias de resposta: <sup>1</sup>UBST- Unidades Básicas de Saúde Tradicionais; ESF- unidades Saúde da Família; <sup>2</sup>Enf- enfermeiro; Med- médico; tec/aux – técnico ou auxiliar de enfermagem; <sup>3</sup>N- Não; NS -Não Sabe; S- Sim.

**Figura 2** – Mapa perceptual do desempenho das modalidades de serviços de APS e capacidade instalada da detecção de casos de TB, Pelotas/RS, 2012.

A estrutura da USF apresentou-se associada com profissionais preparados para identificação de SR e que realizaram atualização clínica e em exames sobre TB. Em relação aos insumos disponíveis na unidade, a USF possuía pote de escarro e formulários de solicitação de baciloscopia.

O processo de detecção de casos de TB da USF associou-se à avaliação clínica e solicitação da baciloscopia; e à realização da busca de SR na unidade e na comunidade, bem como com o desenvolvimento de educação em saúde sobre TB na comunidade.

Enfermeiros sentiam-se seguros na identificação do SR, faziam avaliação clínica e solicitavam baciloscopia. Os médicos possuíam atualização clínica e em exames e sentiam-se preparados para identificação do SR. Os técnicos e auxiliares de enfermagem estão associados a não realizar avaliação clínica, não solicitar baciloscopia, não sentir-se seguro para identificação de SR, bem como não sabem se estão preparados para identificar o SR, se há insumos (pote e formulário) na unidade e se o manejo coletivo é desenvolvido.

Na avaliação descritiva das ocorrências de ações coletivas para detecção de casos de TB (Tabela 2), a proporção de profissionais de saúde da UBST que relatou nunca realizar a busca de SR na unidade, a busca e a educação em saúde na comunidade foi, respectivamente, 41,52%, 77,78% e 76,60%. Identificou-se que a frequência das ações de detecção de casos de TB pela USF eram realizadas, predominantemente, “às vezes” em relação à busca de SR na unidade, “nunca” quanto a busca de SR na comunidade e realização de educação em saúde sobre a doença na comunidade.

**Tabela 2.** Ocorrência do manejo coletivo para detecção de casos de tuberculose nas modalidades de serviços da atenção primária à saúde, Pelotas/RS, 2012.

<b>Modalidade de serviço da APS</b>	<b>USF n=100</b>	<b>UBST n=171</b>
<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>	
<b>Realização de busca de SR na unidade</b>		
Nunca	18 (18,00)	<b>71 (41,52)</b>
Quase Nunca	13 (13,00)	16 (09,36)
As vezes	<b>28 (28,00)</b>	35 (20,47)
Quase Sempre	19 (19,00)	14 (08,19)
Sempre	20 (20,00)	26 (15,20)
Não Sabe	02 (02,00)	09 (05,26)
<b>Busca de SR na comunidade</b>		
Nunca	<b>24 (24,00)</b>	<b>133 (77,78)</b>
Quase Nunca	14 (14,00)	10 (05,85)
As vezes	22 (22,00)	10 (05,85)
Quase Sempre	14 (18,42)	04 (02,34)
Sempre	21 (21,00)	06 (03,51)
Não Sabe	05 (05,00)	08 (04,68)
<b>Educação em Saúde sobre TB na comunidade</b>		
Nunca	<b>46 (46,00)</b>	<b>131 (76,61)</b>
Quase nunca	20 (20,00)	9 (05,26)
As vezes	14 (14,00)	11 (06,43)
Quase sempre	03 (03,00)	01 (00,58)
Sempre	07 (07,00)	04 (02,34)
Não Sabe	10 (10,00)	15 (08,77)

## Discussão

A detecção de casos de TB na APS, principalmente na UBST, apresentou fragilidades na estrutura e desenvolvimento das ações de detecção de casos da doença no município. No que respeita à capacitação dos profissionais de saúde, enfermeiros e médicos apresentaram preparo para identificar os SR, concordando com estudo de Vitória/ES que demonstrou que estes profissionais possuem conhecimento referentes a detecção de casos, diagnóstico e tratamento da enfermidade (MACIEL et al, 2009). Em contrapartida os resultados do estudo mostram necessidade de preparo dos técnicos e auxiliares de enfermagem sobre TB.

A frequência da oferta destes cursos de maneira limitada e esporádica podem produzir fragilidades na atenção ao SR (SÁ et al, 2011). Ainda, reforça-se que para o adequado manejo e efetivo controle da doença na APS é indispensável haver equipes qualificadas para lidar com a complexidade da doença (MONROE et al, 2008). Nesse sentido, a educação permanente deve ser objeto de investimentos no contexto local, principalmente orientando as equipes de saúde no que tange as necessidades da população (MASSAROLI, SAUPE, 2008), neste caso a TB.

Estudo de intervenção realizado em uma USF de Fortaleza/CE demonstrou que a sensibilização e capacitação dos profissionais para as ações de detecção de casos, como a busca de SR, determinou aumento expressivo na identificação de casos da doença (FAÇANHA et al, 2009), sugerindo que a presença de equipes preparadas podem causar impactos positivos no controle da doença, como a redução da incidência a longo prazo.

A falta de preparo dos profissionais somada à ausência de insumos básicos para o controle da TB na UBST, identificados no estudo, poderiam justificar o fato de não solicitarem a baciloscopia de escarro. Igualmente a insegurança dos mesmos poderia levá-los a encaminhar o SR para outro profissional, o que potencializa o diagnóstico tardio (SOBRINHO et al, 2012), face à necessidade de agendar e enfrentar as possíveis filas de espera para atendimento em outro serviço.

Em contrapartida, na USF, a ocorrência da solicitação de baciloscopias de escarro e a presença dos insumos necessários para realização desta ação (pote de escarro e formulário de solicitação de baciloscopia) representaram uma

potencialidade na detecção de casos nestes serviços, basicamente por viabilizarem a realização imediata da coleta de escarro frente à identificação do SR, conforme as recomendações nacionais (BRASIL, 2011).

Assim, o desempenho no manejo individual dos casos pode ser considerado mais favorável na USF que na UBST pelo potencial em solicitar e executar as baciloscopias. Nesse sentido, estudo descritivo realizado em São Paulo/SP aponta para maior proporção de casos identificados na USF em relação à UBST e maior proporção de casos diagnosticados em outros serviços recebidos para acompanhamento na USF (VIEIRA; MURAI, 2005).

Ainda referente às ações de manejo individual, ressalta-se o desempenho do enfermeiro quanto às ações para identificação da doença, principalmente nas ações de avaliação clínica do SR e solicitação de baciloscopia de escarro. Tal desempenho cumpre as prerrogativas políticas da atuação do enfermeiro, contando a participação efetiva deste no tocante à detecção de casos, principalmente na solicitação do exame, corroborando com estudo em um município da região metropolitana da Paraíba (SÁ et al, 2012).

A não realização das ações de manejo coletivo de detecção de casos de TB na UBST bem como a baixa frequência no desenvolvimento destas práticas identificada na USF pressupõe que estas ações não foram incorporadas ao cotidiano destes serviços de saúde. Tal fato já foi evidenciado por estudos realizados em outros locais como Ribeirão Preto e Belém (NOGUEIRA, et al., 2007; RODRIGUES; CARDOSO, 2010).

Ressalta-se que a busca de SR tem sido uma das principais estratégias recomendadas internacionalmente para o controle da TB (WHO, 2008, 2010b) e refere-se à realização contínua (sempre 21%) da busca de SR na comunidade. A USF no município do estudo apresentou somente cerca de um terço do percentual identificado para a busca de SR na mesma modalidade de serviço de Bayeux/PB (73,8%) (NOGUEIRA et al, 2011). No entanto deve-se considerar que este era um município de pequeno porte com 92% da população coberta pela ESF.

A APS, tendo como recurso a presença de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para desenvolvimento de ações no território, teoricamente, apresentaria bom desempenho nas ações de manejo coletivo. No entanto, estudos apontam para uma prática pontual destes profissionais no controle da TB (MUNIZ et al, 2005; CRISPIN et al, 2012).

Estudo realizado em um município do Estado de São Paulo, com cobertura também baixa da ESF, ao comparar a USF com a UBST/PACS não identificou diferenças significativas nas ações dos ACS no controle da TB, incluindo como uma fragilidade a identificação de SR durante as visitas domiciliares realizadas (CRISPIN et al, 2012). Ainda a baixa adesão das visitas domiciliares por profissionais da USF no seu cotidiano de trabalho já foi evidenciada na literatura (MARCOLINO et al, 2009)

As fragilidades na educação em saúde sobre TB demonstram que esta não é uma prática priorizada por equipes de APS (SÁ et al, 2011) Destaca-se ainda que o desenvolvimento dessas ações exige o envolvimento da comunidade para o adequado controle da TB (CURTO et al, 2010).

Destarte, investimentos no manejo coletivo são cruciais, uma vez que podem ampliar as possibilidades de detecção de caso de forma a reduzir a procura por serviços de urgência e emergência conforme identificado em estudo realizado em município de grande porte no estado de São Paulo (OLIVEIRA et al, 2009).

Deve-se considerar que a implantação da ESF no município de Pelotas ocorreu de maneira gradativa, assim como ocorre a sua expansão. Em muitas situações a ESF foi incorporada a UBST, o que poderia atravancar a reorientação efetiva do modelo assistencial (SOUZA, 2007). Desta forma, a baixa frequência no desenvolvimento de ações de manejo coletivo para detecção de casos de TB alude à provável incorporação incompleta e ineficiente da lógica de trabalho no território, demonstrando ainda, o enfoque individual e curativo em detrimento do preventivo e coletivo.

## **Conclusões**

Ambas as modalidades de atenção apresentaram fragilidades no desempenho das ações de detecção de casos de TB. A UBST não realizava as ações de reconhecimento/entendimento do problema, de manejo individual e coletivo e não apresentava estrutura básica para o desenvolvimento de tais ações.

A USF apresentou melhor capacidade instalada e desempenho favorável à realização das ações de detecção de casos, ainda que seja necessário ampliar a frequência no desenvolvimento do manejo coletivo.

Ponderações são necessárias ao utilizar os resultados do presente estudo, uma vez que foram investigados médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de

enfermagem, que representam uma parcela dos trabalhadores em saúde envolvidos na detecção de casos de TB. Ressalta-se também a mudança de uma UBST para USF durante o período de coleta de dados, o que pode ter ocasionado viés de informação pelo recente processo de reorientação das práticas daquele serviço. Releva-se a inclusão da totalidade dos serviços de APS do município e a baixa taxa de recusas (3,72%) pelos profissionais de saúde.

Afirma-se a necessidade de fortalecer as ações de detecção em serviços de APS por meio da qualificação dos profissionais na atenção a TB e melhora da capacidade instalada. Ainda, recomenda-se o desenvolvimento de estudos referentes ao desempenho da detecção de casos de TB na perspectiva dos ACS, em vista deste trabalhador da saúde ser considerado protagonista das ações de saúde no território no contexto da APS.

#### **Referências:**

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 815p. (Série A, Normas e manuais técnicos)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. 2.ed. Brasília, 2008, 195 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Carvalho H. **Análise multivariada de dados qualitativos**. Lisboa: Edições Silabo; 2004.

Crispim JA, Scatolin BE, Silva LMC, Pinto IC, Palha PF, Arcêncio RA. Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde. *Acta Paul enferm* [online] 2012; 25(5)

Curto, Márcio; Scatena, Lúcia Marina; Andrade, Rubia Laine de Paula; Palha, Pedro Fredemir; Assis, Elisângela Gisele de; Scatolin, Beatriz Estuque; Villa, Tereza Cristina Scatena. Controle da tuberculose: percepção dos doentes sobre orientação a comunidade e participação comunitária. *Rev. latinoam.enferm*;18(5):983-989, Sept.-Oct. 2010. ilus

Façanha Mônica Cardoso, Melo Marina Alves, Vasconcelos Francisca de Fátima, Sousa José Roberto Pereira de, Pinheiro Adivania de Souza, Porto Ivna Aguiar et al . Treinamento da equipe de saúde e busca ativa na comunidade: estratégias para a detecção de casos de TB. *J. bras. pneumol.* [serial on the Internet]. 2009 May

[cited 2012 Nov 29] ; 35(5): 449-454. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132009000500010&Ing=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000500010&Ing=en).  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132009000500010>.

Fernandes Léia Cristiane L, Bertoldi Andréa D, Barros Aluísio J D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2009 Aug [cited 2012 Nov 29] ; 43(4): 595-603. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000400005&Ing=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400005&Ing=en). Epub June 19, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-891020090005000040>.

Guimarães, et al. Tuberculose, HIV e pobreza: tendência temporal no Brasil, América e Mundo. *J Bras Pneumol*. 2012;8(4):511-517.

Hino, Paula et. al. O controle da tuberculose na perspectiva da vigilância da saúde. *Esc Anna Nery* (impr.) 2011 abr -jun; 15 (2):417-421.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - cidades. **População estimada da cidade de Pelotas para o ano de 2009**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 30 jun. 2010.

Le Roux B, Rouanet H. *Geometric Data Analysis – From Correspondence Analysis to Structured Data Analysis*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 2004.

Maciel, Ethel Leonor Noia et al. O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009. 14(Supl.1):1395-1402. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800012>.

Marcolino, ABL et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux – PB. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2009. São Paulo, 12(2):144-57.

MASSAROLI, Aline; SAUPE, Rosita. **Distinção Conceitual**: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde. Santa Catarina, 2008. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/2SITE/arquivos/N.045.pdf>> Acesso em 15 de setembro de 2012.

Monroe, Aline Aparecida; Gonzales, Roxana Isabel Cardozo; Palha, Pedro Fredemir; Sasaki, Cinthia Midori; Ruffino Netto, Antonio; Vendramini, Silvia Helena Figueiredo; Villa, Tereza Cristina Scatena. O envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*, 2008;42(2):262-7.

Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Cardozo-Gonzales RI, Ruffino Netto A, Villa TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(2):315-21.

Nogueira Jordana de Almeida, Trigueiro Débora Raquel Soares Guedes, Sá Lenilde Duarte de, Silva Cybelle Alves da, Oliveira Luana Carla Santana, Villa Tereza Cristina Scatena et al. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. *Rev. bras. epidemiol.* [serial on the Internet]. 2011 June [cited 2012 Nov 29] ; 14(2): 207-216. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2011000200003&Ing=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000200003&Ing=en).  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000200003>.

Nogueira, Jordana A., et. al. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2007 Jan-Abr; 9(1): 106-118.

Oliveira, SAC et al. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para comunidade. *Rev Lat-Am Enfermagem*. Mai 2009;17(3).

Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional para el control de la tuberculosis para 2005-2015. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2005.

Rodrigues, Ivaneide Leal Ataíde, Cardoso, Ninarosa Calzavara. Detecção de sintomáticos respiratórios em serviços de saúde da rede pública de Belém, Pará, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude* [periódico na Internet]. 2010 Mar [citado 2012 Nov 29] ; 1(1): 67-71. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-62232010000100010&lng=pt](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232010000100010&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232010000100010>.

Sá, Lenilde Duarte de; Gomes, Anna Luiza Castro; Nogueira, Jordana de Almeida; Villa, Tereza Cristina Scatena; Souza, Káren Mendes Jorge de; Palha, Pedro Fredemir. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na saúde da família. *Rev. latinoam. enferm*;19(2):387-395, Mar.-Apr. 2011

Sá, Lenilde Duarte de et al. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2012, 46(2):356-63. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200013>.

Silva-Sobrinho RA, Andrade RLP, Ponce MAZ, Wysocki AD, Brunello ME, Scatena LM, et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(6):461–8.

Sousa, MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2007, 61(2):172-8

Starfield, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Tradução: Fidelity Translations. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

Vieira DS, Murai HC. Programa de controle da Tuberculose na Estratégia Saúde da Família. *Rev Enferm UNISA*. 2005;6:38-42.

Villa Tereza Cristina Scatena, Ruffino-Netto Antônio. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. *J. bras. pneumol.* [serial on the Internet]. 2009 June [cited 2012 Nov 14] ; 35(6): 610-612. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132009000600014&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000600014&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132009000600014>.

World Health Organization. **The Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria**. Framework for Operations and Implementation Research in Health and Disease Control Programs. Geneva: The Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria; 2008.

World Health Organization. **The Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria. Review of HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria Landscape for The Global Fund**

**Strategy 2012-2016.** Geneva: The Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria; 2010.

World Health Organization. **Global tuberculosis control.** WHO Report 2010. Geneva; 2010.

## APÊNDICES

APENDICE A

**Quadro 1. Quadro sintético das publicações selecionadas.**

IDENTIFICAÇÃO	OBJETIVO	DELINEAMENTO	PRINCIPAIS RESULTADOS	ELEMENTOS AVALIADOS
<p><b>1. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na saúde da família.</b></p> <p>Sá, Lenilde Duarte de; Gomes, Anna Luiza Castro; Nogueira, Jordana de Almeida; Villa, Tereza Cristina Scatena; Souza, Káren Mendes Jorge de; Palha, Pedro Fredemir.</p> <p><u>Rev. latinoam. enferm.</u>;19(2):387-395, Mar.-Apr. 2011</p>	<p>Analisar o desempenho das equipes de Saúde da Família no controle da tuberculose, segundo a relação entre vínculo e o desenvolvimento de ações intersetoriais, em município da região metropolitana de João Pessoa, Paraíba, Brasil</p>	<p>Estudo qualitativo, técnica de coleta utilizada foi o Grupo Focal e o método de análise foi a análise de discurso. 37 profissionais foram entrevistados, divididos em 7 grupos de acordo com a profissão (enf. Médico e ACS), entre 24/4 e 8/5 de 2007, na Região metropolitana de João Pessoa-Paraíba.</p>	<p>Os profissionais concordam que a ESF tem potencial para reorganizar a atenção de acordo com os princípios da APS, principalmente por facilitar o acesso dos usuários. Para além deste aspecto, os seguintes avanços em relação ao controle da TB foram destacados: a presença de uma equipe multidisciplinar, disponível 40 horas por semana, desenvolvendo ações de prevenção, cura, reabilitação e realização de visitas domiciliares, a identificação precoce de pessoas sintomáticas respiratórias, a prioridade de tratamento de pacientes com TB na USF, a disponibilidade de medicamentos ea oferta de exames de baciloscopia.</p> <p>No contexto das ações de controle da tuberculose, a ligação com o sector da educação também é enfatizada, em relação a ambos a formação dos profissionais para lidar melhor com a pessoa afetada pela tuberculose, bem como aumentar o potencial das ações de educação em saúde, necessárias para fortalecer o controle social, a partir da perspectiva da APS.</p> <p>No que diz respeito à formação, os profissionais envolvidos no estudo revelou, em sua maior parte, a dificuldade em participar em ações de formação relacionadas com a TB, o que limita-los tecnicamente em seu desenvolvimento de ações recomendadas pelo Programa de Controle da Tuberculose (PCT).</p> <p>A formação de recursos humanos foi considerada insuficiente, devido à quantidade de profissionais que lidam com a tuberculose, porque as oportunidades são limitadas e esporádicas.</p> <p>A educação em saúde não é uma prática priorizada.</p>	<p>Estrutura: - Pessoal,</p> <p>Processo: - Reconhecimento e entendimento do problema; - Manejo (individual e coletivo);</p>
<p><b>2. Acessibilidade: identificando barreiras na descentralização do controle da tuberculose nas unidades de saúde da família.</b></p> <p>Clementino, Francisco de Sales; Miranda, Francisco Arnoldo Nunes de.</p> <p><u>Rev. enferm. UERJ</u>;18(4):584-590, out.-dez. 2010. ilus.</p>	<p>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</p>	<p>Estudo qualitativo exploratório, descritivo e representacional na perspectiva moscoviciiana. Os dados foram coletados através de entrevista Semiestruturada aplicada em janeiro de 2009, com 34 clientes submetidos ao tratamento de tuberculose, em 2007 e 2008.</p>	<p>Portanto, observou-se que a satisfação do usuário está aliada ao relacionamento que se estabelece entre o profissional e o usuário frente à resolução objetiva e rápida da demanda trazida pelo mesmo, que, no caso, se evidenciou na forma de ter a consulta (médica, odontológica) assegurada e sem longa espera, além do acesso ao medicamento. Nessa perspectiva, a previsão de medicamentos</p>	<p>Estrutura: - Instalações e Equipamentos; - Organização</p> <p>Processo: - Manejo (coletivo);</p>

			<p>e de materiais – potes, isopor, entre outros – e a disponibilidade dos mesmos são fundamentais para o controle da tuberculose, assim como a capacidade organizacional do sistema de serviços de saúde (planejamento, previsão de medicamentos, distribuição, controle de estoque) em atender às demandas geradas no cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família.</p> <p>Os usuários também apontaram dificuldades no agendamento das consultas. Eles relatam ser preciso madrugar para garantir o atendimento.</p> <p>Almeja-se um salto de qualidade, com melhoria na busca ativa de casos, no diagnóstico e tratamento precoce e na assistência, dada as possibilidades das equipes em conhecer a realidade sociocultural de cada doente/família de sua área de abrangência (25).</p>	
<p><b>3. Intervención educativa sobre conocimientos del diagnóstico bacilosκόpico de la Tuberculosis en técnicos de laboratorio de la atención primaria.</b></p> <p>Guzmán Morales, Blanca Nieve; Gutiérrez Villa, Norman; Pérez Nápoles, Hildelaise; Menéndez Román, Marisel.</p> <p><u>Mediciego</u>;16(supl. 1), jun. 2010. Tab</p>	<p>Evaluar una Intervención educativa sobre el conocimiento del diagnóstico bacilosκόpico de la tuberculosis en los técnicos de laboratorio de la Atención Primaria de Salud del municipio Morón en la provincia Ciego de Ávila</p>	<p>Estudo pré-experimental (antes e depois) com técnicos de laboratório da APS do município de Morón de la provincia Ciego de Ávila durante o período de setembro de 2008 a abril de 2009.</p>	<p>Antes de aplicar la intervención educativa, los técnicos de laboratorio de la atención primaria del municipio Morón tenían bajo nivel de conocimientos sobre el diagnóstico bacilosκόpico de la tuberculosis y este se incrementó luego de aplicar el curso, la mayor cantidad de encuestados pasaron al nivel alto, se confirma una confiabilidad de un 95% que las medias difieren en ambos momentos por lo que la intervención aplicada fue efectiva</p>	<p>Estrutura: - Pessoal;</p>
<p><b>4. Avaliação da descentralização do programa de controle da tuberculose do nível secundário para o nível primário do sistema de saúde de Dourados-MS.</b></p> <p>Amaral, Arino Sales do; Tamaki, Edson Mamoru; Sales, Cibele de Moura; Renovato, Rogério Dias</p> <p><u>Saúde Soc</u>;19(4):794-802, out.-dez. 2010. tab</p>	<p>Objetivo deste estudo foi avaliar a descentralização das ações do controle da tuberculose do nível secundário para o nível primário do sistema de saúde de Dourados-MS.</p>	<p>Avaliação normativa com a utilização de dados secundários para obter o conhecimento do contexto e dos resultados das ações desenvolvidas. Foram utilizadas como categorias de análise: estrutura, processo e resultados. Para a obtenção de dados sobre a tuberculose no município foi necessário realizar um exaustivo levantamento nos registros dos serviços de saúde devido à falta de dados organizados ou sistematizados. Além dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e</p>	<p>A análise dos indicadores da estrutura reflete a evolução da descentralização do PNCT no período de 2003 a 2006. Nesse último ano, 92,8% das unidades básicas de saúde já apresentavam o programa da tuberculose implantado e todos com tratamento supervisionado oferecido (exigido 100% PNCT). A evolução do percentual de unidades básicas de saúde com tratamento supervisionado foi de 37% em 2004, 70,2% em 2005 e 92,8% em 2006. Os laboratórios da rede de saúde pública permaneceram sem alteração nesse período, pois a sua capacidade instalada era suficiente para atender a demanda existente.</p> <p>Os indicadores de processo mostraram que houve melhoria das atividades de controle da tuberculose no período estudado. A taxa de cobertura vacinal com</p>	<p>Estrutura: - Pessoal;</p> <p>Processo: - Reconhecimento e entendimento do problema; - Manejo (individual e coletivo)</p>

		do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), foram utilizados outras fontes de dados secundários.	<p>BCG manteve-se em torno dos 100%, conforme previsto pelo PNI. O número de sintomáticos respiratórios (SR) examinados aumentou significativamente na medida em que o programa de tuberculose estava sendo descentralizado.</p> <p>A proporção de casos de tuberculose pulmonar com baciloscopia realizada em 2006 atingiu 71,6%, no entanto, a meta de 90% estabelecida para esse ano não foi alcançada (apesar de ter aumentado em relação a 2003). Quanto à proporção de bacilíferos entre o total de casos pulmonares encontrados, observou-se avanço de 71,2% no período de 2003 a 2006, pois essa proporção passou de 48,3% para 82,7%, superior à meta do PNCT que era de 70% dos bacilíferos para 2006. Em 2003, havia apenas uma unidade com profissionais capacitados e, em 2006, esse número já atingia 26 unidades básicas de saúde. O percentual de casos detectados de tuberculose em relação ao total de casos estimados foi de 47,6% em 2003 e 67,2% em 2006, no entanto ainda distante dos 79,1% estabelecidos como meta do PNCT. Na procura de casos, além da busca dos sintomáticos respiratórios, foi importante o controle de contatos: pessoas, parentes ou não, que coabitavam com um doente de tuberculose. 70,2% das unidades fizeram coleta de escarro, um aumento relevante em relação ao ano de 2003, quando apenas uma unidade era responsável por essa coleta.</p> <p>Resultado: os indicadores de resultado não refletiram a evolução positiva demonstrada pelos indicadores de estrutura e processo. O percentual de abandono em 2006 (10,2%) foi maior que o observado em 2003 (7,7%), acima da meta de 7% do PNCT. Em 2006, o percentual de óbitos foi de 15,4%, o mais alto do período, bem acima da meta de 5%. Percentual de cura abaixo de 80% em todo período.</p>	
<p><b>5. Controle da tuberculose: percepção dos doentes sobre orientação a comunidade e participação comunitária.</b></p> <p>Curto, Márcio; Scatena, Lúcia Marina; Andrade, Rubia Laine de Paula; Palha, Pedro Fredemir; Assis, Elisângela Gisele de; Scatolin, Beatriz Estuque; Villa, Tereza</p>	<p>O objetivo deste estudo foi avaliar, sob a percepção dos doentes, ações de orientação para a comunidade e participação comunitária, realizadas no controle da tuberculose em serviços de saúde de Ribeirão Preto, SP</p>	<p>Inquérito prospectivo, pesquisa avaliativa quantitativa exploratória que utilizou parte do Primary Care Assessment Tool. Foram entrevistados 100 doentes de junho a julho de 2007.</p> <p>As categorias das</p>	<p>Quando questionados sobre a preocupação da equipe de saúde quanto à resolutividade dos serviços prestados, 78% dos doentes responderam que sempre foram questionados. Para o indicador que diz respeito a campanhas e trabalhos educativos, realizados pela equipe de saúde, 66% dos doentes responderam sempre ser realizada tal atividade e 95% dos</p>	<p>Processo: - Manejo (coletivo);</p>

<p>Cristina Scatena.</p> <p><u>Rev. latinoam. enferm</u>;18(5):983-989, Sept.-Oct. 2010. ilus, tab.</p>		<p>respostas às perguntas do questionário foram quantificadas através da obtenção da frequência relativa de cada categoria e expressas em porcentagens. <u>Cada indicador foi determinado através do somatório dos escores das categorias das respostas dos doentes, dividido pelo número total de doentes para obtenção de um valor médio.</u></p>	<p>doentes afirmaram nunca ter observado a existência de parcerias sociais para controle da TB. Com relação ao indicador sobre realização de atividades extramuros para controle da TB, 94% dos doentes responderam que nunca observaram a equipe realizar atividades extramuros para o controle da TB. E, finalizando, quanto aos indicadores da dimensão "orientação a comunidade", os doentes foram questionados sobre a participação social no controle local da TB, sendo que 95% dos doentes afirmaram que a equipe nunca solicita a participação de representantes da comunidade para discutir os problemas da TB.</p> <p>Os resultados do estudo evidenciaram que o desenvolvimento das ações de controle da TB pelos profissionais de saúde não envolve a comunidade, tendo em vista as médias, relativamente baixas, das variáveis V3 (1,10 [0,85; 1,42]), V4 (1,60 [0,88; 2,32]) e V5 (1,13 [0,85; 1,42]) com seus respectivos intervalos de confiança e as ações voltadas para a educação em saúde ainda não fazem parte do trabalho das equipes.</p> <p>Porém, vale ressaltar que nem mesmo ações de responsabilidade profissional como educação em saúde ou orientação sobre a doença e sua prevenção vem sendo realizada de maneira eficiente pelas equipes de saúde, como evidencia este estudo.</p>	
<p><b>6. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil</b></p> <p>Villa, Tereza Cristina Scatena; Ruffino-Netto, Antônio</p> <p><u>J. bras. pneumol</u>;35(6):610-612, jun. 2009.</p>	<p>Objetivo do estudo foi divulgar e disponibilizar um questionário utilizado como instrumento de avaliação dos elementos organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil, comparando as dimensões organizacionais selecionadas por unidade de saúde, por município e pelos diferentes atores (doentes, profissionais de saúde e gestores)</p>	<p>Cada questionário contém 108 questões específicas para a avaliação do desempenho dos serviços de saúde na atenção ao doente de TB e inclui questões referentes às dimensões da AB: porta de entrada, acesso (subdividido em acesso ao diagnóstico e acesso ao tratamento), vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque na família e orientação para a comunidade. Cada uma dessas dimensões está relacionada a um conjunto de ações na prática clínica, de saúde pública ou de implementação de políticas de controle da TB em nível municipal.</p>	<p>Os resultados mostram que a forma de organização da atenção à TB (PSF ou UR-PCT) não foi um fator que ampliou o acesso ao diagnóstico. A maior parte dos diagnósticos de TB foi realizada em níveis secundários e terciários de atenção (serviços de pronto atendimento); e os serviços cujos PCT atendem um menor número de doentes apresentaram desempenhos mais favoráveis no que se refere ao vínculo entre o doente e o profissional de saúde. A maioria dos doentes enfrentava dificuldades de ordem econômica e social para o acesso ao diagnóstico e tratamento e necessitavam de incentivos e benefícios. A maior parte dos gerentes desconhecia os recursos aplicados nas ações de TB.</p> <p>A metodologia foi capaz de avaliar o desempenho dos serviços de saúde (PSF e UR-PCT) e comparar a percepção dos diferentes atores que participam do processo de controle da TB nos centros urbanos do estudo. O</p>	<p>Processo: - Reconhecimento e entendimento do problema;</p>

			instrumento apresentou viabilidade de aplicação e potencial de avaliação dos serviços de saúde	
<p><b>7. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil</b></p> <p>Scatena, Lúcia Marina; Villa, Tereza Cristina Scatena; Netto, Antonio Ruffino; Kritski, Afrânio Lineu; Figueiredo, Tânia Maria Ribeiro Monteiro de; Vendramini, Sílvia Helena Figueiredo; Assis, Marluce Maria de Araújo; Motta, Maria Catarina Salvador da.</p> <p><u>Rev. saúde pública = J. public health</u>;43(3):389-397, maio-jun. 2009. ilus, graf, tab</p>	<p>Avaliar as dificuldades de acesso para diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde no Brasil.</p>	<p>Estudo realizado em 2007 com pacientes com tuberculose, atendidos na rede de atenção básica nos municípios de Ribeirão Preto (SP), São José do Rio Preto (SP), Itaboraí (RJ), Campina Grande (PB) e Feira de Santana (BA). Utilizou-se o instrumento "Primary Care Assessment Tool," adaptado para atenção à tuberculose. O diagnóstico de tuberculose nos serviços foi avaliado por meio da análise fatorial de correspondência múltipla.</p>	<p>Para ambas as dimensões as melhores condições de acesso ao diagnóstico foram para o município de Ribeirão Preto, seguido dos municípios de Itaboraí, Feira de Santana, Campina Grande e São José do Rio Preto em condições menos favoráveis.</p> <p>Esses dados mostram que a forma de organização da atenção à TB (PSF ou ambulatório) não foi um fator que ampliou o acesso ao diagnóstico, uma vez que os dois municípios da região Nordeste apresentam alta cobertura de PSF e não apresentaram desempenho satisfatório para o acesso. Da mesma forma, Ribeirão Preto (Sudeste), cuja organização da atenção à TB é em ambulatórios regionalizados, apresentou melhor desempenho que todos os demais.</p> <p>A descentralização das ações de TB para o PSF não apresenta desempenho satisfatório para o acesso ao diagnóstico. A forma de organização da atenção a TB não foi fator determinante para garantia de acesso ao diagnóstico precoce da TB.</p>	<p>Estrutura: - Organização;</p>
<p><b>8. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose.</b></p> <p>Monroe, Aline Aparecida; Gonzales, Roxana Isabel Cardozo; Palha, Pedro Fredemir; Sasaki, Cinthia Midori; Ruffino Netto, Antonio; Vendramini, Sílvia Helena Figueiredo; Villa, Tereza Cristina Scatena.</p> <p><u>Rev. Esc. Enferm. USP</u>;42(2):262-267, jun. 2008.</p>	<p>Objetivou analisar o envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde nas ações de controle da tuberculose, ante a percepção dos coordenadores do Programa de Controle da Tuberculose de nove municípios prioritários do Estado de São Paulo</p>	<p>Abordagem qualitativa com a finalidade de captar a dinâmica e a complexidade da descentralização das ações de controle da TB e a assunção de responsabilidades pelas equipes que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Programas de Saúde da Família (PSF) e Programas de Agentes comunitários de Saúde (PACS). Entrevista com 9 coordenadores de PCT de cidades de SP e junho de 2005 por entrevista semi-estruturada. Análise de conteúdo, modalidade temática.</p>	<p>A debilidade quantitativa e qualitativa de RH e a visão centralizada e fragmentada da organização das ações de controle da TB no sistema de saúde foram as principais barreiras apontadas nos depoimentos, as quais podem comprometer o acesso dos doentes às ações de diagnóstico e tratamento da TB, bem como a qualidade da interação profissional-usuário para o adequado manejo da doença na ABS.</p> <p>Identificou-se que profissionais de UBSs expressavam certa resistência à incorporação do TS e BSR na rotina diária das atividades executadas por esses serviços em decorrência da falta de RH.</p> <p>Outro aspecto que interfere na incorporação do controle da TB na ABS é a qualificação dos profissionais, uma vez que estes passaram a assumir ações e programas de saúde nunca antes implementados. Um dos depoimentos mostra que equipes de AB têm dificuldade em realizar a BSR, pois não estão sensibilizadas e preparadas para detectar os sinais e sintomas da TB.</p> <p>Um elemento que prejudica a manutenção de equipes de saúde qualificadas para lidar</p>	<p>Estrutura: - Pessoal;</p>

			<p>com a TB e que merece atenção dos responsáveis pela formulação de políticas de RH é a rotatividade dos profissionais, relacionada à descontinuidade político-partidária nos sistemas municipais de saúde, trazendo como consequência, a dificuldade para o estabelecimento de vínculo entre a equipe e os doentes.</p> <p>Alguns depoimentos apontaram maior envolvimento das equipes de PSF do que das UBS para a execução das atividades de controle da TB, principalmente o TS-por ser longo e exigir comprometimento!</p> <p>Nesse sentido, apesar da expectativa de que o PSF venha contribuir para o controle da TB, é possível inferir que a transferência de responsabilidades para esses pontos de atenção deve ser realizada de modo cauteloso e, sobretudo, gradual, uma vez que a realização das ações de controle não depende apenas de boa vontade e disposição, mas sim de equipes qualificadas para lidar com a complexidade da doença</p>	
<p><b>9. Secretaria de Políticas de Saúde: relatório de gestão.</b></p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde.</p> <p>Brasília; Ministério da Saúde; dez. 2002. 236 p. ilus, tab, graf. (C. Projetos, Programas e Relatórios).</p>	<p>Objetivo de registrar e tornar acessíveis aos segmentos envolvidos direta ou indiretamente com o seu campo de atuação as ações desenvolvidas e resultados alcançados.</p>	<p>Relatório de Gestão</p>	<p>Enquanto a detecção de casos em 1998 foi de 77%, a de 1999 foi de 74% dos casos estimados. Em 2000, esse percentual sobe para 84%.</p> <p>O Plano Nacional de Mobilização e Intensificação de Ações para o Controle da Tuberculose, que mantém as metas estabelecidas no Plano Estratégico para o período de 2001 a 2005, define uma ação mobilizadora centrada em seis eixos de intervenção. 1º mobilização técnica, política e social (ampliação dos centros nas áreas de pesquisas operacionais e epidemiológicas; capacitação de recursos humanos; instituição do Incentivo Financeiro para o Controle da Tuberculose na Atenção Básica de Saúde; apoio ao esforço dos agentes comunitários e de movimentos da sociedade civil para divulgar a doença e ampliar as ações de controle.) 2º descentralização e reorientação do modelo (Três estratégias foram adotadas para implementar a descentralização e reorientação do serviço: integração de ações de controle da tuberculose em todas as UBS, pactuação com estados e municípios para ampliar a cobertura do PSF, e alcançar 100% de cobertura de agentes comunitários nos 329 municípios prioritários e, nos grandes municípios, cobertura de 100% em áreas e distritos prioritários e a adoção de</p>	<p>Estrutura: - Pessoal;</p> <p>Processo: - Manejo (Individual);</p>

			<p>estratégias específicas para áreas metropolitanas e grandes cidade.</p> <p>A reorganização dos serviços de saúde e coordenações do PNCT nos três níveis do governo tem a finalidade de ampliar a detecção de casos e o acompanhamento do tratamento quimioterápico supervisionado, garantir a retaguarda laboratorial necessária ao diagnóstico, garantir o suprimento e a qualidade dos medicamentos necessários e operar um sistema de informação que permita acompanhar e avaliar o programa. Para ampliar a detecção de casos foram adotados vários procedimentos, tais como: busca e identificação dos sintomáticos respiratórios, com exames de baciloscopia, cultura ou exame com RX nos casos em que as baciloscopias foram negativas e capacitação de recursos humanos das UBS nos municípios prioritários. A implantação do PSF e do Pacs é prioridade nesses 329 municípios prioritários para TB, sendo que, em 295 municípios, estes Programas já estão em funcionamento). 3º Melhoria da Vigilância Epidemiológica e SINAN (padronização e capacitação em todo país para utilização dos softwares e preenchimento do SINAN) 4º ampliação e qualificação da rede de diagnóstico (A meta era examinar, anualmente, com duas baciloscopias 1% da população (100% dos sintomáticos respiratórios), com 3,4 milhões de baciloscopias para diagnóstico e 400 mil para controle de tratamento). 5º assistência farmacêutica e 6º capacitação e desenvolvimento de RH (A capacitação de 4.962 médicos e enfermeiros e de 19.120 auxiliares de enfermagem e agentes comunitários das UBS dos 329 municípios prioritários, com a preparação de 40 instrutores nacionais para treinar 540 multiplicadores estaduais, foi implementada em vários estados).</p>	
PUBMED				
<p><b>1. Low tuberculosis case detection in Gokwe North and South, Zimbabwe in 2006/</b> Baixa detecção de casos de TB no Gokwe norte e sul, Zimbabwe, 2006.</p> <p>Chadambuka A, Mabaera B, Tshimanga M, Shambira G, Gombe NT, Chimusoro A.</p> <p>Afr Health Sci. 2011 Jun;11(2):190-6.</p>	<p>Para determinar as razões da baixa detecção de casos de tuberculose nos Distritos Gokwe, Zimbabwe.</p>	<p>Estudo transversal descritivo. Entrevista com Enfermeiras (de um ambulatório hospitalar e centro de saúde rurais n=38); com usuários (perguntados ao sair dos SS se tinham tosse, de 457 pacientes triado, 42 foram incluídos no estudo por terem tosse a mais de 2 semanas);</p>	<p>ESTRUTURA: Apenas dois enfermeiros (5,3%) haviam recebido cursos de reciclagem em gestão tuberculose. Quanto ao conhecimento: A definição correta de tuberculose foi dada por 35 (92%) enfermeiros; 87% souberam citar 3 ou mais sintomas corretos de TB; cerca de 1/3 dos enf. mencionaram medidas corretas de prevenção; Enfermeiras sabiam os diferentes métodos de diagnóstico. O padrão ouro para diagnóstico de TB foi dito ser escarro por 20/38</p>	<p>Estrutura: - Pessoal;</p> <p>Processo: - Manejo (Individual);</p>

		informantes chaves (3 gestores, 1 coordenador da TB e 1 cientista do laboratório); e verificação de fonte secundária (cartão de registro do paciente)	(53%) enfermeiros. Todas as enfermeiras sabiam que três amostras de escarro foram necessários para o diagnóstico, mas a frequência correta da coleta de escarro era conhecido por 4/38 enfermeiros.  PROCESSO: Todos os enfermeiros a nível clínico (13/38) relataram que <u>encaminham</u> os indivíduos para o próximo nível sob suspeita de tuberculose. As enfermeiras afirmaram: dar educação em saúde sobre a tuberculose (13/38), iniciar rastreamento de contatos (7 / 38), examinar os contatos (3 / 38) e encaminhar os pacientes para aconselhamento e testagem voluntária do HIV (1 / 38) após resultado positivo do escarro e diagnóstico da TB. Nos registros antigos verificou-se que o peso foi medido em 39 de 42 pacientes; os registros de tratamento para episódio de tosse anteriores estavam disponíveis para 21 pacientes, destes foi solicitado baciloscopia a 4 pessoas – todos negativos;  Concluiu-se que a baixa detecção é resultante da falta de solicitação de baciloscopias pelas enfermeiras.	
<p><b>2. Access to tuberculosis diagnosis in Itaboraí City, Rio de Janeiro, Brazil: the patient's point of view.</b> / Acesso ao diagnóstico de Tuberculose em Itaboraí-RJ, Brasil: ponto de vista do paciente.</p> <p>Motta MC, Villa TC, Golub J, Kritski AL, Ruffino-Netto A, Silva DF, Harter RG, Scatena LM.</p> <p>Int J Tuberc Lung Dis. 2009 Sep;13(9):1137-41.</p>	Avaliar o acesso a tuberculose diagnóstico o (TB) para os usuários do Programa Saúde da Família (PSF) e Unidades de Referência Ambulatorial (URAs).	<p>Estudo transversal, aplicação de versão do PCATool, entre julho e outubro de 2007, a 100 doentes em tratamento a menos de 3 meses registrados no PCT.</p> <p>Média da Likert! ANOVA usado para detectar diferenças entre as 2 categorias de SS.</p> <p>Este estudo tem as seguintes limitações: não avaliar algumas variáveis associadas com o baixo acesso a cuidados de saúde, tais como a conhecimento sobre TB baixo renda, estigma, consulta com privados, alcoolismo e abuso de substâncias, o tamanho da amostra e do questionário.</p>	<p>A média da variável "conseguir consulta em menos de 24 h" foi 4,36 (SD 1,43) no PSF e 3,98 (SD 1,75) nas URA (p=0,25, não significativa a diferença)</p> <p>Significativo: usuários das URA perderam um turno de trabalho mais frequentemente quando comparados aos usuários do PSF (média 3,88 - SD 1,70 - PSF e média 2,87 - SD 1,85 - URA com p=0,01). CONTEXTO: Acredita-se que isso seja devido a proximidade da ESF, uma vez que a URA é central e exige deslocamento mais prolongado.</p> <p>O acesso ao diagnóstico foi considerado adequado por 67% dos usuários de PSF e por 35% das URA.</p>	Estrutura: - Organização;
<p><b>3. Practical approach to lung health strategy in Algeria.</b></p> <p>Zidouni N, Baough L, Laid Y, Chaulet P.</p> <p>Int J Tuberc Lung Dis. 2009</p>	realizar um estudo para identificar a viabilidade, antes da ampliação, da prática da Estratégia de Saúde do Pulmão (PALSA).	Estudo transversal, comparando antes e depois das conclusões de um curso de formação para clínicos gerais.	Doenças respiratórias crônicas, principalmente a asma, foram diagnosticados mais frequentemente após o curso de formação (15,9% VS 10,9%). A suspeita de tuberculose que respondia por apenas uma minoria dos pacientes que	Estrutura: - Pessoal;  Processo: - Reconhecimento e entendimento do problema;

Aug;13(8):1029-37.			procuram cuidados de saúde, são mais facilmente identificados pós-treino.	
<p><b>4. Gaps in tuberculosis knowledge among primary health care physicians in Croatia: epidemiological study.</b> / Lacunas no conhecimento de TB sobre cuidados de saúde primários entre médicos na Croácia: estudo epidemiológico.</p> <p>Jurcev Savicević A.</p> <p>Coll Antropol. 2009 Jun;33(2):481-6</p>	<p>O objetivo deste estudo foi investigar o conhecimento TB entre os clínicos gerais (GPs) e pediatras em Split e dálmatas, Croácia, e a necessidade de educação TB.</p>	<p>Inquérito transversal com base em questionário anônimo enviado a todos (qnt?) clínicos gerais e pediatras, concluída por 160 indivíduos (60,8 %). Escore de conhecimento TB foi obtido pelo número de respostas corretas a 14 perguntas selecionadas.</p>	<p>Embora a porcentagem média de respostas corretas não tenha sido baixa (70,3%), várias áreas de interesse foram reveladas. Conhecimento particularmente baixo sobre a respiração normal no exame físico usual do tórax ao detectar TB pulmonar (43,1%); combinação de drogas adequada na fase inicial do tratamento (35%); e a duração do tratamento (61,9%). Necessidade de educação no controle da TB foi relatada em 87,9% dos médicos.</p> <p>A média do escore de conhecimento TB foi 8,18 (DS 1,84). Pontuações de acordo com anos de experiência, número de pacientes com tuberculose tratados e necessidade de educação, não eram diferentes uns dos outros. Maior pontuação atribuída aos pediatras (<math>p=0,025</math>), saber que há política (<math>p=0,002</math>).</p>	<p>Estrutura: -Pessoal;</p>
<p><b>5. Patient and provider delay in tuberculosis suspects from communities with a high HIV prevalence in South Africa: a cross-sectional study.</b></p> <p>Meintjes G, Schoeman H, Morroni C, Wilson D, Maartens G.</p> <p>BMC Infect Dis. 2008 May 25;8:72</p>	<p>Descrever a demora no diagnóstico de TB do doente e do provedor de cuidados em saúde.</p>	<p>Um estudo transversal foi conduzido. Pacientes internados que eram suspeitos de TB foram entrevistados utilizando um questionário estruturado para avaliar a história de seus sintomas e comportamento de busca de saúde. Dados sobre o diagnóstico de TB e desfecho foram obtidas dos prontuários médicos.</p>	<p>Entre esses 125 pacientes, em 97 uma amostra foi enviada para a microscopia de TB. Cultura TB foi realizado em 62 casos. TB foi diagnosticada em 83% (<math>n = 104</math>). Estes 104 entraram na análise.</p> <p>Os doentes tinham uma média de três contatos (IQR = 2-4) com os serviços formais de saúde no momento do encaminhamento para Hospital. 88% (<math>n = 91</math>) visitou uma clínica do setor público e 57% (<math>n = 59</math>) visitou um consultório particular em uma ou mais vezes durante o curso de sua doença.</p> <p>48% (<math>n = 50</math>) relataram ter tido um ou mais radiografias de tórax realizadas antes da admissão.</p> <p>Na análise multivariada foi associado significativamente com atraso do diagnóstico procurar um serviço de saúde que não o consultório particular (<math>p=0,05</math>). 95% dos entrevistados (<math>n = 99</math>) tinha ouvido falar de TB antes de sua doença.</p>	<p>Processo: - Reconhecimento e entendimento do problema; - Manejo (individual e coletivo)</p>
<p><b>6. Obstacles for optimal tuberculosis case detection in primary health centers (PHC) in Sidoarjo district, East Java, Indonesia.</b> / Obstáculos para uma detecção de casos de TB ideal nos centros de APS no distrito de Sidoarjo.</p> <p>Wahyuni CU, Budiono, Rahariyani LD, Sulistyowati M, Rachmawati T, Djuwari, Yuliwati S, van der Werf MJ.</p> <p>BMC Health Serv Res. 2007 Aug 30;7:135.</p>	<p>avaliar o processo de diagnóstico para tuberculose e os serviços de apoio nos centros de atenção primária à saúde (APS) em Sidoarjo distrito para avaliar se os problemas na identificação de suspeitos de pacientes com TB e diagnóstico pode explicar a baixa taxa de detecção de casos.</p>	<p>Foi realizado um estudo descritivo transversal de agosto de 2004 a fevereiro de 2005 em todos os 25 unidades cuidados primários. A população do estudo incluiu a chefe da APS, o trabalhador TB, uma enfermeira geral eo técnico do laboratório de cada um dos 25 PHCs. A análise descritiva foi realizada para os dados quantitativos a partir de entrevistas com a equipe de</p>	<p>a maioria das enfermeiras (96%) em geral não recebem treinamento sobre tuberculose, embora 80% delas mencionaram "tosse mais de três semanas" como um sintoma geral de TB.</p> <p>A causa da TB (infecção <i>Mycobacterium tuberculosis</i>) era conhecido por 40% dos enfermeiros em geral e 92% dos trabalhadores TB (<math>p&lt;0,001</math>).</p> <p>Menos de metade dos enfermeiros gerais (44%) e trabalhadores TB (40%) conheciam os requisitos para o diagnóstico de tuberculose pulmonar de acordo com as diretrizes nacionais (considerar 2 amostras + de BK, + raio-X tórax;</p>	<p>Estrutura: - Pessoal; - Instalações e equipamentos; - Organização;</p>

		<p>saúde. A análise foi estratificada por tipo de PHCs ou seja, com e sem instalações microscópio. Análise estatística pelo teste qui-quadrado e teste exato de Fisher foi realizado para comparar o conhecimento de TB entre enfermeiros e trabalhadores TB. ANOVA foi usado para comparar as características dos diferentes tipos de profissionais de saúde.</p>	<p>ou BK – e raio-X +)  Vinte e quatro (96%) técnicos de laboratório sugeriram métodos pouco ortodoxos para estimular produção de expectoração, tais como beber chá quente, correr, saltar e banhos de sol.  Quanto aos técnicos de laboratório: 55% identificaram corretamente todas as lâminas positivas como positivo, e Cinco (45%) dos 11 técnicos de laboratório identificou corretamente 100% das lâminas negativas como negativo.  Todos os trabalhadores TB informou que os formulários estavam disponíveis, e apenas um enfermeiro geral informou que tinha havido escassez de formas de TB. Escassez de materiais de laboratório foi relatado por um técnico de laboratório. Em 12 (48%) laboratório de materiais PHCs foram ordenados 2 a 4 vezes por ano. Na outros materiais PHCs foram ordenados quando necessário.  Segundo a maioria dos chefes de PHCs (72%) não houve orçamento específico para o controle da TB na APS. O orçamento geral previsto pelo distrito e província foi usado para comprar formas de TB e equipamentos de laboratório. Maioria dos chefes de PHCs (96%) eram da opinião de que havia um número suficiente de funcionários para triagem suspeito. O número de funcionários para o diagnóstico laboratorial foi considerado insuficiente por 8 (32%) deles.  Formação de pessoal ou re-alocação de pessoal era difícil de acordo com os chefes de APS, porque o pessoal já estava sobrecarregado por outros programas e por falta de pessoal.  A frequência das reuniões foi baixa, muitas vezes apenas uma vez por ano. O chefe da APS teve um papel importante nas reuniões, especialmente no fornecimento de soluções para os problemas identificados.</p>	
<p><b>7. Variables associated with diagnostic delay in immigrant groups with tuberculosis in Madrid.</b></p> <p>Sanz B, Blasco T; ATBIM Project.</p> <p>Int J Tuberc Lung Dis. 2007 Jun;11(6):639-46.</p>	<p>Identificar variáveis associadas com atraso de diagnóstico total (TDD), atraso paciente (PD) e atraso dos serviços de saúde (HSD), entre a população imigrante tuberculosa na Comunidade Autónoma de Madrid.</p>	<p>Estudo observacional</p>	<p>Para os 296 casos incluídos, a média do tempo total de retardo foi de 40,5 dias (IQR 16,0-90,0), o tempo do paciente atingiu 15 dias (IQR 6,5-30,0), e o tempo do serviço de saúde foi de 5 dias (IQR 0,0-30,0). o tempo total de retardo está associada com a procura de cuidados de saúde primários (OR 2,87, IC 95% 1,47-5,58). O tempo do doente está associada com a identificação de febre (OR 0,49, IC 95% 0,25-0,92) e não-identificação de tosse (OR 1,87, IC 95% 1,05-3,36) como sintomas, não resultando em procura por cuidados de saúde. O tempo do SS está associada a cuidados de saúde</p>	<p>Processo:  - Reconhecimento e entendimento do problema;  - Manejo (coletivo);</p>

			primários sendo procurado (OR 3,81, IC 95% 1,87-7,78), cobertura de saúde (OR 15,07, IC 95% 1,96-115,68) e baciloscopia negativa no momento do diagnóstico (OR 1,98, 95% CI 1,01-3,91).	
<p><b>8. Effect of educational outreach to nurses on tuberculosis case detection and primary care of respiratory illness: pragmatic cluster randomised controlled trial.</b></p> <p>Fairall LR, Zwarenstein M, Bateman ED, Bachmann M, Lombard C, Majara BP, Joubert G, English RG, Bheekie A, van Rensburg D, Mayers P, Peters AC, Chapman RD.</p> <p>BMJ. 2005 Oct 1;331(7519):750-4.</p>	Implementar e desenvolver um programa de capacitação baseado no PALSa em unidades de atenção primária.	Estudo prospectivo caso-controle com 40 clínicas de cuidados primários com equipe de enfermagem, caso grupo de intervenção (receberam extensão educativa sobre problemas respiratórios), controle (não receberam extensão educativa). Foram disponibilizados entre 2 e 6 sessões educativas, com fornecimento de material ilustrativo.	Embora o teste de escarro para tuberculose foi semelhante entre os grupos (22,6% no grupo de extensão v 19,3% no grupo controle; odds ratio 1,22, intervalo de confiança de 95% 0,83-1,80), a detecção de casos de tuberculose foi maior no grupo de extensão (6,4% v 3,8%; Odds Ratio 1,72, IC 1,04-2,85).	Estrutura: - Pessoal;

## Apêndice B

### SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS-UFPEL  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
GRUPO DE ESTUDOS OPERACIONAIS EM TUBERCULOSE -GEOTB



Pelotas, Março de 2012.

Através deste, eu JENIFER HARTER, pós-graduanda do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, matriculada sob nº 11103011, solicito a autorização para utilizar parte dos dados coletados da pesquisa **“Retardo do diagnóstico da tuberculose: análise das causas em Pelotas/RS”**, sob coordenação da Prof<sup>a</sup> Dra. Roxana Isabel Cardozo Gonzáles, para elaboração da dissertação de mestrado intitulada **“Avaliação da detecção dos casos de tuberculose no contexto da Atenção Primária à Saúde”**. Ressaltasse o compromisso de publicação de resultados em parceria com a coordenadora do projeto.

---

**Enf<sup>a</sup> Mda Jenifer Harter**  
**Programa de Pós Graduação Enfermagem UFPEL**

## **ANEXOS**

## ANEXO I

## I. Profissionais De Saúde

Número do questionário: _____ (Preenchido pelo Supervisor) Município: _____ Responsável pela coleta de dados: _____ Data da coleta de dados: ____/____/____ Digitador: _____ (Não preencher) Data da digitação: ____/____/____ (Não preencher)	1. Nome da Unidade de Saúde que o profissional trabalha: _____  2. Tipo de Unidade no CNES: _____ (Preenchido pelo Supervisor)
Horário de início da entrevista: _____ Horário de término da entrevista: _____ Recusa da entrevista 1- <input type="checkbox"/> S 2- <input type="checkbox"/> N Justifique _____	

## A. INFORMAÇÕES GERAIS.

3. Iniciais do Profissional: _____	4. Sexo	1 <input type="checkbox"/> Feminino 2 <input type="checkbox"/> Masculino
5. Formação Profissional	1 <input type="checkbox"/> Médico 2 <input type="checkbox"/> Enfermeiro 3 <input type="checkbox"/> Técnico/Auxiliar de Enfermagem	5a. Pós-Graduação: 1- Sim 2- Não 3-Em andamento 99- Não se aplica (Se técnico/auxiliar de enfermagem) Área: _____ Ano: _____
6. Tipo de Unidade Básica de Saúde	6.a. Possui Agente Comunitário de Saúde? <input type="checkbox"/> 1-sim <input type="checkbox"/> 2-não 6. b. Quantas equipes de saúde têm na Unidade: _____ 6. c. Possui equipe da Estratégia de Saúde da Família? <input type="checkbox"/> 1-sim <input type="checkbox"/> 2-não	6.d. Quantas? _____
7. Função/cargo que exerce na Unidade de Saúde: _____	7.a. Tipo de vínculo empregatício: _____	
8. Número de anos que trabalha na atenção básica do município: _____ anos		
9. Número de anos que trabalha nesta unidade de saúde: _____ anos		
10. O (a) Sr. (a) julga sua remuneração:	5- <input type="checkbox"/> muito boa 4- <input type="checkbox"/> boa 3- <input type="checkbox"/> regular 2- <input type="checkbox"/> ruim 1- <input type="checkbox"/> muito ruim	
11. Para o (a) Sr.(a) como é trabalhar neste local/ Unidade de saúde?	5- <input type="checkbox"/> muito bom 4- <input type="checkbox"/> bom 3- <input type="checkbox"/> regular 2- <input type="checkbox"/> ruim 1- <input type="checkbox"/> muito ruim	

## B. PORTA DE ENTRADA

12. Em sua opinião, qual o primeiro local que o usuário procura quando apresenta algum problema de saúde?	1- <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento (PA) 2- <input type="checkbox"/> UBS/USF 3- <input type="checkbox"/> Hospital 4- <input type="checkbox"/> farmácia 5- <input type="checkbox"/> Locais religiosos/casa de curandeiros (benzedeiros) 6- <input type="checkbox"/> outros. Especificar: _____
13. Em sua opinião, com que frequência o usuário procura o serviço de saúde mais próximo (posto de saúde ou PSF) de sua casa quando apresenta algum problema de saúde?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0 - <input type="checkbox"/> não sabe
14. Em sua opinião, com que frequência os usuários que são atendidos no serviço de saúde que o(a) Sr.(a) trabalha procuram por terapias alternativas/complementares, como rezas, chás e outras?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0 - <input type="checkbox"/> não sabe
15. Em sua opinião, com que frequência os itens a seguir motivam o usuário a procurar por um serviço de saúde quando começa a sentir-se doente:	
15.a. Incentivo dos familiares/ Amigos	1- <input type="checkbox"/> Nunca 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca 3- <input type="checkbox"/> Às vezes 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
15.b. Gravidade dos sintomas	1- <input type="checkbox"/> Nunca 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca 3- <input type="checkbox"/> Às vezes 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
15.c. Amizade/Confiança com os profissionais de saúde	1- <input type="checkbox"/> Nunca 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca 3- <input type="checkbox"/> Às vezes 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
15.d. Resolutividade do serviço de saúde	1- <input type="checkbox"/> Nunca 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca 3- <input type="checkbox"/> Às vezes 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
15.e. Outros _____ (Se não responder marcar 0-Não Sabe)	1- <input type="checkbox"/> Nunca 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca 3- <input type="checkbox"/> Às vezes 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
16. Como o (a) Sr.(a) considera a qualidade do atendimento prestado aos usuários neste serviço de saúde.	1- <input type="checkbox"/> Muito ruim 2- <input type="checkbox"/> Ruim 3- <input type="checkbox"/> Regular 4- <input type="checkbox"/> Bom 5- <input type="checkbox"/> Muito bom

C. ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE		
17.	Em sua opinião, com que frequência os usuários tem dificuldade para se deslocarem até o serviço de saúde que o (a) Sr.(a) trabalha?	1- <input type="checkbox"/> sempre 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 5- <input type="checkbox"/> nunca 0- <input type="checkbox"/> não sabe
18.	Em sua opinião, com que frequência os usuários deste serviço utilizam transporte motorizado? (ônibus, carro, moto, etc)	1- <input type="checkbox"/> sempre 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 5- <input type="checkbox"/> nunca 0- <input type="checkbox"/> não sabe
19.	Em sua opinião, com que frequência os usuários tem que pagar pelo transporte para se deslocar até o serviço de saúde em que o(a) Sr.(a) trabalha?	1- <input type="checkbox"/> sempre 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 5- <input type="checkbox"/> nunca 0- <input type="checkbox"/> não sabe
20.	Em sua opinião, com que frequência os usuários perdem turno de trabalho e/ ou compromisso para serem atendidos no serviço de saúde em que o(a) Sr.(a) trabalha?	1- <input type="checkbox"/> sempre 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 5- <input type="checkbox"/> nunca 0- <input type="checkbox"/> não sabe
21.	Como considera o horário de funcionamento do serviço de saúde em que o(a) Sr.(a) trabalha para o atendimento do usuário?	1- <input type="checkbox"/> Muito ruim 2- <input type="checkbox"/> Ruim 3- <input type="checkbox"/> Regular 4- <input type="checkbox"/> Bom 5- <input type="checkbox"/> Muito bom
22.	a. Quais os Profissionais disponíveis durante o horário de funcionamento da Unidade?	Citar: _____ _____ _____
	b. Os Profissionais da Unidade em que o Sr (a) trabalha cumprem adequadamente seus turnos de trabalho?	1- <input type="checkbox"/> sempre 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 5- <input type="checkbox"/> nunca 0- <input type="checkbox"/> não sabe
23.	Com que frequência o serviço de saúde que o (a) Sr.(a) trabalha apresenta rotatividade de recursos humanos?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
24.	Em sua opinião, os usuários deste serviço de saúde conhecem os profissionais que atuam aqui?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
25.	Em sua opinião, há disponibilidade suficiente de profissionais no serviço de saúde que o Sr.(a) trabalha para atender os usuários que o procura?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
26.	Quando os usuários procuram por consulta médica neste serviço demoram mais de 60 minutos para serem atendidos?	1- <input type="checkbox"/> sempre 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 5- <input type="checkbox"/> nunca 0- <input type="checkbox"/> não sabe
27.	Como considera o tempo que o (a) Sr.(a) destina para atender cada usuário?	1- <input type="checkbox"/> Muito ruim 2- <input type="checkbox"/> Ruim 3- <input type="checkbox"/> Regular 4- <input type="checkbox"/> Bom 5- <input type="checkbox"/> Muito bom
28.	Quanto tempo dura em média um atendimento realizado pelo Sr(a)?	_____ minutos
29.	Com que frequência, o atendimento que o(a) Sr(a) realiza, é baseado na investigação de sinais e sintomas?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre
30.	Com que frequência durante os atendimentos o (a) Sr(a) conversa com os usuários sobre outros problemas de saúde além da queixa?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre
31.	Quando o usuário chega ao serviço de saúde em que o(a) Sr.(a) trabalha com tosse, febre e perda de peso, qual a conduta adotada pelo(a) Sr.(a)?	_____ _____ _____
D. Acesso ao diagnóstico da TB – Relacionado especificamente ao diagnóstico da TB		
32.	Com que frequência o serviço de saúde em que trabalha recebe usuários com sinais e sintomas de TB?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
33.	Se um usuário apresentar suspeita de TB este serviço tem:	
33.a	Pote para coleta de escarro disponível?	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0- <input type="checkbox"/> não sabe
33.b	Geladeira para acondicionamento de material biológico?	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0- <input type="checkbox"/> não sabe
33.c	Formulário de pedido para baciloscopia de escarro?	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0- <input type="checkbox"/> não sabe
33.d	Sala de RX?	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0- <input type="checkbox"/> não sabe
34.	O (a) Sr.(a) solicita estes exames quando o usuário chega ao serviço de saúde apresentando tosse, febre ou perda de peso:	Raio X de tórax 1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não Baciloscopia 1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não (Se não em ambas pular para 36)
35.	Se o Sr.(a) solicita, qual a sua conduta em relação a realização dos exames:	Raio X de tórax 1- <input type="checkbox"/> Apenas solicita 2- <input type="checkbox"/> Solicita e encaminha para a realização em outro serviço 3- <input type="checkbox"/> Solicita e realiza na unidade 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica  Baciloscopia 1- <input type="checkbox"/> Apenas solicita 2- <input type="checkbox"/> Solicita e encaminha para a realização em outro

		serviço 3- <input type="checkbox"/> Solicita e coleta na unidade 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica
36.	Em sua opinião, o local destinado para coleta de escarro neste serviço é:	1- <input type="checkbox"/> muito ruim 2- <input type="checkbox"/> ruim 3- <input type="checkbox"/> regular 4- <input type="checkbox"/> bom 5- <input type="checkbox"/> muito bom 99- <input type="checkbox"/> não se aplica (caso o serviço de saúde não faça a coleta) 0- <input type="checkbox"/> não sabe  Especificar local: _____
37.	Quando o usuário é encaminhado para outros serviços de saúde, os profissionais de onde o (a) Sr.(a) trabalha fornecem informações escritas (ficha de referência, resultado de exame, carta, etc) para entregar ao serviço referido?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 99- <input type="checkbox"/> não se aplica/ não encaminha
38.	Em relação aos fatores que podem dificultar o diagnóstico da tuberculose: (atentar para o entrevistado não inverter a escala da resposta com a justificativa)	
38.a.	Na sua opinião o próprio doente pode ser responsável por dificultar o diagnóstico da TB?	1- <input type="checkbox"/> Sim 2- <input type="checkbox"/> Não 0- <input type="checkbox"/> Não Sabe
	Por quê? GRAVAR _____ _____	
38.b.	Na sua opinião, os profissionais de saúde podem dificultar o diagnóstico da TB?	1- <input type="checkbox"/> Sim 2- <input type="checkbox"/> Não 0- <input type="checkbox"/> Não Sabe
	Por quê? GRAVAR _____ _____	
38.c.	Na sua opinião, o funcionamento do serviço de saúde, que o senhor trabalha, dificulta o diagnóstico da TB?	1- <input type="checkbox"/> Sim 2- <input type="checkbox"/> Não 0- <input type="checkbox"/> Não Sabe
	Por quê? GRAVAR _____ _____	
38.d.	Na sua opinião, o estigma/preconceito da doença dificulta o diagnóstico da TB?	1- <input type="checkbox"/> Sim 2- <input type="checkbox"/> Não 0- <input type="checkbox"/> Não Sabe
	Por quê? GRAVAR _____ _____	
38.e.	Na sua opinião, a gestão municipal das ações de controle da TB realizada pela secretaria de saúde dificultam o diagnóstico?	1- <input type="checkbox"/> Sim 2- <input type="checkbox"/> Não 0- <input type="checkbox"/> Não Sabe
	Por quê? _____ _____	
39.	Com que frequência as ações a seguir são realizadas pela equipe do serviço de saúde que o(a) Sr.(a) trabalha:	
39.a.	Busca de sintomáticos respiratórios (BSR) (procura de caso suspeito) no serviço de saúde.	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
39.b.	Visitas domiciliares para busca de sintomáticos respiratórios	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
39.c.	Educação em saúde sobre TB desenvolvida em igrejas, associações de bairro e outros equipamentos da comunidade.	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
39.d.	Educação em saúde sobre TB no serviço de saúde em que trabalha durante o ano	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
39.e.	Discussão sobre a problemática da TB no serviço de saúde com a participação de líderes da comunidade	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe

<b>E. Qualificação dos profissionais</b>		
40.	Em sua opinião, os profissionais do serviço de saúde que o(a) Sr.(a) trabalha estão preparados para identificar usuários com suspeita de TB?	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 0- <input type="checkbox"/> não sabe
41.	Em sua opinião, no serviço de saúde que o(a) Sr(a) trabalha, com que frequência observa as seguintes dificuldades:	
41.a.	Falta de conhecimento sobre a TB pelos profissionais de saúde	5- <input type="checkbox"/> nunca 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 1- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
41.b.	Dificuldade dos profissionais de saúde de falar sobre a TB com o paciente	5- <input type="checkbox"/> nunca 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 1- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
41.c.	Convencer o paciente a colher escarro	5- <input type="checkbox"/> nunca 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 1- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe

	41.d	Dificuldade para preencher os impressos (pedido de exame de TB)	5- <input type="checkbox"/> nunca 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 1- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
	41.e	Sobrecarga de trabalho dificultando as ações sobre TB	5- <input type="checkbox"/> nunca 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 1- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
	42.	Com que frequência o(a) Sr.(a) busca informações/atualizações sobre TB?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre Se a resposta for NUNCA não especificar Especificar a fonte de informação (livros, manuais, internet, cursos) _____
<b>Atualizações sobre tuberculose</b>			
	43.	Com que frequência o município disponibiliza atualizações para a TB	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> não sabe
	44.	Quando foi a sua última atualização específica para:	
	44.a	Atualização clínica da TB?	1- <input type="checkbox"/> no último ano 2- <input type="checkbox"/> 1 a 2 anos 3- <input type="checkbox"/> 3 a 4 anos 4- <input type="checkbox"/> 5 anos ou mais 5- <input type="checkbox"/> não fez
	44.b	Atualização em relação aos exames para diagnóstico da TB (Rx, baciloscopia, cultura, etc)?	1- <input type="checkbox"/> no último ano 2- <input type="checkbox"/> 1 a 2 anos 3- <input type="checkbox"/> 3 a 4 anos 4- <input type="checkbox"/> 5 anos ou mais 5- <input type="checkbox"/> não fez
	45.	O(a) Sr.(a) se sente seguro para identificar um usuário suspeito de TB?	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não
<b>SÓ PARA MÉDICOS</b>			
	46.	O (a) Sr.(a) se sente seguro em realizar o diagnóstico da TB?	1- <input type="checkbox"/> sim 2- <input type="checkbox"/> não 3- <input type="checkbox"/> Não se aplica

**Observações do Entrevistador:** Considerar observações quanto a particularidades do entrevistado, como casos atípicos de organização do serviço de saúde. Exemplo: Nesta unidade segundo o entrevistado apenas o Enfermeiro é encarregado pela BSR por acordo entre os profissionais.

**ANEXO II**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS  
PRO-REITORIA ACADÊMICA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UCPel

**RESULTADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas analisou o projeto:

**Número:** 2009/04

**Título do projeto:** *"Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em Pelotas/RS - Brasil"*

**Investigador(a) principal:** Roxana Isabel Cardozo Gonzales

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UCPel, em reunião datada de 18 de junho de 2009, ata nº 05.

A avaliação foi realizada pelos membros do comitê, baseada na análise minuciosa do projeto, apresentada por um dos membros.

Outrossim, informamos que é obrigatório a entrega do relatório de conclusão pela coordenação do referido projeto ao Comitê de Ética – CEP/UCPel, na Secretaria da Pró-Reitoria Acadêmica da Universidade Católica de Pelotas.

Pelotas, 23 de junho de 2009

  
Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro  
Coordenador CEP/UCPel

**ANEXO III****ANEXO III****Carta a Secretária de Saúde****Universidade Federal de Pelotas****Faculdade de Enfermagem****Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose – GEOTB**Coordenadora Roxana Isabel Cardozo Gonzáles (Email: [roxanacardozoandre@yahoo.com](mailto:roxanacardozoandre@yahoo.com))Supervisora/orientanda: Jenifer Harter (Email: [jeniferharter@hotmail.com](mailto:jeniferharter@hotmail.com))Pesquisa: **Diagnóstico da Tuberculose no Contexto da Atenção Básica de Saúde: Avaliação da Estrutura e Processo**

A/C Ilma. Sra Secretária de Saúde de Pelotas

Prezada Senhora Secretária

Por meio deste venho solicitar a autorização para desenvolver o presente projeto junto aos profissionais de saúde atuantes na atenção básica de saúde do município de Pelotas/RS.

A pesquisa objetiva avaliar o diagnóstico da tuberculose nas modalidades de serviços de saúde da atenção básica (Unidade Básica de Saúde Tradicional e Unidade de Saúde da Família) quanto a estrutura e processo na perspectiva dos profissionais de saúde.

Serão respeitados os compromissos éticos de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradeço, colocando-me ao seu inteiro dispor para outros esclarecimentos.

Pelotas, 12 de março de 2012.

Atenciosamente

**Roxana Isabel Cardozo Gonzáles**

Ciente. De acordo.

Data: 12/03/2012.

Assinatura e carimbo:



**Arita Bergmann**  
Secretária Municipal  
de Saúde

## ANEXO IV

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Prezado (a) senhor (a),**

Gostaria de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em Pelotas/RS”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. E tem como objetivo avaliar a causas de retardo do diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde.

Sua participação consistirá em responder a um questionário, que dura em média 40 minutos, e as informações fornecidas contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde na atenção a Tuberculose.

Eu, \_\_\_\_\_, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está me assegurado o segredo das informações por mim reveladas;

A segurança de que não serei identificado, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas;

A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa,

A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada por mim a todo o momento.

Uma cópia desta declaração deve ficar com o (a) Sr.(a).

Pelotas/RS, \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2012.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

Telefone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Entrevistador

Certos de estar contribuindo com o conhecimento em Tuberculose para a melhoria da saúde da população contamos com a sua preciosa colaboração.

Atenciosamente

Profª Drª Roxana Isabel Cardozo Gonzales

.....  
**CONTATO:** Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.  
Rua Gomes Carneiro, nº 1, 1º andar. Fone: 53. 3921.2315  
Email: roxanacardoando@yahoo.com

**ANEXO V****AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS-UFPEL  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
GRUPO DE ESTUDOS OPERACIONAIS EM TUBERCULOSE -GEOTB**



Pelotas, 5 de setembro de 2012.

Autorizo JENIFER HARTER, pós-graduanda do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, matriculada sob nº 11103011, a utilizar parte dos dados coletados da pesquisa **“Retardo do diagnóstico da tuberculose: análise das causas em Pelotas/RS”**, sob a coordenação da Profª Dra. Roxana Isabel Cardozo Gonzáles, para elaboração da dissertação de mestrado intitulada “Avaliação da Detecção de casos de tuberculose no contexto da Atenção Primária à Saúde”.



**Profª. Dra. Roxana Isabel Cardozo Gonzales  
Programa de Pós Graduação Enfermagem UFPEL**

## ANEXO VI

**Carta a Secretária de Saúde**

**Universidade Federal de Pelotas**

**Faculdade de Enfermagem**

**Coordenadora Profª Dra. Enfª Roxana Isabel Cardozo Gonzales**

**Supervisora/Orientanda: Jenifer Harter**

Email: [jeniferharter@hotmail.com](mailto:jeniferharter@hotmail.com) Fone: (53) 9142-8681

**Pesquisa: Diagnóstico Da Tuberculose No Contexto Da Atenção Básica  
De Saúde: Avaliação Da Estrutura E Processo**

A/C Ilma. Sra. Secretária de Saúde.

Prezada senhora

Eu, Jenifer Harter, Mestranda do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas e supervisora da pesquisa supracitada, venho através deste, solicitar autorização para desenvolver o projeto piloto junto aos profissionais da atenção básica de saúde do município de Bagé/RS.

A pesquisa tem como objetivo realizar o projeto piloto da proposta e obter informações sobre a rede de atenção básica de Bagé na atenção a tuberculose a fim de contribuir para o controle da doença neste município.

Terei o compromisso ético de resguardar todos os colaboradores envolvidos na pesquisa, assim como instituição, de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradeço , colocando-me ao seu inteiro dispor para outros esclarecimentos.

Atenciosamente

Jenifer Harter

Ciente. De acordo.

Data: 23/01/2012

Assinatura: \_\_\_\_\_

*Luiza Valéria S. Rodrigues*  
SECRETÁRIA MUNIC. SAÚDE  
MAT. 4059