

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



DISSERTAÇÃO

**DO REGISTRO DAS AÇÕES EM TUBERCULOSE À PRODUÇÃO DE
INFORMAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
PELOTAS/RS**

LUIZE BARBOSA ANTUNES

Pelotas, 2016

LUIZE BARBOSA ANTUNES

**DO REGISTRO DAS AÇÕES EM TUBERCULOSE À PRODUÇÃO DE
INFORMAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
PELOTAS/RS**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-graduação da Faculdade de
Enfermagem da Universidade Federal de
Pelotas, como requisito à obtenção do título
de Mestre em Ciências.

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

Pelotas, 2016

Folha de Aprovação

Autor: Luize Barbosa Antunes

Título: Do registro das ações em tuberculose à produção de informação na atenção primária à saúde no município de Pelotas/RS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito à obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em _____

Banca examinadora

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

Profª Drª Lia Gonçalves Possuelo
(Titular)
Universidade de Santa Cruz do Sul

Profº Drº Bruno Pereira Nunes
(Titular)
Universidade Federal de Pelotas

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

Profº Drº Christian Loret de Mola Zanatti
(Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Pelotas, 2016

Aos meus pais...

Agradecimentos

Primeiramente a Deus pela concretização desta etapa em minha formação;

Aos meus pais, Carmen e Rogério, pela minha vida e por me darem todo o apoio necessário em minha jornada, por dividirem comigo cada momento de tensão, sendo sempre meus melhores e mais fieis torcedores, sem vocês nenhuma realização seria possível;

Aos meus irmãos, Aline, Lidia e Lauren, pelos diálogos e apoio nesse processo, mas principalmente pelos momentos de alegria que me propiciaram que permitiram que jamais esquecesse as motivações da minha caminhada;

Em especial ao meu irmão Henry por dividir todas as angustias e tarefas da finalização desse estudo, pelas horas de dedicação para que essa realização se tornasse possível e pelo apoio ofertado;

Aos meus familiares, que de muitas maneiras estiveram ao meu lado;

Aos meus amigos, em especial minha amiga Jéssica Cassana, pela participação ativa no processo de conclusão do estudo, por sempre oferecer conforto diante as dificuldades enfrentadas;

Ao meu noivo e companheiro, Lucas, por sempre compreender os episódios de ausência e oscilações de humor, e me estimular a prosseguir, por oferecer escuta amigável diante das turbulências, pelo conforto e companhia em todos os momentos desse processo, e finalmente por colorir a minha existência e tornar a caminhada mais branda.

Aos meus amigos do Grupo de Estudos de Avaliação em Tuberculose, por estarem presentes em todas as etapas deste estudo permitindo que o mesmo fosse realizado, e por todas as contribuições na minha formação profissional e pessoal;

À minha amiga Jenifer, por compartilhar comigo a sua sabedoria, por todos os momentos inconvenientes em que te importunei em busca de esclarecimentos e mesmo conselhos, e por jamais estar ausente como mestre e amiga, mesmo com as distâncias físicas impostas;

À minha orientadora Roxana, pelos ensinamentos e cooperação durante todo o processo de desenvolvimento deste estudo, e por sempre estar disposta a contribuir com meu crescimento individual e profissional, por me orientar durante toda minha caminhada na pesquisa, pela preocupação com minha formação, pelos conselhos de amiga e por sempre desejar o melhor para minha vida;

Aos profissionais que participaram deste estudo, por contribuírem tanto no desenvolvimento da pesquisa, como para a melhoria das ações de controle da tuberculose no município;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela oportunidade da bolsa de estudo, que me permitiu a dedicação exclusiva à minha formação e ao desenvolvimento desse estudo;

À toda a sociedade civil, em especial às pessoas vivendo em condições de vulnerabilidade social e econômica, por serem elas a principal motivação para o desenvolvimento desse estudo!

Resumo

ANTUNES, Luize Barbosa. **Do registro das ações em tuberculose à produção de informação na atenção primária à saúde no município de Pelotas/RS**. 2016. 74f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Introdução: As informações produzidas pelos sistemas de informações em saúde são ferramentas essenciais para o planejamento de ações de controle da tuberculose nos territórios. Desse modo, objetivou-se descrever os componentes necessários à produção de informações relacionadas à detecção de casos da tuberculose (acessibilidade aos registros, responsabilidade pelo preenchimento, organização do preenchimento, fluxo dos registros, controle da qualidade dos dados nos registros, e a educação permanente).

Método: Estudo descritivo exploratório realizado no município de Pelotas/RS. Os dados foram coletados por meio de formulário estruturado autoaplicado a profissionais de saúde atuantes em unidades básicas de saúde. O instrumento de coleta de dados continha variáveis relacionadas aos componentes da produção de informação em tuberculose (disponibilidade, organização do preenchimento, fluxo e uso dos registros; educação permanente). Os dados foram analisados no software Statistic da Statsoft®. Realizou-se análise exploratória dos dados por meio de distribuição de frequências relativas e absolutas.

Resultados: Em relação à disponibilidade de registros, a maior parte dos participantes referiu possuir Livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios (LSR) de tuberculose no serviço (50%), disponibilidade de acesso a esse instrumento de registro por todos os profissionais (66%), e seu local de armazenamento predominantemente foi sala de uso comum (38%). Quanto ao elemento organização do preenchimento, a maioria dos respondentes afirmou que o preenchimento dos dados no LSR não é realizado por todos os profissionais da unidade (64%), não existir profissional responsável pelo preenchimento (76%), o registro das informações no LSR é realizado pelo mesmo profissional que solicita a baciloscopia de escarro (57%), o preenchimento no LSR ocorre imediatamente após a solicitação da baciloscopia (47%), o preenchimento do resultado da baciloscopia no LSR ocorre imediatamente após o seu recebimento na unidade (43%), e por fim, a maioria relatou não deixar de adicionar dados no LSR por falta de tempo. No elemento fluxo dos registros, 57% dos participantes relatou não saber a frequência de envio dos relatórios de tuberculose à coordenação, e 55% referiu não saber a frequência do retorno dos relatórios. Quanto ao uso dos registros em tuberculose, 58% dos profissionais afirmou ocorrer a verificação e análise dos dados na unidade. Em relação à educação permanente, 63% dos profissionais referiu não haver promoção de capacitações sobre a análise dos dados na atenção básica pela Secretaria Municipal de Saúde.

Conclusões: O estudo mostrou dificuldades em todos os componentes de produção das informações de detecção de casos. É premente a sensibilização para o comprometimento das ações de detecção de casos de tuberculose no município.

Abstract

ANTUNES, Luize Barbosa. From the register of tuberculosis actions to the production of information in primary health care in the municipality of Pelotas/RS. 2016. 74pg. Dissertation (Masters of Science) – Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Pelotas, Pelotas.

Introduction: The information produced by the health information systems are essential tools for planning tuberculosis control actions in the territories. In this way, the objective was to describe the elements necessary for the production of information related to the detection of cases of tuberculosis (accessibility to records, responsibility for filling out, organization of filling, flow of records, control of data quality in records, and continuing education).

Method: Exploratory descriptive study carried out in the city of Pelotas / RS. Data were collected through a self-administered structured form for health professionals working in basic health units. The data collection instrument contained variables related to the elements of information production in tuberculosis (availability, organization of completion, flow and use of records, permanent education). Data were analyzed in Statsoft® Statisc software. An exploratory analysis of the data was made by means of distribution of relative and absolute frequencies.

Results: Regarding the availability of records, most of the participants reported having a Record Book of Tuberculosis in the service (50%), availability of access to this instrument by all professionals (66%), and its storage site was predominantly common use room (38%). As for the organizational element of completion, the majority of respondents stated that the filling of the data in the Record Book of Tuberculosis is not performed by all the professionals of the unit (64%), there is no professional responsible for completing (76%), Is performed by the same professional who requests sputum smear microscopy (57%), filling in the Record Book of Tuberculosis occurs immediately after the request for smear microscopy (47%), filling the smear result in the Record Book of Tuberculosis occurs immediately after receiving it in the unit (43 %), And lastly, most reported not forgetting to add data in the Record Book of Tuberculosis due to lack of time. In the flow records element, 57% of the participants reported not knowing the frequency of sending the tuberculosis reports to the coordination, and 55% reported not knowing the frequency of reporting returns. Regarding the use of registries in tuberculosis, 58% of the professionals said that the verification and analysis of the data in the unit occurred. Regarding lifelong education, 63% of the professionals mentioned that there is no promotion of training on data analysis in primary care by the Municipal Health Department.

Conclusions: The study showed difficulties in all elements of the production of case detection information. It is urgent to raise awareness of the commitment of actions to detect cases of tuberculosis in the municipality.

Sumário

I Projeto de Pesquisa.....	10
II Relatório de Campo.....	46
III Artigo Científico.....	52
ANEXOS.....	69

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 31 de março do ano de 2016. 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 parte dos objetivos desta dissertação.

I PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



PROJETO DE DISSERTAÇÃO

**DO REGISTRO DAS AÇÕES EM TUBERCULOSE À PRODUÇÃO DE
INFORMAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
PELOTAS/RS**

LUIZE BARBOSA ANTUNES

Pelotas, 2016

LUIZE BARBOSA ANTUNES

**DO REGISTRO DAS AÇÕES EM TUBERCULOSE À PRODUÇÃO DE
INFORMAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
PELOTAS/RS**

Projeto de dissertação apresentado ao
Programa de Pós-graduação da Faculdade
de Enfermagem da Universidade Federal de
Pelotas, como requisito parcial à obtenção
do título de Mestre em Ciências.

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

Pelotas, 2016

Banca de Exame de Qualificação

Profª Drª Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Profº Drº Bruno Pereira Nunes

Profª Drª Rejane Sobrino Pinheiro

Profº Drº Christian Loret de Mola Zanatti

Profª Drª Vanda Maria da Rosa Jardim

Lista de figuras

Figura 1: Percurso metodológico da revisão de literatura.....	10
--	----

Lista de quadros

Quadro 1: Quadro de variáveis.....	21
Quadro 2: Orçamento da pesquisa.....	23
Quadro 3: Cronograma da pesquisa.....	24

Sumário

1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	17
2 REVISÃO DA LITERATURA	20
3 OBJETIVOS	27
3.1 Objetivo geral	27
3.2 Objetivos específicos	27
4 BASES TEÓRICAS CONCEITUAIS	28
5 METODOLOGIA.....	30
5.1 Delineamento	30
5.2 Cenário	30
5.3 Coleta de dados	31
5.4 Variáveis.....	32
5.5 Análise dos dados	33
5.6 Aspectos éticos	33
6 ORÇAMENTO	35
7 CRONOGRAMA.....	36
REFERÊNCIAS	37
ANEXOS	41

1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

A avaliação em saúde por meio do monitoramento das ações, intervenções e necessidades de saúde dos municípios, estados ou regiões é fundamental para o aprimoramento dos serviços, sendo indispensável para o planejamento e a gestão do sistema de saúde (OLIVEIRA; et al, 2010). Dessa forma, a informação em saúde torna-se um instrumento decisivo na melhoria da assistência às pessoas, fundamentada no seu consumo cotidiano para a tomada de decisão apropriada.

Requerem um esforço no sentido de sua utilização nos processos de gestão (D'SOUZA; SEQUEIRA, 2011). Permitem o embasamento das decisões na alocação de recursos e da contextualização e descrição da situação de saúde de determinada região. Portanto, é essencial assegurar a qualidade da informação em todos os níveis da sua produção, partindo-se dos registros, eficiência na alimentação, armazenamento e disponibilização das informações por meio de sistemas informatizados (MARIN, 2010).

Nesse contexto, os Sistemas de Informação em Saúde potencializam a efetividades das ações, redução dos custos e uniformidade das informações. No entanto, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2007) evidenciou como dificuldades na utilização dos Sistemas de Informação em Saúde o controle de qualidade dos dados, ineficaz ou inexistente, e ainda problemas com equipamentos. Atribuindo-os à baixa qualificação dos operadores dos Sistemas e falta de padronização das informações enquanto processos e fluxos (instrumentos, formulários, digitação, entre outros).

Atualmente, no contexto do controle da tuberculose, novos esforços têm sido desenvolvidos pelos órgãos de gestão. Cita-se a Estratégia Fim da Tuberculose adotada pela Organização Mundial da Saúde em maio de 2014, que visa reduzir número de mortes por tuberculose em 95% e da taxa de incidência em 90% entre os anos de 2015 a 2035 (WHO, 2016). Nesse cenário, torna-se imprescindível, para o alcance desses objetivos, a democratização e a descentralização do acesso das

informações em tuberculose para os níveis locais em saúde, a fim de fornecer informações acerca da dimensão da doença nas populações e subsídios para o planejamento de ações de controle da doença.

No âmbito da atenção a tuberculose o Sistema de Informação para o monitoramento da doença é o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). Este sistema é utilizado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose de forma centralizada, visto que este não possibilita o acesso por território das unidades de saúde, e sim por municípios ou regiões. Para que o SINAN seja utilizado por território de unidade é necessário ser articulado outro sistema de informação que situe e monitore os casos do serviço, gerando uma demanda de habilidade dos profissionais com os Sistemas de Informação em Saúde e tempo para processamento dos dados em informações (SOUZA, 2005).

O acesso às informações dos Sistemas de Informação pelos serviços de atenção primária permite identificar áreas endêmicas da tuberculose em seu território e agir programaticamente nessas zonas a fim de identificar precocemente os casos positivos (detecção de casos), interrompendo o contágio de outros indivíduos, constituindo-se uma estratégia fundamental para o controle da doença (BRASIL, 2011).

Nas unidades de atenção primária utilizam-se os registros manuais que consistem nos livros de registro de sintomático respiratório (casos suspeitos de tuberculose avaliados) e livro de acompanhamento dos casos em tratamento, além dos registros em prontuários (BRASIL, 2012), ou outros informais criados pelos profissionais de saúde para organização dos dados. Apesar de existirem instrumentos de registros manuais nas unidades de saúde, enfrentam-se dificuldades referentes à existência e preenchimento dos mesmos, os quais comprometem os processos, fluxos e utilização das informações.

Em Pelotas-RS, o estudo realizado por Beduhn et al (2013) identificou a falta ou ausência de preenchimento do livro de sintomáticos respiratórios de tuberculose em três das onze unidades de atenção primária avaliadas. Nas demais unidades 43,8% de 477 baciloskopias solicitadas, apresentaram ausência dos dados referentes às datas das mesmas.

No estudo realizado em Ribeirão Preto-SP e Natal-RN, municípios prioritários para o controle da tuberculose, observou a ausência de registro no livro de sintomáticos respiratórios em 46,6% da amostra, no primeiro local citado, enquanto

no segundo, apenas uma unidade de atenção primária das 38 estudadas não possuía o livro. Foi identificada como limitação do uso das informações a precariedade no preenchimento dos registros (SCATOLIN, 2014).

Um estudo realizado em seis municípios prioritários para o controle da tuberculose no estado da Paraíba mostra que a avaliação mensal das informações geradas pelos sistemas de informação em tuberculose é pouco instituída nos serviços de atenção primária. Dificultando o diagnóstico epidemiológico da doença em nível local (NOGUEIRA et al, 2009).

Gestores identificam como dificuldades na utilização dos sistemas de informação em tuberculose a incompletude no preenchimento das fichas de notificação da patologia; a precariedade na infraestrutura de informática; capacitação insuficiente de recursos humanos; falta de articulação profissional entre diferentes setores; deficiência no fluxo da informação entre serviços de saúde/municípios (NOGUEIRA et al, 2009). Melo; Laurenti; Gotlieb (2007) entendem a condição da não alimentação dos sistemas ao corte do repasse financeiro; não descentralização da alimentação dos sistemas de informação em saúde; falta de integração dos sistemas de informação e baixa autonomia como fatores que dificultam na utilização da informação.

Deficiências referentes ao registro dos dados, transferência, produção e uso das informações no nível local e central permanecem como desafios para os gestores em decorrência da incompletude e não uso das informações. É indispensável para a produção de informações em tuberculose o adequado preenchimento dos dados nos serviços que assistem os indivíduos com sintomas, diagnóstico ou em tratamento de tuberculose.

Nesse contexto, a avaliação dos registros dos dados, produção e uso da informação pelos serviços de atenção primária à saúde é imprescindível para o desenvolvimento de um bom monitoramento da doença e acompanhamento dos doentes em nível local e central, uma vez que o planejamento de ações e intervenções para o controle das doenças requerem informações consistentes.

Neste sentido o presente estudo pretende investigar os componentes constitutivos da produção das informações pelos serviços de atenção primária à saúde em relação à detecção de casos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A presente revisão de literatura objetivou rastrear estudos sobre o registro das ações e os indicadores de detecção de casos de tuberculose no intuito de expandir os achados para a seguinte questão norteadora: *Qual é a produção de conhecimento em relação ao registro das ações de controle da tuberculose nos últimos dez anos?*

A busca ocorreu no período de outubro de 2015 a janeiro de 2016 e captou estudos publicados em periódicos nacionais e internacionais. As bases de dados consultadas para a captação dos estudos foram PubMed (Publisher Medline), LiLACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online).

Os descritores utilizados para a revisão nas bases citadas foram: Information Systems; Health Information Systems; Tuberculosis. Para a busca no PubMed os termos citados foram consultados no banco de descritores MeSH (Medical Subject Headings), enquanto que para a busca nas bases LiLACS e SciELO consultou-se o DeCs (Descritores em Ciências da Saúde). Ainda, utilizou-se o termo “Information” em todas as bases de dados, apenas na PubMed é considerado um termo não controlado. Aplicou-se como filtro apenas publicações dos últimos dez anos, sem restrição de idioma de apresentação do artigo.

Adotou-se como critérios de inclusão: artigos de revisão de literatura ou originais de abordagem quantitativa e qualitativa. Excluiu-se estudos que se tratavam de editoriais, reflexão, estudos de caso, relatos de experiência ou não se adequavam à temática da revisão. Todos os artigos captados foram avaliados inicialmente pelos seus títulos e resumos. Desse modo, selecionou-se os estudos que atenderam aos critérios de inclusão, por apresentarem elementos suficientes no resumo. Aqueles manuscritos que não atenderam a totalidade dos critérios foram lidos na íntegra para posterior exclusão definitiva se não se adequavam à temática de interesse.

Dessa maneira um total de 582 artigos foram captados pelas consultas às bases de dados, sendo 344 na PubMed, 27 na LiLACS e 211 na SciELO. Destes 538 foram descartados por se tratar de artigos editoriais, reflexão, estudos de caso, relatos de experiência ou não se adequavam-se à temática da revisão, 4 estudos foram descartados por se tratarem de dissertações e teses, e ainda 8 foram excluídos por apresentar duplicação nas bases de dados. Contudo, restaram 3 artigos para serem lidos na íntegra. Destes, 20 não se adequaram à temática em estudo, sendo considerados 12 artigos na revisão de literatura.

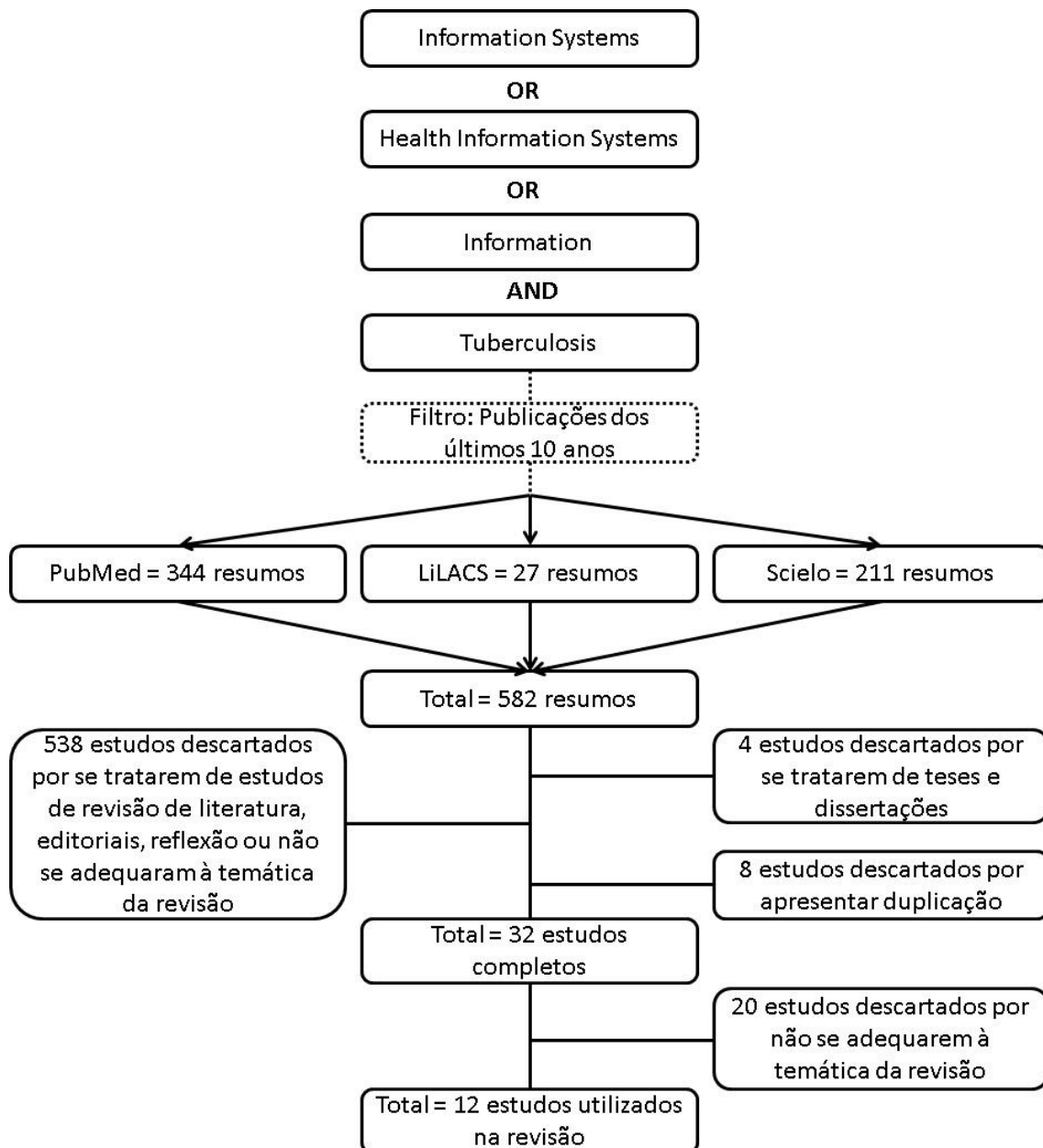


Figura 1. Percurso metodológico da revisão de literatura

Para coleta das principais características dos estudos selecionados utilizou-se o instrumento em forma de quadro contendo as informações: autor, ano, local, fontes de informação, metodologia e principais resultados (Apêndice 1).

Quanto ao local de realização dos estudos captados nessa revisão de literatura um foi realizado em Taiwan, um na Espanha e 10 no Brasil. O ano de maior concentração de publicações rastreadas foi 2012 com quatro, seguido de 2010 e 2011 com duas cada, os demais estudos foram publicados unicamente nos anos de 2007, 2008, 2009 e 2013. A maior parte dos estudos foram publicados no idioma português, os demais, apresentaram-se em inglês (01) e espanhol (01).

Os estudos rastreados para a presente revisão de literatura possuíam em sua maioria (10) delineamento quantitativo, outros dois apresentaram delineamento qualitativo. Dentre os estudos de delineamento quantitativo quase a totalidade (09) utilizou fontes de informação secundárias, restando apenas um estudo que extraiu os dados de fontes primárias e secundárias, os qualitativos obtiveram seus dados por fontes primárias.

Os sistemas de informação em saúde são ferramentas que democratizam e descentralizam as informações acerca de determinados agravos de saúde e fornecem subsídios para a reorientação das práticas e para a tomada de decisão no território, o que os torna essenciais aos sistemas de saúde (OLIVEIRA et al, 2010).

No âmbito da atenção à tuberculose os sistemas de informação são fundamentais para alicerçar as ações de assistência, vigilância e prevenção, por meio do acesso precoce ao diagnóstico e tratamento oportuno. Existem diferentes sistemas de informação em tuberculose incluindo sistemas específicos da Atenção Primária a Saúde e Vigilância Epidemiológica na Espanha, e ainda sistemas relacionados ao banco de dados de Seguro Nacional de Saúde em Taiwan (DURAN; et al, 2011; HSIU-YUN; et al, 2011).

No Brasil a tuberculose é uma doença de notificação compulsória desde 1975, e os dados relativos a este agravo devem ser alimentados ao Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) que consiste em um sistema de informação que possui banco de dados único com abrangência nacional que permite acesso de dados respectivos de cada município, porém não oferece descentralização das informações quanto às regiões de saúde ou territórios das unidades básicas de saúde (BRASIL, 1975; BRASIL, 2011).

Desse modo, o SINAN é alimentado de forma centralizada, embora os diagnósticos e notificações da tuberculose sejam de competência de todos os serviços de saúde em todos os níveis de atenção, prioritariamente nas unidades de atenção primária. No entanto, esses profissionais não tem acesso por esse sistema aos seus territórios de abrangência e ainda não é possível identificar áreas endêmicas nesses locais.

Contudo, destaca-se que a notificação oportuna da tuberculose é fundamental. Porém, diversos estudos tem mostrado deficiências nas notificações de casos de tuberculose nos diferentes sistemas de informação (BIERRENBACH; et al 2007; MOREIRA; MACIEL, 2008; NOGUEIRA; et al, 2009; MALHÃO; et al; 2010; DURAN; et al; 2011; HSIU-YUN; et al, 2011; MEDEIROS; et al, 2012; PINHEIRO; ANDRADE; OLIVEIRA, 2012; CAVALCANTI, et al, 2012; ARAÚJO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2013).

A subnotificação dos casos de tuberculose tem se apresentado como um problema em diferentes locais, mesmo com a obrigatoriedade legal desta ação por parte dos sistemas de saúde de diferentes países, como na Espanha, Brasil e Taiwan (BRASIL, 1975; HSIU-YUN; et al, 2011; DURAN; et al, 2011). Em um estudo realizado nas ilhas Baleares na Espanha diversos fatores foram associados à subnotificação dos casos de tuberculose como casos de tuberculose extrapulmonar, uso de drogas paraenterais, pessoas em situação de vulnerabilidade social (usuários de drogas ilícitas e moradores de rua), e pessoas que tiveram o primeiro atendimento em serviços de atenção primária (DURAN; et al, 2011). Em Taiwan os fatores que se associaram a subnotificação da tuberculose no sistema de informação foram: pessoas jovens, recidivas, estrangeiros, e pessoas que buscaram uma ou duas vezes os serviços de saúde (HSIU-YUN; et al, 2011).

No Brasil a subnotificação esteve associada à recebimento do primeiro atendimento em unidades de urgência e emergência e unidades de referência para o atendimento de tuberculose, encerramento com cura e bacilíferos. O que mostra o abandono primário de casos bacilíferos com diagnóstico laboratorial não inclusos nos sistemas de informação em saúde (PINHEIRO; ANDRADE, OLIVEIRA, 2012).

Deficiências nos registros de casos de tuberculose nos sistemas de informação têm sido apontadas em diversos estudos (FILHA; et al, 2012; MEDEIROS; et al, 2012; MALHÃO; et al, 2010; MOREIRA; MACIEL, 2008; ARAÚJO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2013). O estudo realizado em municípios do estado de Espírito

Santo mostrou que diversas variáveis contidas na ficha de notificação compulsória de tuberculose não foram preenchidas na totalidade dos indivíduos notificados pelo estado sendo elas: raça/cor, escolaridade, tratamento supervisionado, cultura de escarro, HIV. Destaca-se que os municípios prioritários para o controle da tuberculose no estado tiveram piores resultados no que se refere a completude dos dados presentes nas fichas de notificação da doença quando comparado aos municípios não prioritários no estado (MOREIRA; MACIEL, 2008). Os resultados mostraram necessidade de maior investimento da gestão no preenchimento adequado das informações contidas nesse instrumento de notificação, que se constitui como ferramenta para o gerenciamento e planejamento das ações de controle da tuberculose nos municípios, especialmente aqueles que apresentam alta incidência.

Nesse contexto, o estudo de coorte realizado no município de Rio de Janeiro que buscou prontuários em unidades de atenção primária de pacientes diagnosticados com tuberculose pulmonar identificou ausência de informações relevantes ao manejo, evolução, tratamento e planejamento das ações de controle da tuberculose nos territórios das unidades de atenção primária. Dentre os prontuários analisados apenas 29% e 22% apresentaram dados referentes a escolaridade e ocupação, respectivamente, em mais de 80% não se obteve informações quanto a presença de comorbidades, em menos da metade dos prontuários foram encontrados registros de resultados de sorologia para HIV (FILHA; et al, 2012).

O estudo de realizado com 181 municípios prioritários para o controle da tuberculose no Brasil teve buscou avaliar a completitude das informações nas notificações de casos de tuberculose no SINAN e constatou que os municípios da região Sul apresentaram os melhores resultados quando comparados demais municípios estudados no que se refere a completitude dos dados notificados, enquanto que os municípios de Fortaleza e Rio de Janeiro se destacaram pelos piores resultados analisados. Dentre as informações com piores percentuais de preenchimento estão: raça, escolaridade e agravos associados, corroborando com a literatura apresentada (MALHÃO; et al, 2010).

Do mesmo modo o estudo realizado no município de Mossoró constatou ausência de informações nos instrumentos de notificação de tuberculose no SINAN.

Observou-se registros ausentes ou rasura em pelo menos um dos campos do instrumento em cada caso investigado (ARAÚJO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2013).

A integralidade e a oportunidade da notificação da tuberculose foram apontadas como fragilidades em um estudo realizado em Taiwan que teve por objetivo avaliar esses aspectos em casos de tuberculose diagnosticados pelos sistemas de saúde do país, para isso os pesquisadores utilizaram como base de dados o banco de reembolso do seguro nacional de saúde que possui cobertura de 99% da população de Taiwan, onde é obrigatório por lei a notificação em um prazo de 7 dias de todos os casos de tuberculose diagnosticados em qualquer serviço de saúde nacional (público ou privado). Quanto à integralidade das notificações analisadas, dentre os casos novos 2,4% não foram notificados, enquanto que a subnotificação nos casos de retratamento foi de 18,2%. Quanto à oportunidade da notificação dos casos de tuberculose 18,2% das notificações investigadas ocorreram fora do prazo preconizado, consideradas tardias, dentre estas, 14,5% ocorreram em 8 a 30 dias, 2,9% em 31 a 90 dias e ainda 0,7% somente foi notificada após 90 dias do diagnóstico. Os casos de retratamento obtiveram os piores percentuais de oportunidade de notificação quando comparados aos casos novos notificados (HSIU-YUN; et al, 2011).

Nesse sentido, a repetição de registros de notificações também representa uma fragilidade dos sistemas de informação em tuberculose no Brasil, visto que interfere diretamente no cálculo de incidência da doença. O estudo de Bierrenbach et al (2007) que objetivou avaliar o impacto da exclusão de registros indevidamente repetidos na incidência da tuberculose no SINAN verificou que apenas 73,7% das notificações constituíam-se em registros únicos. Dentre os registros repetidos 47,3% foram classificados como transferência entre unidades de saúde, 23,6% reingressos, 16,4% duplicidades verdadeiras, 10% recidivas, 2,5% inconclusivos e 0,2% possuíam dados incompletos. Quanto a taxa de incidência, após a exclusão dos registros repetidos ocorreu a redução da taxa de incidência por 100.000 habitantes em todos os anos analisados no estudo, a redução mais significativa ocorreu no ano de 2003 (9,2%) em que a taxa de incidência decaiu de 46,9/100.000 hab. para 42,6/100.000 hab.

Nessa perspectiva, outros estudos apontam dificuldades ocasionadas por deficiências no preenchimento das fichas de notificação da tuberculose, ausência de informações nas fichas que podem ocasionar a subnotificação de dados, falta de

capacitação profissional para o melhor entendimento e uso das informações disponibilizadas pelos sistemas de informação, percepção do preenchimento das fichas como atividades burocráticas e não ferramentas relevantes ao seu processo de trabalho, e ainda a falta de habilidade de alguns profissionais em lidar com recursos de informática (NOGUEIRA; et al, 2009; CAVALCANTI; et al, 2012).

No entanto potencialidades dos sistemas de informação em tuberculose têm sido apontadas como a democratização das informações de maneira mais eficiente e ágil, regularidade da periodicidade de envio de relatórios à gestão e retorno dos mesmos, maior acesso às informações e autonomia dos serviços de atenção primária no planejamento das ações no território, atualidade oportuna dos registros acerca da tuberculose nos serviços de saúde, e ainda o custo financeiro reduzido dos sistemas informatizados quando comparados ao papel à longo prazo (NOGUEIRA; et al, 2009; CAVALCANTI; et al, 2012).

Diante dos resultados da presente revisão de literatura tenciona-se a reflexão acerca da origem das informações produzidas em nível primário de atenção, e de que forma ocorre a produção das mesmas que posteriormente serão utilizadas à nível estadual e nacional para planejamento das ações de controle da tuberculose e desenvolvimento de modelos de atenção à diversos agravos e condições crônicas.

Nessa perspectiva, entende-se como necessário o desenvolvimento de investigação científica acerca do registro de dados e produção das informações em nível primário de atenção, que posteriormente subsidiará a tomada de decisões, em vista da melhoria dos sistemas de informações em tuberculose, fundamentais para a gestão das ações de controle da tuberculose e interrupção da cadeia de transmissão do bacilo. Assim, levanta-se a seguinte questão de pesquisa: elabora-se as seguintes questões de pesquisa: quais os componentes da produção de informações de detecção de casos vem sendo desenvolvidos pelos profissionais que atendem pessoas com sintomas da tuberculose nas unidades de atenção básica? Qual é o diagnóstico situacional dos componentes da produção de informações de detecção de casos nas unidades de atenção básica?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a produção das informações da detecção dos casos de tuberculose em unidades de atenção básica de saúde em um município prioritário do sul do Brasil.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar as características dos profissionais (sexo, idade, vínculo empregatício, formação profissional, qualificação e tempo de trabalho) e das unidades de atenção básica (tipo de unidade, tempo de implantação da estratégia saúde da família e participação da unidade no PMAQ) que realizam atenção ao sintomático respiratório de tuberculose nos municípios em estudo;
- Descrever os componentes da produção da informação de detecção de casos nas unidades de atenção básica, nos municípios em estudo;
- Analisar a associação entre a produção das informações e as características dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, nos municípios em estudo;
- Analisar a associação entre a produção das informações e as características das unidades de atenção básica, nos municípios em estudo.

4 BASES TEÓRICAS CONCEITUAIS

O estudo busca se alicerçar na Vigilância em Saúde por possuir como característica a ênfase no acompanhamento contínuo de problemas por meio das informações em saúde e que exigem ações no território e a responsabilização dos serviços de saúde de forma individual e coletiva, como a problemática da tuberculose.

A Vigilância Sanitária é compreendida sob três aspectos: como análise e monitoramento de situações de saúde; como integração institucional entre as atividades de vigilância epidemiológica e sanitária; e como proposta de redefinição das práticas sanitárias (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998) o qual possui as dimensões técnica e gerencial.

A dimensão técnica diz respeito a um modelo assistencial distinto focado no controle de determinantes, riscos e danos. A dimensão gerencial é responsável pelo planejamento das ações em saúde de modo a intervir em problemas ininterruptos em um determinado território (PAIM, 1994). Percebe-se nesse contexto o território como elemento central da Vigilância em Saúde, visto que orienta a tomada de decisão programática nas necessidades de saúde da população (MONKEN; BARCELO, 2005).

O diagnóstico situacional dos problemas de saúde da população de um território é um dos pilares da Vigilância em Saúde (SOLLA, 2006), essencial para a operacionalização das dimensões técnicas e gerenciais contempladas na Vigilância em Saúde quando considerada como modelo para a redefinição das práticas sanitárias. Compreende-se que a tuberculose é uma doença prioritária de saúde pública, elevada transmissibilidade e tratamento por um período de tempo mínimo de seis meses, desta forma, torna-se fundamental assegurar a qualidade dos registros para a produção de informações e acesso às mesmas pelos profissionais da atenção primária a fim de subsidiar as ações técnicas e gerenciais necessárias ao controle da doença os quais dizem a respeito do diagnóstico situacional,

planejamento de ações de monitoramento ou de implementação de novas estratégias de saúde.

A realização da ação de saúde e o registro desta, o processamento dos dados que posteriormente resultarão na informação, é a base para todo o sistema de vigilância. Deve-se analisar todas as etapas de produção/disseminação da informação (COSTA, 2013). Desse modo, destaca-se a relevância da avaliação da qualidade do registro dos dados em termos de completitude, legibilidade, consistência, oportunidade, regularidade dos dados - o alicerce do bom aproveitamento da informação monitoramento e avaliação das ações de controle da tuberculose.

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento

Trata-se de uma pesquisa quantitativa descritiva, de corte transversal nos serviços de atenção primária. A pesquisa está vinculada ao projeto de tese intitulado “Organização das ações de detecção de casos da tuberculose na Atenção Primária à saúde em municípios prioritários do Rio Grande do Sul” da doutoranda Jenifer Harter do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

5.2 Cenário

O estudo será realizado no município de Pelotas, que se constitui um importante polo regional de saúde com 328.275 habitantes (IBGE, 2010), organizada em seis distritos sanitários I Três Vendas, II Três Vendas, Centro/Várzea, Fragata, Areal/Laranjal, Colônia (Z3, Cerrito Alegre, Triunfo, Cascata, Santa Silvana, Quilombo, Rincão da Cruz e Monte Bonito) (Figuras 2 e 3). A rede de saúde é composta por cinquenta e uma (51) unidades básicas de saúde. A cobertura de Estratégia de Saúde da Família abrange 72,2% da população.

Pelotas compõe a lista de 181 municípios prioritários para o controle da doença no Brasil, desde 2002 (BRASIL, 2011). No ano de 2014, o número de casos novos de tuberculose foi de 153, o que representa um coeficiente de incidência de 46,6 por 100 mil habitantes. O número de casos curados no mesmo ano foi de 116 (SINAN, 2016).

Conforme organização da rede de saúde, as ações de identificação e solicitação de exames para sintomáticos respiratórios são responsabilidade de todos os serviços de saúde. No entanto, o acompanhamento do tratamento da tuberculose é desenvolvido no ambulatório de referência especializada situada no centro de especialidades.

No âmbito da atenção ao sintomático respiratório de tuberculose nas unidades básicas de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde adota as

recomendações da Política Nacional de Tuberculose que preconiza a identificação da pessoa com sintomas da tuberculose no serviço de saúde e seu registro no livro de registro de sintomáticos respiratórios. Esse dado alimenta o sistema de informação em detecção dos casos de tuberculose à nível municipal, estadual e nacional.

5.3 Coleta de dados

Os dados serão coletados a partir de fontes primárias, por meio de formulário autoaplicado (Anexo A) contendo informações referentes a características dos profissionais atuantes nos serviços de atenção básica, características da unidade básica de saúde, e componentes da produção de informação. As questões que serão analisadas neste estudo encontram-se destacadas no instrumento (Anexo A).

A abordagem inicial aos participantes do estudo ocorrerá de forma coletiva, onde o coletador esclarecerá à equipe de saúde informações a respeito da pesquisa e do instrumento de coleta de dados. Posteriormente, distribuirá o formulário autoaplicado e permanecerá disponível na unidade até o encerramento da participação dos profissionais, a fim de elucidar dúvidas durante o preenchimento. Após a devolução do formulário, o coletador verificará os dados preenchidos, com o objetivo de identificar questões não respondidas ou incompreensões no instrumento. No caso de questões não preenchidas, se abordará novamente o profissional para realização da correção, preservando seu direito de abster-se de opinar em qualquer questionamento.

5.4 Participantes do estudo e amostragem

A amostra será composta por profissionais de saúde das categorias auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos atuantes em unidades básicas. Serão aplicados como critério de exclusão, profissionais que estiverem em qualquer tipo de licença ou férias. A escolha destas categorias profissionais se deu pelo fato de representarem a equipe básica de saúde, e ainda por possuírem contato direto com as pessoas que buscam atendimento nas unidades básicas por sintomas da tuberculose.

O processo de amostragem será calculado no software Statística® 12 (Statsoft USA), e levará em consideração o número de unidades básicas de saúde e a média

de 6 profissionais nesses serviços conforme Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Propor-se-á nível de confiança de 95% e poder estatístico de 80%.

Após o processo de amostragem, será realizado sorteio aleatório simples para a determinação da ordem das unidades básicas de saúde à serem visitadas para a composição da amostra necessária de profissionais.

5.4 Variáveis

Quadro 1: Quadro de variáveis

Componentes de Avaliação	Variáveis	Descrição
Características dos profissionais de atenção	Sexo	Feminino Masculino
	Idade	Em anos
	Vínculo empregatício	Contrato Concursado Programa (PROVAB, Mais Médicos)
	Formação Profissional	Enfermeiro Médico Técnico de Enfermagem
	Qualificação Profissional	Curso de Especialização em Saúde Pública Curso de Especialização em Tuberculose
	Tempo de trabalho	Em anos
Características das unidades de atenção básica	Tipo de Unidade de Atenção Básica	USF UBS Outro
	Tempo de Implantação da ESF	Em anos
	Participação no PMAQ	Sim Não
Componentes da Produção das informações	Disponibilidade de Formulários	A unidade dispõe do LSR Acesso de todos os profissionais aos formulários de detecção de casos de tuberculose
	Responsáveis pelo preenchimento dos registros	Tipo de profissional que preenche os formulários de detecção de casos
	Organização da unidade para o preenchimento dos registros	Registro da Solicitação de baciloscopia no LSR pelo mesmo profissional
		Preenchimento da solicitação de baciloscopia no LSR no momento da solicitação
		Preenchimento do resultado da baciloscopia no LRS após a divulgação
	Uso dos registros	Verificação do preenchimento dos registros
	Fluxo dos registros	Frequência de envio dos relatórios

		para a gestão
	Educação permanente	Frequência de retorno dos relatórios enviados pela gestão Capacitação ou cursos ofertados pela gestão

5.5 Análise dos dados

Após o período de coleta de dados será elaborado um banco de dados da pesquisa incluindo todas as informações disponíveis nos instrumentos. Para garantir a fidelidade e qualidade dos dados da pesquisa, será realizado o processo de dupla digitação dos dados contidos nos instrumentos de coleta, que consiste na elaboração de dois bancos de dados por digitadores diferentes contendo as mesmas informações de forma sistematizada. Posteriormente à confecção dos bancos se realizará o cruzamento dos mesmos, a fim de comparar os dados digitados e conferir com os registros manuais, realizando uma correção minuciosa de cada informação contida no banco original, onde serão analisados os dados. Após esse processo se unificarão os bancos de ambos digitadores em um único banco de dados original no software Statística® 12 (Statsoft USA).

Para a análise dos dados será utilizado Statistica 12 (Statsoft, Tulsa, OK, USA). Será realizada uma análise exploratória do banco de dados onde serão descritas as frequências relativas e absolutas das variáveis e assim estimadas as medidas de dispersão (média, mediana e desvio padrão). As variáveis em estudo serão analisadas individualmente bem como a relação dessas com as características dos profissionais de saúde e das unidades de atenção básica, a partir do teste qui-quadrado para proporções e teste exato de Fisher para as variáveis cujas frequências apresentarem valor menor que 5.

5.6 Aspectos éticos

O desenvolvimento da pesquisa será ancorado na Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, em sua totalidade, parte ou envolvendo o manejo de dados referentes a este. Destaca-se que os sujeitos do estudo se beneficiarão indiretamente, podendo contribuir com o planejamento de ações efetivas no controle da tuberculose, consequentes a produção de informações que possibilitarão a tomada de decisão

fundamentada para qualificar os serviços de saúde na atenção à doença. Assim, não serão expostos a danos de nenhuma espécie ou despesas financeiras, além de serem esclarecidos e garantidos de retirar-se da pesquisa em qualquer etapa em que esta se encontre conforme parágrafo II, subitem II.6 da resolução supracitada que trata dos danos associados ou decorrentes da pesquisa científica com seres humanos.

Baseado nessa resolução elaborou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2) o qual será assinado pelos sujeitos do estudo em duas vias. Este documento fornece todas as informações da pesquisa e garante os direitos previstos na Resolução N° 466/12.

O manuseio dos registros e dados ocorrerá perante autorização da secretaria municipal de saúde, por meio de apresentação da carta de autorização da pesquisa.

6 ORÇAMENTO

A seguir serão especificados os recursos financeiros para o desenvolvimento da pesquisa (Quadro 2), os gastos apresentados neste projeto serão custeados pela autora, subsidiada pela bolsa do programa demanda social da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Quadro 2: Orçamento da pesquisa

Recursos	Quantidade	Valor Unitário	Valor total
Material Permanente			
Notebook	1 un.	2.100,00	2.100,00
Material de Consumo			
Lápis	10 un.	1,00	10,00
Borracha	5 un.	0,70	3,50
Apontador	1 un.	2,50	2,50
Caneta	10 un.	1,00	10,00
Folha A4 (500 folhas)	2 pcte	15,00	30,00
CD	2 un.	1,00	2,00
Serviços de Terceiros			
Impressão	150 fls	0,30	45,00
Encadernação espiral	4 un.	4,00	16,00
Tonner para impressora	2 un.	65,00	130,00
Coleta de Dados			
Passagem urbana	152 un.	2,75	418,00
Passagem rural	24 un.	12,00	288,00
			Valor Total: 3.055,00

7 CRONOGRAMA

No Quadro 3, observa-se o planejamento das ações a serem desenvolvidas na pesquisa que ocorrerá no período de março de 2015 a dezembro de 2016.

Quadro 3: Cronograma da pesquisa

[illegible]

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. N. F.; VIEIRA, A. N.; OLIVEIRA, G. W. S. Avaliação dos registros das fichas do sistema de informação de agravos de notificação para tuberculose.

Revista Baiana de Saúde Pública, v.37, n.4, p.969-978, 2013.

BEDUHN, D. A. V. et al. Desempeño laboratorial de las unidades de atención primaria em el diagnóstico de tuberculosis em Pelotas, Brasil. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**, v. 30, n.4, p.621-625, 2013.

BIERRENBACH, A. N. et al. Efeito da remoção de notificações repetidas sobre a incidência da tuberculose no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.41, n.1, p.67-76, 2007.

BRASIL. Boletim 2/2014 - **Tuberculose no Brasil Tuberculose no Brasil: realidade e perspectivas**. Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=6406&codModuloArea=783&chamada=boletim-1/2012-_ -tuberculoseno-brasil>. Acesso em 15 de jun. de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica. **Municípios Prioritários para o controle da Tuberculose**, 2012. Disponível em:

<[Http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_tecnica_prioritarios.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_tecnica_prioritarios.pdf)> (BRASIL,2011-nota técnica).

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

CAVALCANTI, M. L. T. et al. Processos de registro e gerenciamento concernentes aos sistemas de informação da tuberculose nos municípios do estado do Rio de Janeiro prioritários segundo o Fundo Global Tuberculose Brasil, 2009/2010. **Cad. Saúde Colet.**, v.20, n.2, p.161-8, 2012.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Ciência e Tecnologia em saúde**. CONASS/Ministério da Saúde, Brasília, Coleção Pro-gestores, 2007.

COSTA, J.M.B.S et al . Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.5, 2013.

D'SOUZA, S. C.; SEQUEIRA, A. H. Information Systems and Quality Management in Health care Organization: An Empirical Study. **Journal of Technology Management for Growing Economies.**, v. 2, n.1, p. 47-60, 2011.

DURAN, J. G. et al. Vigilancia de la tuberculosis en las Islas Baleares y caracterización de los casos infradeclarados entre los años 2005 y 2007. **Gac Sanit**, v.25, n1, p.84-86, 2011.

FILHA, M. M. T.; DAUMAS, R. P.; ALVES, L. C.; LEIMANN, B. C. Q.; ENGSTROM, E. M. Análise da tuberculose em uma unidade de Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro: perfil clínico, resultado de tratamento e qualidade dos registros. **Cad. Saúde Colet.**, v.20, n.2, p.169-76, 2012.

GIOVANELA, H. C. Grupo Hospitalar Conceição. Boletim Epidemiológico. A situação da tuberculose. 2012, n.12. Disponível em:
<http://www.ghc.com.br/files/boletim%2012%20v17.pdf>

HSIU-YUN, L.; SHIANG-LIN, Y.; JEN-HSIANG, C.; YUAN-CHIANG, C. Completeness and timeliness of tuberculosis notification in Taiwan. **BMC Public Health**, v.11, n.915, p.1-28, 2011.

MALHÃO, T. A.; OLIVEIRA, G. P.; CODENNOTI, S. B.; MOHERDAUI, F. Avaliação da completude do Sistema de Informação de Agravos de Notificação da tuberculose, Brasil, 2001-2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.19, n.3, p.245-256, 2010.

MARIN, H. F. Health information system: general considerations. **J. Health Inform.** v.2 n.1, p.20-4, 2010.

MEDEIROS, D.; SUCUPIRA, E. D.; GUEDES, R. M.; COSTA, A. J. L. Análise da qualidade das informações sobre tuberculose no município de Belfort Roxo, Rio de Janeiro, 2006 a 2008. **Cad. Saúde Colet.**, v.20, n.2, p.146-52, 2012.

MELO, M.H.P.; LAURENTTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.3, p. 643-654, 2007.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

MOREIRA, C. M. M.; MACIEL, E. L. N. Completude dos dados do Programa de Controle da Tuberculose no Sistema de Informação de Agravos de Notificação no estado do espírito Santo, Brasil: uma análise do período de 2001 a 2005. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.34, n.4, p.225-229, 2008.

NOGUEIRA, J. A. et al. O sistema de informação e o controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba – Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, n.1, p.125-31, 2009.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 24, n. 5, p. 547-59, 2000.

OLIVEIRA, P. B.; OLIVEIRA, G. P.; CODENOTTI, S. B.; SARACENI, V.; NÓBREGA, A. A.; SOBEL, J. Avaliação do sistema de vigilância da tuberculose no município do Rio de Janeiro, 2001 a 2006. **Cad. Saúde Colet.**, v.18, n.3, p.337-46, 2010.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z. organizador. Epidemiologia e saúde. **Medsi**: São Paulo; p. 455-66, 1994.

PAIM, J.S. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M., organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. **Fiocruz**: Rio de Janeiro; p. 165-81, 2009.

PINHEIRO, R. S.; ANDRADE, V. L.; OLIVEIRA, G. P. Subnotificação da tuberculose no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): abandono primário de bacilíferos e captação de casos em outras fontes de informação usando *linkage* probabilístico. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.8, p.1559-1568, 2012.

SCATOLIN, B. E. et al. Busca de sintomáticos respiratórios: atuação do Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose em município de grande porte, Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, p. 261-269, 2014.

SILVA, G.A.P; SILVA, L.M.V. Organização das práticas de vigilância em saúde em um sistema local. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.37, n.1, p.57-73, 2013.

SOLLA, J. J. S. P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o Pacto de Gestão. **Rev Baiana Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 332-348, 2006.

SOUZA, W. V. et al Tuberculose no Brasil: construção de um sistema de vigilância de base territorial. **Rev Saúde Pública**, v.39, n. 1, p. 82-9, 2005.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILLASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf Epidemiol SUS**, 7:7-28, 1998.

WHO. World Health Organization. **Global Tuberculosis Report**. 2016.

ANEXOS

Anexo A

FONTE PRIMÁRIA: PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA Formulário autoaplicado		
Identificação do Instrumento (preenchido pelo responsável da coleta): Número do questionário: ____ Município/UF: _____ Responsável pela coleta de dados: _____ Data da coleta de dados: ____/____/____ Nome da unidade de saúde: _____		
Dados de digitação: Digitador 1: _____ Data digitador 1: ____/____/____ Digitador 2: _____ Data digitador 2: ____/____/____		
Prezado Profissional, obrigada por aceitar fazer parte desta pesquisa! Sua contribuição é muito importante para mudarmos a realidade da tuberculose no município! Abaixo você encontrará perguntas de múltipla escolha e perguntas com opções livres de resposta, havendo dúvidas pergunte ao responsável pela coleta de dados, ele poderá auxiliar você no preenchimento deste formulário!		
I. Informações do profissional		
1	Iniciais do seu nome: _____	
2	Sexo: 1. () Masculino 2. () Feminino	3. Idade: _____ anos completos
4	Qual o seu vínculo empregatício? 1. () Contrato 2. () Concursado 3. () Programa (PROVAB, Mais Médicos, outros) 4. () Outro: _____	
5	Qual a sua formação? 1. () Médico 2. () Enfermeiro 3. () Auxiliar/técnico de Enfermagem	
6	Possui especialização em Saúde Pública ou Saúde da Família? 1. () Sim. Quando concluiu (ano de término)? _____ 2. () Não	
7	Possui especialização/curso em Tuberculose? 1. () Sim 2. () Não	
8	Atua como gerente/coordenador da unidade? 1. () Sim 2. () Não	
9	Tempo em que trabalha na unidade: ____ anos	9a. Tempo de trabalho em atenção básica: ____ anos
II. Informações da Unidade		
10	Tipo de Unidade em que você atua: 1. () UBS 2. () USF 3. () Outro: _____	10a. Tempo de implantação da ESF: 1. ____ anos 2. () Não Atua em USF
11	O cadastramento das famílias foi atualizado nos últimos 3 meses? 1. () Sim 2. () Não	
12	Os prontuários estão organizados por núcleo familiar? 1. () Sim 2. () Não	
13	A unidade utiliza o e-SUS? 1. () Sim 2. () Não 13a. Se sim, há quanto tempo: ____ anos	
14	A unidade dispõe de acesso à internet? 1. () Sim 2. () Não	
15	Existe equipe de apoio do NASF para sua unidade? 1. () Sim 2. () Não	
16	Existe uma referência técnica específica em tuberculose (profissional ou serviço) que você possa contatar quando houver dúvidas sobre a doença? 1. () Sim 2. () Não	
17	A unidade participa ou participou do PMAQ? 1. () Sim 2. () Não	
18	Realiza reunião de equipe com discussão sobre a detecção de casos de tuberculose? 1. () Sim 2. () Não	
19	A unidade enfrenta escassez de material de consumo (máscaras, potes de escarro e outros)? 1. () Sim 2. () Não	
III. Apoio e participação da Gestão Municipal da Atenção Básica		
20	A gestão definiu, com a participação dos profissionais, quais as ações prioritárias para a detecção de casos da tuberculose no território? 1. () Sim 2. () Não	
21	A secretaria municipal (coordenações da ABS, Vigilância) realizam visitas de monitoramento na sua unidade? 1. () Sim 2. () Não (Se não, pular para 24)	
22	Nas visitas são discutidos indicadores de acompanhamento da tuberculose com dados da unidade? 1. () Sim 2. () Não	
23	Qual a frequência das visitas de monitoramento sobre tuberculose na sua unidade?	

	1. () Mensal 2. () Trimestral 3. () Outra: _____
IV. Ações de vigilância na organização de ações para tuberculose	
II.A) Diagnóstico Situacional	
24	A unidade possui mapeamento das áreas e microáreas de atuação disponível na unidade? 1. () Sim 2. () Não (Se não, pular para 28)
25	O mapa ilustra zonas de risco ou vulnerabilidade social? 1. () Sim 2. () Não
26	Estão pontuados no mapa casos de agravos de saúde? 1. () Sim 2. () Não
27	Os casos de tuberculose estão identificados no mapa de áreas e microáreas? 1. () Sim 2. () Não
28	A sua unidade possui os seguintes instrumentos de registro de tuberculose: a) Livro de Sintomático Respiratório (Livro verde): 1. () Sim 2. () Não 3. () Não Sabe b) Livro de acompanhamento de casos de tuberculose: 1. () Sim 2. () Não 3. () Não Sabe c) Ficha de notificação de caso 1. () Sim 2. () Não 3. () Não Sabe d) Relatório SIAB ou SISAB (se usar e-SUS): 1. () Sim 2. () Não 3. () Não Sabe e) Relatório do SINAN-TB 1. () Sim 2. () Não 3. () Não Sabe f) Utiliza outros registros de informação de tuberculose 1. () Sim (Se sim, Quais? _____) 2. () Não 3. () Não Sabe.
29	Todos os profissionais de saúde da unidade tem acesso aos instrumentos de registro de diagnóstico da tuberculose? 1. () Sim 2. () Não
31	Todos os profissionais preenchem os instrumentos de registro de diagnóstico da tuberculose na unidade? 1. () Sim 2. () Não
32	Existe algum profissional responsável pelo preenchimento de informações no livro de sintomáticos respiratórios de tuberculose? 1. () Sim 2. () Não
33	Quem realiza a solicitação de baciloscopia de diagnóstico também faz o registro no livro de sintomático respiratório? 1. () Sim 2. () Não
34	O preenchimento das informações no livro de sintomáticos respiratórios ocorre imediatamente (durante consulta) após a solicitação da baciloscopia de escarro? 1. () Sim 2. () Não 3. () Não Sabe
35	O preenchimento dos resultados do exame de baciloscopia no livro de sintomáticos respiratórios ocorre imediatamente após o recebimento do resultado na unidade? 1. () Sim 2. () Não 3. () Não Sabe
36	Você já deixou de adicionar algum dado nos instrumentos de registros de tuberculose: a) por ter deixado para incluir os dados depois? 1. () Sim 2. () Não b) por não ter certeza da resposta? 1. () Sim 2. () Não c) por dúvidas no preenchimento? 1. () Sim 2. () Não d) por falta de tempo para registrar? 1. () Sim 2. () Não e) por não achar esses registros importantes? 1. () Sim 2. () Não f) por não utilizarem esses registros na unidade? 1. () Sim 2. () Não g) outro motivo. Qual? _____
37	Você realiza a análise dos dados preenchidos nos instrumentos de registro de tuberculose da sua unidade? 1. () Sim 2. () Não 3. () Não são analisados
39	Existe algum profissional específico na unidade responsável pela verificação do preenchimento e análise dos dados de tuberculose? 1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe 4. () Somente enviam os dados para coordenação do programa ou Secretaria de Saúde
40	Com que frequência os relatórios são enviados para coordenação do programa ou secretaria de saúde? 1. () Semanalmente 2. () Quinzenalmente 3. () Mensalmente 4. () Anualmente 5. () Não enviam 6. () Outro. Qual? _____ 7. () Não Sabe

41	Com que frequência recebem retorno sobre os dados/relatórios enviados para coordenação do programa ou secretaria de saúde? 1. () Semanalmente 2. () Quinzenalmente 3. () Mensalmente 4. () Anualmente 5. () Não enviam 6. () Outro. Qual? _____ 7. () Não Sabe
42	Como você avalia a qualidade dos registros de tuberculose produzidos nesta unidade? 1. () Muito Bom 2. () Bom 3. () Regular 4. () Ruim 5. () Muito Ruim
II.B) planejamento de ações	
43	A unidade planeja ações para tuberculose? 1. Sim 2. Não (Se não, pular para 52) Se sim: 1. () Mensalmente 2. () Semestralmente 3. () Anualmente 4. () Outro: _____
44	Todos os profissionais da unidade participam do planejamento de ações de controle da tuberculose? 1. () Sim 2. () Não
45	O planejamento está baseado em: (pode escolher quantas respostas considerar pertinente) () solicitação de execução de ações pela gestão (secretaria, campanhas nacionais ou locais) () avaliação dos indicadores epidemiológicos do município () avaliação dos indicadores epidemiológico da unidade de saúde () mapeamento de áreas de vulnerabilidade e risco para tuberculose () indicação de equipe de apoio (NASF) () agenda municipal de ações em saúde () sistema de informação de tuberculose da unidade () envolvimento da equipe com a tuberculose () receptividade da comunidade para ações sobre tuberculose () número de recursos humanos disponíveis na equipe () estrutura física da unidade () disponibilidade de transporte municipal para execução de ações
46	A unidade planejou ações para tuberculose no ultimo ano? 1. () Sim 2. () Não Se sim. Quais? (pode escolher quantas respostas considerar pertinente) () campanha educativa sobre sinais e sintomas na comunidade (escolas, igrejas e outros) () educação em saúde sobre tuberculose na sala de espera () reuniões com a sociedade civil organizada com tuberculose entre as pautas () atualização em tuberculose para equipe da unidade () orientação dos ACS sobre sinais e sintomas da tuberculose no território () busca de casos na comunidade () busca de casos na unidade de saúde () busca de familiares e contatos para avaliação () reuniões com a gestão para discussão de acesso dos pacientes ao diagnóstico bacteriológico (bacilosocopia e/ou teste rápido molecular) () reuniões com a gestão para discussão de acesso dos pacientes ao diagnóstico radiológico
47	A unidade tem dificuldades para desenvolver as ações planejadas para detecção de casos da tuberculose? 1. () Sim 2. () Não Se sim, quais das dificuldades abaixo são vivenciadas em sua unidade: (pode escolher quantas respostas considerar pertinente) () rotatividade profissional () insuficiente número de recursos humanos () sobrecarga de trabalho () falta de aderência da comunidade a temática da tuberculose () falta de espaço para o desenvolvimento de ações coletivas na unidade () falta de apoio dos equipamentos sociais da comunidade (igreja, escolas, associações de moradores) () falta de interesse da equipe pela temática () inexistência de determinação de uma população em risco para tuberculose () indisponibilidade de material informativo () falta de insumos (pote, formulários) para solicitação de baciloscopias

	() despreparo da equipe de saúde para abordar a temática da tuberculose () despreparo para manejo clínico da doença
48	Com que frequência uma ação planejada para detecção de casos de tuberculose deixa de ser desenvolvida? 1. () Sempre 2. () Quase sempre 3. () As vezes 4. () Raramente 5. () Nunca
49	A unidade ao planejar ações define metas esperadas para cada ação sobre detecção de casos de tuberculose planejada? 1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe
50	São definidos coletivamente os responsáveis para as ações planejadas para diagnóstico da tuberculose? 1. () Sim 2. () Não
51	São definidos prazos para avaliação do impacto das ações de detecção de casos de tuberculose realizadas? 1. () Sim 2. () Não
V. Monitoramento e avaliação	
52	Calculam o número de sintomáticos respiratórios esperados por ano? 1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe
53	Avaliam se alcançaram o número de sintomáticos respiratórios esperados por ano? 1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe
54	Utilizam os indicadores de monitoramento epidemiológico da tuberculose para acompanhamento da situação da doença? 1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe
55	Utilizam os indicadores de monitoramento epidemiológico da tuberculose da unidade para avaliação das ações implementadas? 1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe
56	Realizam discussões sobre as informações e indicadores relacionados a tuberculose do território nos seguintes espaços: a) Na unidade de saúde 1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe b) Em reuniões de equipe 1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe c) Em reuniões distritais 1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe d) Em reuniões de comissões técnicas 1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe e) No conselho local 1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe f) Em associações e equipamentos sociais do bairro 1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe g) No conselho municipal de saúde 1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe

Sistema de Informações da Tuberculose na sua Unidade

1. Quantos computadores estão disponíveis: _ _ _

2. Em que local estão os computadores?

1. () Consultórios 2. () Sala de uso comum (Sala de reuniões por exemplo)

3. () Sala de Procedimentos 4. () Recepção 5. () Outro: _____

3. A gestão estimula o uso de informações para cálculo de indicadores da tuberculose na sua unidade?

1. () Sim 2. () Não

4. Onde ficam armazenados os instrumentos de registros da tuberculose?

1. () Consultórios 2. () Sala de uso comum (Sala de reuniões por exemplo)

3. () Sala de Procedimentos 4. () Recepção 5. () Outro: _____

5. A gestão/coordenação municipal promove capacitações ou cursos sobre análise de informação na Atenção Básica? 1. () Sim 2. () Não

Anexo B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo(a) para participar de uma pesquisa intitulada de “**O PLANEJAMENTO E A ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE DETECÇÃO DE CASOS DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL**”. Ela tem como objetivo a avaliação da qualidade dos registros da tuberculose produzidos pelos serviços de APS e a utilização dos mesmos pelos profissionais de saúde e gestores visando avançar no controle da doença, uma vez que a informação é o alicerce do planejamento para a detecção efetiva de casos, do tratamento e cura dos doentes de tuberculose.

Sua participação consistirá em responder a um instrumento de pesquisa composto por questões relacionadas as ações desenvolvidas pela sua unidade para atenção à tuberculose. Desse modo, o senhor (a) poderá beneficiar-se com a melhoria dos serviços de saúde para o planejamento das ações de detecção de casos e avaliação de sintomáticos respiratórios por meio das informações fornecidas na pesquisa.

Durante sua participação no estudo, o senhor estará exposto ao risco de constrangimento devido algum questionamento, no entanto será garantido seu direito de retirar-se da pesquisa à qualquer momento, ou mesmo de negar-se a responder qualquer item do formulário.

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 formuladas antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar; A segurança de que não serei identificado, assim como está assegurado que a mesma 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 na construção da pesquisa e na publicação de trabalhos científicos, e ficarão sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitadas por mim a todo o momento. Uma cópia desta declaração deve ficar com o (a) Sr. (a).

Município: _____, data: ____, de _____ de 2016.

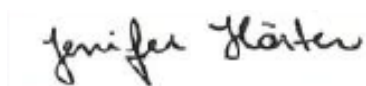
Assinatura do entrevistado _____

Telefone: _____

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

Atenciosamente,

Jenifer Härter (Doutoranda)



email: jeniferharter@ufpel.edu.br
contato: 55 99993 4432

Roxana Isabel Cardozo Gonzales
(Orientadora)



email: roxana_cardozo@hotmail.com
contato: 53 984515635

CONTATO: Faculdade de Enfermagem – UFPel
Endereço: Gomes Carneiro nº 01, Campus Porto – Pelotas – RS; CEP 96015-000
Telefone (0XX53) 3921-1525

II Relatório de Trabalho de Campo

II Relatório de trabalho de campo

O presente trabalho foi elaborado como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O mestrado teve início no mês de março do ano 2015, com uma duração máxima prevista de 24 meses.

O projeto de dissertação foi construído com vinculação ao Projeto de tese da doutoranda Jenifer Harter intitulado: “Organização das ações de detecção de casos da tuberculose na Atenção Primária à saúde em municípios prioritários do Rio Grande do Sul”, sob coordenação da Prof. Dr^a Roxana Isabel Cardozo Gonzáles docente do departamento de Enfermagem da UFPel, e orientadora da presente pesquisa.

A qualificação do projeto de dissertação foi realizada no dia 31 de maio de 2016. Logo após as correções sugeridas pela banca, foi enviado o projeto à secretaria municipal de saúde do município de Pelotas, junto à solicitação para a autorização da realização da etapa de coleta de dados. A aprovação do município de Pelotas ocorreu em 27 de julho de 2016. Em seguida foi realizada a submissão do projeto à plataforma Brasil, recebendo parecer favorável em 29 de setembro de 2016.

Por se tratar de um estudo realizado em diferentes serviços de atenção básica, cada um com seus coordenadores, o Comitê de Ética em Pesquisa exigiu a autorização para a coleta de dados por meio de uma carta assinada pelo gerente da unidade, a qual foi coletada na primeira visita ao serviço, a fim de respeitar a decisão de cada serviço em participar do estudo.

O início do estudo se deu em 2016, após receber autorização da secretaria municipal de saúde e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Atuei coordenadora da coleta de dados no município do estudo que ocorreu em outubro de 2016.

A coleta de dados nas unidades de Pelotas foi realizada por sete coletadores, dentre eles: três alunos de graduação, três pós-graduandas e uma enfermeira, os quais foram distribuídos pelas 34 unidades de atenção primária que compuseram a amostra do estudo no município. Foi realizado um mapeamento das unidades e agrupou-se por proximidade para facilitar o deslocamento dos coletadores. Fiquei responsável pela coleta de dados nas unidades rurais e ainda 14 urbanas. A coleta incluiu a aplicação de um formulário (Anexo A).

A coordenação da coleta de dados exigiu a realização de capacitação com os coletadores de dados, a fim de esclarecer dúvidas a cerca da pesquisa e do instrumento de coleta, assim como a distribuição das unidades entre participantes da coleta e pactuação de carga horária a ser cumprida e prazos de encerramento das etapas de coleta.

Posteriormente, como coordenadora da coleta, realizei contato telefônico com profissionais e coordenadores de todas as unidades básicas de saúde que compunham a amostra do estudo, a fim de agendar as visitas conforme a disponibilidade dos profissionais. Assim como, responsabilidade pela impressão e distribuição dos instrumentos de coletas entre os coletadores.

Destaca-se que houveram inúmeras dificuldades durante a coleta de dados, especialmente em relação à demanda das equipes das unidades de atenção básica, as quais frequentemente desmarcavam as visitas pactuadas, ou recusavam-se a receber os coletadores no período estipulado para a coleta. No entanto apenas uma unidade básica de saúde recusou-se a participar do estudo, a qual foi realizada três visitas pessoalmente ao serviço, onde na terceira visita a coordenadora da unidade recusou a participação de sua equipe.

Outra dificuldade que foi observada durante a coleta de dados foi o método de coleta de dados por meio do formulário autoaplicado, visto que os profissionais relataram dificuldades de interpretação do mesmo, deixando várias questões sem preenchimento, exigindo uma atenção redobrada dos coletadores, que por vezes necessitavam disponibilizar-se exclusivamente para o preenchimento de um profissional, lhe esclarecendo dúvidas e explicando minuciosamente o formulário. Destaca-se também que o formulário apresentou-se bastante extenso, o que também dificultou a disponibilidade dos profissionais para o seu preenchimento, pois frequentemente encontravam-se com muitas demandas nos serviços.

Para muitas unidades do estudo, utilizou-se a estratégia de abordagem coletiva no momento da reunião de equipe, o que foi bastante positivo, pois os profissionais dispunham de mais tempo, pelo fato de não estarem realizando atendimento, e observou-se maior atenção dos participantes para o preenchimento, resultando em menores dificuldades e incompletudes e maior qualidade das informações fornecidas. No entanto, essa estratégia não pode ser aplicada em todos os serviços visitados, pois muitas unidades não realizavam reunião de equipe, nas quais a abordagem se deu em dias pactuados com os profissionais, conforme suas demandas. Nessas unidades, foram necessárias mais de uma visita para que fossem coletados todos os profissionais que estivessem interessados em participar do estudo.

Houveram também, experiências bastantes ricas através da abordagem e diálogo com os profissionais dos serviços, os quais discutiram deficiências na rede de atenção básica do município, tais como: acesso prejudicado à internet (mesmo em unidades que utilizavam o prontuário eletrônico e-SUS), falta de insumos necessários para a atenção à pessoa com sintomas da tuberculose e baixo investimento por parte da gestão em educação permanente.

Durante as visitas e diálogos com os profissionais, alguns relataram que a secretaria realizou contato telefônico com as equipes das unidades básicas questionando sobre a presença dos insumos necessários à atenção ao sintomático respiratório de tuberculose, alguns participantes atribuíram esse contato ao fato de estarmos realizando a coleta de dados e essa informação estar sendo questionada aos profissionais.

Em uma das abordagens a uma unidade do estudo, um participante da categoria médico (contratado pelo Programa Mais Médicos) de nacionalidade cubana relatou se sentir decepcionado com a gestão do Sistema Único de Saúde no município, alegando ter solicitado à coordenação mais carga horária para o desenvolvimento de ações de prevenção em saúde, como palestras e atividades de educação em saúde em escolas e equipamentos sociais do bairro, o qual foi negado, baseado na justificativa de que ele havia sido contratado para suprir as demandas em consultas médicas. Ele ainda referiu se sentir muito decepcionado com suas respostas às questões do formulário de coleta de dados, e alegou não estar satisfeito com sua prática profissional, não conseguindo desenvolver ações de

prevenção e promoção da saúde no território, como estava habituado a realizar em seu país de origem.

Essa experiência, particularmente, me chamou bastante atenção pelo fato de poder conhecer a experiência e a percepção de um profissional com uma formação voltada à saúde pública, e com um enfoque diferente da atual formação da medicina brasileira.

Após a finalização da coleta de dados coordenei a construção dos bancos de dados, que foi realizada por alunas de pós-graduação em enfermagem da UFPel. Estas atividades foram compreendidas em outubro de 2016.

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

A análise dos dados quantitativos foi realizada utilizando-se o software Statistic da StatSoft®, por meio da estatística descritiva com distribuição de frequências absolutas e relativas. Calcularam-se as médias para a idade dos profissionais e para o tempo de atuação no serviço de saúde e na atenção básica.

A construção do artigo teve como objetivo: descrever os componentes de produção das informações da detecção dos casos de tuberculose em unidades de atenção básica de saúde em um município prioritário do sul do Brasil, e intitulou-se: **A produção de informações das ações de detecção de casos de tuberculose em um município prioritário do Rio Grande do Sul**. O artigo supracitado será submetido a um periódico científico de qualis A2.

. Sendo apresentados os dados coletados com os profissionais que compuseram a amostra do estudo, atuantes em unidades básicas de saúde. Os dados foram analisados a luz da produção científica sobre a temática selecionada com revisão da literatura nas bases de dados PubMed (Publisher Medline), LiLACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online) e busca livre de artigos científicos.

Durante o curso de mestrado além de cumprir os créditos em disciplinas da pós graduação, realizou estudo da língua inglesa, curso completo com 12 meses de duração, e realizou a co-orientação de um trabalho de conclusão de curso de

graduação. A produção publicada no período foi de 1 artigo no periódico: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. Além de resumos publicados em anais de eventos, CIC-UFPeI, ENPos-UFPeI e Congresso de Promoção da Saúde (UNISC).

Ainda considero relevante referir que durante o curso de Mestrado fui bolsista pelo programa demanda social da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), o que foi de extrema importância tanto não desenvolvimento da pesquisa como em minha formação como pós-graduanda, visto que a bolsa possibilitou-me exercer dedicação exclusiva durante os 21 meses de formação no curso de mestrado. De modo que foi possível investir no aprofundamento de meus conhecimentos na pesquisa, por meio de minha participação integral no Grupo de Estudos de Avaliação em Tuberculose, assim como investimentos em cursos, eventos e produção científica.

III Artigo Científico

III Artigo Científico

A produção de informações das ações de detecção de casos de tuberculose em um município prioritário do Rio Grande do Sul

ANTUNES, Luize Barbosa; CARDOZO-GONZALES, Roxana Isabel Cardozo

RESUMO

Introdução: As informações produzidas pelos sistemas de informações em saúde são ferramentas essenciais para o planejamento de ações de controle da tuberculose nos territórios. Desse modo, objetivou-se descrever os componentes necessários à produção de informações relacionadas à detecção de casos da tuberculose (acessibilidade aos registros, responsabilidade pelo preenchimento, organização do preenchimento, fluxo dos registros, controle da qualidade dos dados nos registros, e a educação permanente).

Método: Estudo descritivo exploratório realizado no município de Pelotas/RS. Os dados foram coletados por meio de formulário estruturado autoaplicado a profissionais de saúde atuantes em unidades básicas de saúde. O instrumento de coleta de dados continha variáveis relacionadas aos componentes da produção de informação em tuberculose (disponibilidade, organização do preenchimento, fluxo e uso dos registros; educação permanente). Os dados foram analisados no software Statistic da Statsoft®. Realizou-se análise exploratória dos dados por meio de distribuição de frequências relativas e absolutas.

Resultados: Em relação à disponibilidade de registros, a maior parte dos participantes referiu possuir Livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios (LSR)¹ de tuberculose no serviço (50%), disponibilidade de acesso a esse instrumento de registro por todos os profissionais (66%), e seu local de armazenamento

¹ Instrumento oficial do Programa Nacional de Controle da Tuberculose destinado ao registro dos dados das pessoas com sintomas de tuberculose identificadas e examinadas pelos serviços de saúde. Contém os seguintes campos de preenchimento: número identificador do sintomático respiratório, nome completo, idade, sexo, endereço, distrito administrativo, 1ª e 2ª amostras de escarro coletadas para exames diagnósticos (data da identificação do sintomático respiratório, data das coletas de escarro e resultado das baciloscopias).

predominantemente foi sala de uso comum (38%). Quanto ao elemento organização do preenchimento, a maioria dos respondentes afirmou que o preenchimento dos dados no LSR não é realizado por todos os profissionais da unidade (64%), não existir profissional responsável pelo preenchimento (76%), o registro das informações no LSR é realizado pelo mesmo profissional que solicita a baciloscopia de escarro (57%), o preenchimento no LSR ocorre imediatamente após a solicitação da baciloscopia (47%), o preenchimento do resultado da baciloscopia no LSR ocorre imediatamente após o seu recebimento na unidade (43%), e por fim, a maioria relatou não deixar de adicionar dados no LSR por falta de tempo. No elemento fluxo dos registros, 57% dos participantes relatou não saber a frequência de envio dos relatórios de tuberculose à coordenação, e 55% referiu não saber a frequência do retorno dos relatórios. Quanto ao uso dos registros em tuberculose, 58% dos profissionais afirmou ocorrer a verificação e análise dos dados na unidade. Em relação à educação permanente, 63% dos profissionais referiu não haver promoção de capacitações sobre a análise dos dados na atenção básica pela Secretaria Municipal de Saúde.

Conclusões: O estudo mostrou dificuldades em todos os componentes de produção das informações de detecção de casos. É premente a sensibilização para o comprometimento das ações de detecção de casos de tuberculose no município.

INTRODUÇÃO

As informações produzidas pelos sistemas de informações em saúde são geridas e disseminadas pelo aparato estatal e são consideradas recursos importantes para orientar os rumos das políticas públicas de saúde. Ainda, subsidiam as pesquisas, debates e lutas pela melhora das condições de saúde-doença-cuidado de indivíduos, populações e seus determinantes (VIDOR; FISCHER; BORDIN, 2011).

Em se tratando da tuberculose esses aspectos adquirem maior relevância pela relação da doença com os determinantes sociais. Intimamente relacionada às iniquidades sociais, a tuberculose historicamente acomete as populações que vivem em precárias condições sanitárias e socioeconômicas, onde também se concentram majoritariamente os casos de óbitos pela doença (BASTA et al, 2013). Nesse

contexto, a utilização dos sistemas de informação pode ser uma importante ferramenta para o reconhecimento das áreas de maior incidência da doença em uma população, e desse modo gerenciar estratégias pautadas no seu controle e ainda contribuir na redução das iniquidades sociais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza-se dos dados recolhidos anualmente de 194 países membros da organização, para formulação dos relatórios anuais de tuberculose. Os dados são armazenados em um banco mundial. Em relação à detecção de casos, são considerados dados acerca da notificação de novos casos e do monitoramento e avaliação do controle da tuberculose (WHO, 2016).

A informação é uma representação limitada de um evento, agravo ou dimensão da situação de saúde, doença-cuidado em um determinado tempo e espaço. No contexto da atenção às pessoas com sintomas da tuberculose produzem-se um volume considerável de informações em decorrência do desenvolvimento das ações de detecção de caso tais como a ação de identificar do sintomático respiratório por meio da investigação de tosse, solicitar exames, realizar exame de baciloscopia e divulgar os resultados da análise bacteriológica, os quais são determinantes para o diagnóstico da doença (LAGUARDIA et al, 2016).

A política voltada para o controle da tuberculose especificamente em relação à detecção de casos prioriza a detecção precoce da pessoa com sintomas da tuberculose, isto é a identificação de tosse em um tempo igual ou superior a três semanas (THOMAS et al, 2008).

Os sistemas de informação em saúde são ferramentas essenciais para o planejamento de intervenções nos territórios, desse modo auxiliam na democratização das informações e no controle social. O suporte operacional e gerencial à coleta de dados relevantes à tomada de decisão está entre as principais contribuições dos sistemas de informação, fornecendo subsídios aos gestores e membros da sociedade civil para a programação de ações prioritárias baseadas nas necessidades reais de saúde das populações (PRUNER-MARQUES; CORRÊA; CARTANA, 2015).

A estrutura do sistema de informação em tuberculose compõe-se de variáveis, fluxos, tratamento do dado coletado, plataforma computacional utilizada e mecanismos de divulgação. Este não é diferente dos demais sistemas de

informação existentes no setor saúde (ROMERO et al, 2016). O funcionamento do sistema de informação envolve aspectos relacionados à gestão, técnicos, tecnológicos, epistemológicos e de formação profissional (VIDOR; FISCHER; BORDIN, 2011).

Instâncias coordenadoras nas três esferas de governo conformam a gestão dos sistemas de informação. A descentralização das informações é um dos pilares do Sistema Único de Saúde, que desde a sua implantação propõe a descentralização das ações em saúde para a esfera municipal, e por consequência gera a necessidade de descentralização também das informações em saúde produzidas principalmente em nível local. Destaca-se que o acesso à informação é um direito de todos e dever do estado, constituindo um dos alicerces do controle social e exercício da cidadania previstos na lei 8.080 de 1988.

Em termo de utilização das informações, os sistemas informatizados em saúde possibilitam o acesso à uma grande quantidade e variedade de dados, constituindo-se em uma fonte potencial para reconhecimento de determinado território e para a qualificação da assistência prestada à essa população por meio do planejamento de intervenções.

Atualmente as políticas de controle da tuberculose seguem os objetivos e metas da estratégia “Fim da tuberculose” adotada pela OMS em maio de 2014 o qual visa a redução do número de mortes por tuberculose em 95% e da taxa de incidência em 90% entre os anos de 2015 à 2035 (WHO, 2016). Nessa conjuntura, entende-se que para o alcance desses objetivos é imprescindível a democratização e a descentralização do acesso das informações em tuberculose para os níveis locais em saúde, a fim de fornecer informações acerca da dimensão da doença nas populações e subsídios para o planejamento de ações de controle da tuberculose.

No entanto, existem grandes desafios a serem superados visto que ainda existem dificuldades na produção e uso das informações. Estudos identificaram dificuldades na utilização dos mesmos para a tomada de decisão nas três esferas de governo (THAINES et al, 2009; SHOUT; NOVAES, 2007). A análise limitada de informações sobre o problema a ser enfrentado empobrece a identificação de alternativas e dimensões a serem consideradas na avaliação.

O uso dos sistemas de informação requer a superação de deficiências em determinados fatores essenciais ao processo de produção das informações, tais

como: padronização do preenchimento dos instrumentos de coleta e tratamento de dados, periodicidade na alimentação dos sistemas informatizados, estratégias de financiamento na inovação dos sistemas informatizados, acesso à internet pelos serviços de saúde, qualificação dos profissionais de saúde na temática, e finalmente o alinhamento das políticas e ações nacionais com o cenário internacional no campo da tecnologia de informações em saúde (BRASIL, 2013).

No contexto das recomendações internacionais contidas na Agenda de 2030 da OMS, o investimento no monitoramento da saúde por meio dos sistemas de informação é urgente e relevante para todos os países. A OMS indica à todos os países que realizem minimamente o recolhimento, análise e comunicação das informações em saúde de forma integrada (BRASIL, 2013; WHO, 2016a).

No âmbito da atenção à tuberculose, estudos têm sido produzidos voltados para as inconsistências dos dados contidos no sistema nacional de informação em tuberculose, ou mesmo deficiências na qualidade dos registros produzidos nos diferentes níveis de atenção (BARTHOLOMAY et al, 2014; JUNIOR et al, 2016; ROMERO et al, 2016). No entanto, observam-se lacunas na literatura na temática da investigação dos componentes concernentes à produção das informações, especificamente na detecção de casos de tuberculose, que permitam novas reflexões acerca das possibilidades de intervenção na melhoria do processo de produção dessas informações inerente à gestão dos sistemas de saúde.

Diante do exposto, o presente estudo objetivo descrever os componentes necessários à produção de informações relacionadas à detecção de casos da tuberculose (acessibilidade aos registros, responsabilidade pelo preenchimento, organização do preenchimento, fluxo dos registros, controle da qualidade dos dados nos registros, e a educação permanente).

MÉTODO

Delineamento do estudo

Estudo quantitativo e de corte transversal, realizado no município de Pelotas em unidades de atenção básica, considerado pelo Ministério da Saúde, um dos 15 municípios prioritários para as ações de controle da tuberculose no estado do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Local do estudo

Pelotas constitui-se um polo regional de saúde, com 328.275 habitantes, organizado em seis distritos sanitários. A rede de saúde é composta por 50 unidades básicas de saúde. No ano de 2016 o município apresentou uma cobertura de 70,2% da Estratégia Saúde da Família. (PELOTAS, 2016)

Logística e Coleta de dados

Para a coleta de dados foram selecionados estudantes de graduação e pós-graduação. Realizou-se capacitação dos coletadores, onde foram discutidos aspectos referentes à logística e aplicação do formulário aos participantes do estudo.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro à novembro de 2016, no qual o pesquisador atuou como coordenador logístico.

Os dados foram coletados em fontes primárias, por meio de formulário autoaplicado contendo informações referentes à formação profissional, características da unidade básica de saúde, diagnóstico situacional e sistemas de informação em saúde do serviço.

A abordagem inicial aos participantes do estudo ocorreu de forma coletiva, onde o coletador esclarecia à equipe de saúde informações a respeito da pesquisa e do instrumento de coleta de dados. Posteriormente, distribuía-se o formulário autoaplicado e permanecia-se na unidade até o encerramento da participação dos profissionais, a fim de elucidar dúvidas durante o preenchimento. Após a devolução do formulário verificou-se os formulários, com o objetivo de identificar questões não respondidas ou incompreensões dos sujeitos sistemáticos contidos no instrumento. No caso de questões não preenchidas, abordava-se novamente o profissional para realização da correção, preservando seu direito de abster-se de opinar em qualquer questionamento.

Instrumento de coleta de dados e validação de conteúdo

O formulário de coleta de dados continha informações relacionadas à produção de informação na detecção de casos de tuberculose, que foram distribuídas em 5 componentes: disponibilidade, organização do preenchimento, fluxo e uso dos registros; educação permanente. Considerou-se como instrumento de registro em

tuberculose, o livro de sintomáticos respiratórios, visto que é o documento utilizado oficialmente na alimentação dos dados referentes à detecção de casos no sistema de informação nacional da tuberculose.

O formulário elaborado foi avaliado quanto ao aspecto e conteúdo por *experts* na área da tuberculose na atenção primária, que valoraram o conjunto de variáveis utilizadas no formulário com notas de 1 a 5 para cada questão (permanecendo no instrumento perguntas que obtiveram média igual ou superior a 3,5).

Posteriormente foi testado através de um estudo piloto com profissionais das unidades do município que não compunham a amostra, desse modo realizou-se as adequações necessárias identificadas (destaque dos pulos sistemáticos contidos nos instrumentos) e determinou-se a versão final do instrumento de coleta de dados.

Participantes do estudo e amostragem

A amostra foi composta por profissionais de saúde das categorias auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos atuantes em unidades básicas selecionadas para o estudo. Aplicou-se como critério de exclusão, profissionais que estivessem em qualquer tipo de licença ou férias no período de coleta de dados. A escolha destes profissionais se deu pelo fato de representarem a equipe básica de saúde, e ainda por possuírem contato direto com as pessoas que buscam atendimento nas unidades básicas por sintomas da tuberculose.

O processo de amostragem para definição do número de profissionais foi calculado no software *Statística® 12* (Statsoft USA), e considerou o número de unidades básicas de saúde (50 unidades básicas de saúde) e a média de profissionais por unidade de acordo com o Cadastro Nacional de Saúde do ano de 2016 resultando em uma média de 6 profissionais por unidade. Propôs-se nível de confiança de 95%, poder estatístico de 80%. O número de participantes ficou definido uma amostra de no mínimo 190 profissionais de saúde.

Após o processo de amostragem, realizou-se sorteio aleatório simples para a determinação da ordem das unidades básicas de saúde à serem visitadas para a composição da amostra necessária de profissionais a partir de uma lista fornecida por meio de um material informativo da Secretária Municipal de Saúde.

Controle de qualidade dos dados

Realizou-se o processo de dupla digitação dos dados contidos nos instrumentos de coleta, que consiste na elaboração de dois bancos de dados por digitadores diferentes contendo as mesmas informações de forma sistematizada. Posteriormente à confecção dos bancos, realizou-se os cruzamentos dos mesmos, a fim de comparar os dados digitados e conferir com os registros manuais, realizando uma correção minuciosa de cada informação contida no banco original, onde foram analisados os dados.

Após esse processo unificou-se um banco de dados original no software *Statística® 12* (Statsoft USA), e desse modo realizou-se análise das medidas de dispersão (média, mediana e desvio padrão) e distribuição de frequências relativas e absolutas para variáveis categóricas referentes aos componentes da produção das informações de detecção de casos de tuberculose.

Aspectos Éticos

O estudo obteve aprovação pela Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº1.753.680). Desse modo, o estudo atende às exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Participaram do estudo 198 profissionais de unidades básicas de saúde. Majoritariamente a amostra foi composta por pessoas do sexo feminino (81%). A mediana de idade foi de 45 anos variando entre 26 e 65 anos. De um do total de 196 respondentes a maior parte eram auxiliares ou técnicos de enfermagem (35%), seguida de médicos e enfermeiros, ambas representando 32%. Assim, afirmaram não atuar como coordenadores do serviço (92%), possuir especialização em Saúde Pública ou Estratégia de Saúde da Família (53%) concluída entre 5 a 10 anos (14%). Em relação à especialização ou curso na temática da tuberculose, dos 192 profissionais respondentes apenas 14% a possuíam. O tempo de trabalho na unidade básica a média foi de 6 anos (desvio padrão 7,2), enquanto que a média do

tempo de trabalho na atenção básica foi de 12 anos (dp= 9,4). A unidade de saúde da família foi o tipo de serviço mais relatado representando 49% das respostas. A média do tempo de implantação da Estratégia de Saúde da Família nessas unidades foi de 6 anos (dp= 4,8).

Quanto ao tipo de vínculo empregatício, de um total de 194 respondentes 78% eram concursados. A participação das equipes do estudo no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica foi apontado por 53% dos profissionais de um total de 186 respondentes.

A tabela a seguir (Tabela 1) apresenta os resultados das variáveis relacionadas aos componentes da produção de informação em tuberculose nas unidades básicas de saúde que compreende desde a disponibilidade dos instrumentos, responsabilidade e organização do preenchimento dos registros, seguido de fluxo e uso dos registros e por fim educação permanente para a análise das informações na atenção básica de saúde.

Em relação à disponibilidade dos registros de tuberculose, a maior parte dos 193 respondentes afirmou que a unidade em que atuam possuía o Livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios (50%), e ainda que todos os profissionais dispõem de acesso a esse registro (66%). Quanto ao local de armazenamento do Livro de Sintomáticos Respiratórios, a sala de uso comum foi a mais prevalente (38%) dentre os 162 respondentes.

No elemento que diz respeito à organização do preenchimento dos registros, dentre os 195 respondentes, a maioria referiu que o preenchimento dos registros de diagnóstico em tuberculose não é realizado por todos os profissionais da unidade (64%). Quando questionados sobre a existência de um profissional responsável pelo preenchimento dos dados no Livro de Sintomáticos Respiratórios, 76% dos 184 respondentes afirmou não existir alguém responsável por essa atividade.

Ainda sobre à organização do preenchimento dos registros em tuberculose, a maioria dos 176 respondentes afirmaram que o profissional que solicita a baciloscopia de escarro também é responsável pelo preenchimento dos dados nos instrumentos de registro (57%), 37% dos 192 respondentes referiram não saber se o preenchimento dos dados no Livro de Sintomáticos Respiratórios ocorre imediatamente após a identificação da pessoa com sintomas da tuberculose e solicitação de baciloscopia de escarro, 45% dos 190 respondentes afirmaram não

saber se o preenchimento dos resultados no Livro de Sintomáticos Respiratórios ocorre imediatamente após o recebimento dos mesmos na unidade, e por fim, 88% de 154 profissionais respondentes alegaram já terem deixado de adicionar algum dado nos instrumentos de registro devido à falta de tempo para o preenchimento.

No elemento que se refere ao fluxo dos registros em tuberculose, a maioria dos 181 profissionais respondentes, a maioria referiu não enviarem relatórios com os dados produzidos na unidade à coordenação (57%). Quanto ao retorno de relatórios por parte da secretaria, a maioria dos 182 respondentes afirmou não conhecer a frequência de retorno dos mesmos à unidade (55%).

Em relação ao uso dos registros em tuberculose, 58% dos 194 respondentes afirmam que a unidade realiza a verificação e análise dos dados contidos nos instrumentos de registro. Quanto à educação permanente, 63% do total de 191 profissionais respondentes afirmam que a gestão não promove capacitações acerca da análise de dados na atenção básica.

Tabela 1 – Variáveis relativas aos componentes de produção das informações de detecção de casos nas unidades básicas de saúde, Pelotas, 2016

Componentes da Produção de Informações	Variáveis	n	%
Disponibilidade dos Registros em Tuberculose nas Unidades Básicas de Saúde	Livro de Sintomáticos Respiratórios na unidade		
	Sim	97	50
	Não	43	22
	Não Sabe	53	28
	Total	193	100
	Acesso aos instrumentos de registro de diagnóstico		
	Sim	127	66
	Não	66	34
	Total	193	100
	Local de armazenamento dos instrumentos de registro		
	Consultórios	41	25
	Sala de uso comum	61	38
	Sala de procedimentos	16	10
Organização do Preenchimento dos Registros em Tuberculose	Recepção	23	14
	Sala de vacinas	21	13
	Total	162	100
	Preenchimento dos instrumentos de registro por todos os profissionais		
	Sim	70	36
	Não	125	64
	Total	195	100
	Profissional responsável pelo preenchimento dos dados		

	Sim	45	24
	Não	139	76
	Total	184	100
	Solicitação da baciloscopia de escarro e registro no LSR pelo mesmo profissional		
	Sim	101	57
	Não	75	43
	Total	176	100
	Preenchimento do LSR imediatamente após a solicitação da baciloscopia de escarro		
	Sim	91	47
	Não	31	16
	Não sabe	70	37
	Total	192	100
	Preenchimento dos resultados da baciloscopia no LSR imediatamente após o recebimento do resultado		
	Sim	69	35
	Não	35	18
	Não sabe	86	43
	Total		
	Não inclusão de algum dado no LSR por falta de tempo		
	Sim	19	12
	Não	135	88
	Total	154	100
Fluxo dos Registros em Tuberculose	Frequência do envio dos relatórios para coordenação		
	Semanalmente	24	13
	Quinzenalmente	2	1
	Mensalmente	19	11
	Anualmente	3	2
	Não enviam	29	16
	Não sabe	104	57
	Total	181	100
	Frequência de retorno dos relatórios pela coordenação		
	Semanalmente	8	5
	Quinzenalmente	1	0
	Mensalmente	35	19
	Anualmente	4	2
	Não enviam	35	19
	Não sabe	99	55
	Total	182	100
Uso dos Registros em Tuberculose	Verificação e análise dos dados		
	Sim	112	58
	Não	35	18
	Não sabe	47	24
	Total	194	100
Educação Permanente	Promoção de capacitações sobre análise de informação na Atenção Básica		
	Sim	71	37
	Não	120	63

DISCUSSÃO

A atenção ao sintomático respiratório da tuberculose compreende a organização dos serviços de atenção básica em duas dimensões, a primeira é a assistencial, que diz respeito à disponibilidade de recursos humanos e materiais (pote de coleta de escarro e formulário de solicitação de baciloscopia). A segunda dimensão é a gerencial, que se refere à gestão da situação da doença na população de abrangência da unidade. A dimensão gerencial propõe maior complexidade e exige o uso dos sistemas de informação, a fim de reconhecer a abrangência da doença na população e desse modo planejar ações programáticas para combatê-la (BRASIL, 2011).

Nesse sentido torna-se fundamental que todas as unidades básicas de saúde responsáveis pela atenção às pessoas com sintomas da tuberculose possuam todos os registros de diagnóstico da doença. Dentre eles, o Livro de Sintomáticos Respiratórios, que contem informações de todas as pessoas com sintomas da doença identificadas e examinadas pela equipe da unidade e alimenta o sistema de informação da tuberculose. No entanto os resultados do estudo mostrou que metade dos profissionais afirmaram não possuir ou não saber a existência desse instrumento de registro no serviço de saúde, e ainda cerca de um terço dos participantes referiu que o acesso ao Livro de Sintomáticos Respiratórios não é disponível a todos os profissionais do serviço. Desta forma questiona-se o desenvolvimento da ação de detecção de casos de tuberculose nas unidades básicas de saúde.

Estudo realizado no município de Ribeirão Preto caracterizado pela descentralização das ações de detecção de casos nas unidades de atenção básica identificou resultado diferente aos achados no presente estudo. A capacidade das unidades básicas foi avaliada como adequada para a solicitação da baciloscopia e realização do diagnóstico da tuberculose (ANDRADE et al, 2013). Desta forma entende-se a existência do livro de sintomático respiratório no conjunto dos recursos disponíveis. Outro estudo voltado para o tratamento supervisionado mostrou a influência da disponibilidade de recursos materiais e humanos na otimização das ações do serviço de saúde no controle da tuberculose (CARDOZO-GONZALES et al,

2008). Desta forma entende-se que nos locais investigados onde não existe o livro de sintomático respiratório provavelmente não realizem a busca de casos de tuberculose.

Desse modo, o local de armazenamento dos instrumentos de registro dos serviços de atenção básica torna-se relevante, pois diz respeito ao acesso dos profissionais a essas ferramentas do processo gerencial. Nesse sentido, entende-se que para a melhor disponibilidade desses instrumentos à totalidade dos profissionais, é imprescindível que estes estejam localizados em salas de uso comum na unidade. No entanto, os achados do estudo identificaram os consultórios, sala de procedimentos e de vacinas como locais de armazenamento do livro de registro de sintomático respiratório. Tais ambientes pela sua funcionalidade restringem o acesso físico ao instrumento, pois são consideradas ambulatoriais, ou seja, são locais destinados ao atendimento clínico, e dessa forma limitados ao acesso de outros profissionais durante consultas e procedimentos (ROCHA et al, 2012).

A política de controle da doença preconiza que todos os profissionais de saúde identifiquem o sintomático respiratório de tuberculose e tenham acesso à estes instrumentos, não centrando a responsabilidade sobre essas informações em um único profissional (BRASIL, 2011).

A diversidade de locais de armazenamento do livro de sintomático respiratório que restringem o acesso pode estar relacionada à centralização dos instrumentos de registro de tuberculose em determinado profissional ou equipe de saúde, como ocorrem com outros sistemas de informação na atenção básica (THAINES et al, 2009). Em estudo realizado no município de Alta Floresta (MT) observou-se que existe uma intervenção centrada no enfermeiro na alimentação de todos os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (THAINES et al, 2009). Essa situação pode relacionar-se com o despreparo e insegurança dos profissionais em responsabiliza-se pelo manejo de dados nos sistemas de informação utilizados na atenção básica (FREITAS; PINTO, 2005). Assim, pelo forte envolvimento do profissional do enfermeiro nas ações de controle da tuberculose (CAVALCANTE; SILVA, 2016).

No que se refere à organização da unidade básica de saúde para a produção das informações na detecção de casos, especificamente em relação ao

preenchimento do livro de sintomático respiratório por todos os profissionais o estudo mostra que 64% responderam não a esta atividade e 76% não existem um profissional específico para o preenchimento dos dados de detecção. Pressupõe-se que este achado esteja relacionado à existência de profissionais ou equipes específicas responsáveis pelas ações de identificação das pessoas com sintomas da tuberculose e o registro das referidas ações nas unidades de atenção básica.

Os achados de 43% dos respondentes apontando que o profissional que solicita a baciloscopia de escarro para o diagnóstico da tuberculose não registra esta ação no livro de sintomático respiratório, 16% não registra imediatamente após a solicitação da baciloscopia e 18% imediatamente após receber os resultados mostram a organização das unidades básicas de saúde no que respeita as atribuições em relação às ações de detecção de casos manejo e produção de informações.

Provavelmente o adiamento do registro das ações de detecção de casos da tuberculose esteja relacionado à sobrecarga de trabalho dos profissionais, visto que eles frequentemente precisam manusear inúmeros registros de saúde com diferentes finalidades (SILVEIRA et al, 2010; RADIGONDA et al, 2010; MARTINS; SILVA; MARQUES, 2016). Provocada pela desarticulação e falta de padronização entre os sistemas de informação, a sobrecarga de registros à qual o profissional está submetido, prejudica a qualidade dos registros produzidos nas unidades, e com isso a confiabilidade dos profissionais para sua aplicação no processo de trabalho (THAINES et al, 2009; MARTINS; SILVA; MARQUES, 2016). Porém vale destacar que apenas 12% dos entrevistados responderam não terem deixado de adicionar algum dado nos instrumentos de registro das ações de detecção de caso contrariamente aos achados em outros estudos. (SILVEIRA et al, 2010; RADIGONDA et al, 2010; MARTINS; SILVA; MARQUES, 2016)

Quanto ao fluxo das informações em tuberculose observou-se no estudo uma deficiência entre os níveis central e local. A desarticulação dos sistemas de informação nos níveis local e central é um aspecto que dificulta a utilização das informações pelas equipes de atenção básica. Onde muitas vezes esses profissionais limitam-se ao preenchimento dos instrumentos de coleta dos dados necessários à alimentação dos sistemas de informação, permanecendo

desconectados com as informações produzidas nos próprios serviços onde estão inseridos (VIDOR; FISCHER; BORDIN, 2011).

Dentre os inúmeros fatores que podem interferir nesse resultado, destaca-se a disponibilidade de acesso à internet, visto que a informatização das informações em saúde é um aspecto facilitador no processamento dos dados e favorece a comunicação entre os diferentes departamentos de organização das informações.

Além disso, o acesso à internet está intimamente ligado ao acesso aos sistemas de informação, que representam importantes ambientes de aprendizado e ferramentas úteis ao processo gerencial das equipes de atenção básica. Permitindo simultaneamente o processo de capacitação profissional, monitoramento, desenvolvimento e avaliação da assistência prestada na unidade (BENITO; LICHESKI, 2009).

Quanto ao manuseio dos dados registrados e análise das informações na detecção de casos de tuberculose 66% dos entrevistados relataram não realizar esta atividade. Este achado por estar relacionado ao despreparo dos profissionais no uso de sistemas de informação. Quando não, também devido à sobrecarga de trabalho. (SILVEIRA et al, 2010). Somado a esses aspectos está o distanciamento das variáveis coletadas pelos instrumentos dos sistemas de informação com a realidade dos profissionais, que frequentemente os avaliam como irrelevantes ao seu processo de trabalho. Esse fator pode levar ao desestímulo dos profissionais acerca da importância dos registros provenientes dos sistemas de informação, fazendo com que estes não sejam priorizados na prática das equipes, e desse modo, negligenciados em relação à oportunidade e confiabilidade do seu preenchimento (LAGUARDIA et al, 2004).

Desse modo, a produção de informações em saúde na rede básica torna-se uma atividade meramente burocrática e alienada, promovendo uma comunicação vertical entre os serviços de atenção básica e a gestão, não havendo retorno dos dados produzidos a nível local. Frequentemente à análise dos dados dos diferentes sistemas de informação concentram-se em nível central, porém, cabe à gestão a devolução dos dados analisados e convertidos em informações relevantes ao processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, a capacitação dos profissionais da rede básica torna-se um requisito essencial para sensibilizá-los e qualifica-los na produção e análise das

informações em saúde. No entanto, os resultados do estudo identificaram que 63% dos respondentes relataram que a gestão não oferta capacitação ou curso sobre a análise de informação na atenção básica. Em um estudo realizado com enfermeiros atuantes na atenção básica as capacitações ofertadas pela gestão sobre informações em saúde foram descritas como escassas e desarticuladas, dificultando a aplicação dessas na prática profissional das equipes, e consequentemente sua utilização no processo de gerenciamento das ações em saúde (MARTINS; SILVA; MARQUES, 2016).

Identifica-se como limitação do estudo a obtenção dos dados por meio de formulário autoaplicado, visto que frequentemente os profissionais apresentavam dificuldades de interpretação e preenchimento do instrumento de coleta, devido à má interpretação das variáveis.

CONCLUSÕES

O estudo mostrou dificuldades em todos os componentes de produção das informações de detecção de casos. É urgente a sensibilização para o comprometimento das ações de controle da tuberculose no município, mas especificamente da detecção de casos. Esta sensibilização deve incluir os gestores, os profissionais e a população. O papel da gestão é essencial para promover a disponibilidade de recursos necessários à ação de saúde e a qualificação dos profissionais para a produção das informações visando torna-la desencadeadora de novos investimentos e de esquemas de ação alicerçados no máximo de informações que possibilitem enfrentar, debater, reivindicar pela melhora das políticas de controle da tuberculose, que contemple a cura e a saúde da pessoa.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, R. L. P. et al. Diagnóstico da tuberculose: atenção básica ou pronto atendimento?. **Revista de Saúde Pública**, v.47, n.3, p.1149-58, 2013.
- BARTHOLOMAY, P.; OLIVEIRA, G. P.; PINHEIRO, R. S.; VASCONCELOS, A. M. N. Melhoria da qualidade das informações sobre tuberculose a partir do relacionamento entre bases de dados. **Caderno de Saúde Pública**, v.30, n.11, p.2459-2469, 2014.
- BASTA, P. C.; MARQUES, M.; OLIVEIRA, R. L.; CUNHA, E. A. T.; RESENDES, A. P. C.; SOUZA-SANTOS, R. Social inequalities and tuberculosis: an analysis by race/color in Mato Grosso do Sul, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v.47, n.5, p.1-10, 2013.
- BENITO, G. A. V.; LICHESKI, A. P. Sistemas de informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.3, p.447-50, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Ministério da saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de informação e informática em saúde**. Ministério da Saúde, Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO) – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CAVALCANTE, E. F. O; SILVA, D. M. G. V. O compromisso do enfermeiro com o cuidado à pessoa com tuberculose. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.25, n.3, 2016.
- CARDOZO-GONZALES, R. I.; MONROE, A. A.; ARCÊNCIO, R. A.; OLIVEIRA, M. F.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. Indicadores de desempenho do DOT no domicílio para o controle da tuberculose em município de grande porte, SP, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.16, n.1, 2008.
- FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica-SIAB. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v.13, n.4, p.547-54, 2005.
- JUNIOR, S. H. A. S.; MOTA, J. C.; SILVA, R. S.; CAMPOS, M. R.; SCHRAMM, J. M. A. Descrição dos registros repetidos no Sistema de Informação de Agravos de

Notificação, Brasil, 2008-2009. **Epidemiologia de Serviços de Saúde**, v.25, n.3, p.487-498, 2016.

LAGUARDIA, J.; DOMINGUES, C. M. A.; CARVALHO, C.; LAUERMAN, C. R.; MACÁRIO, E.; GLATT, R. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.13, n.3, p.135-147, 2004.

MARTINS, L. M. P.; SILVA, E. M.; MARQUES, D. Informações em saúde na ótica de enfermeiras da saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.20, p.932, 2016.

PRUNER-MARQUES, L.; CORRÊA, T.; CARTANA, M. H. F. Utilização dos sistemas de informação na atenção primária à saúde: um estudo de caso. **Revista Eletrônica de Investigación y Docencia**, v.14, p.81-102, 2015.

RADIGONDA, B.; CONCHON, M. F.; CARVALHO, W. O.; NUNES, E. F. P. A. Sistema de informação da atenção básica e sua utilização pela equipe de saúde da família: uma revisão integrativa. **Revista Espaço para a Saúde**, v.12, n.1, p.38-47, 2010.

ROCHA, A. C. D.; SOUSA, C. P. C.; QUEIROZ, D.; PEDRAZA, D. F. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. **RAS**, v.14, n.54, 2012.

ROMERO, R. O. G.; RIBEIRO, C. M. C.; SÁ, L. D.; VILLA, T. C. S.; NOGUEIRA, J. A. Subnotificação de casos de tuberculose a partir da vigilância do óbito. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.18, p.1-11, 2016.

SILVEIRA, D. S. 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. **Caderno de Saúde Pública**, v.26, n.9, p.1714-1726, 2010.

SHOUT, D.; NOVAES, H. M. D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.935-944, 2007.

THAINES, G.H.L.S.; BELLATO, R.; FARIA, A.P.S.; ARAÚJO, L. F. S. Produção, fluxo e análise de dados do sistema de informação em saúde: um caso exemplar. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.18, n.3, p.466-74, 2009.

THOMAS, A. et al. Increased yield of smear positive pulmonary tb cases by screening patients with >2 weeks cough, compared to >3 weeks and adequacy of 2 sputum smear examinations for diagnosis. **Indian Journal of Tuberculosis**, v.55, p.77-83, 2008.

VIDOR, A. C.; FISCHER, P. D.; BORDIN, R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.1, p.24-30, 2011.

WHO. World Health Organization. **Global Tuberculosis Report**. Geneva: WHO, 2016.

WHO. World Health Organization. **World Health Statistics**. Geneva: WHO, 2016a.

ANEXOS

Anexo C

Carta de Autorização da Secretaria Municipal de Saúde

Carta a Secretaria de Saúde de Pelotas

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Pesquisa Intitulada **“O PLANEJAMENTO E A ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE DETECÇÃO DE CASOS DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL”**

A/C Ilma. Sra. Superintendente de Ações em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas

Prezada Senhora Superintendente,

O referido projeto será desenvolvido junto as unidades de atenção primária que desenvolvem ações em tuberculose do município. Serão entrevistados profissionais de saúde que atuem nestes serviços, e ainda pretende-se coletar informações dos registros e documentos com informações relacionados à doença.

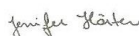
Objetiva-se a avaliação da qualidade dos registros da tuberculose produzidos pelos serviços de atenção primária e a utilização dos mesmos pelos profissionais de saúde e gestores visando avançar no controle da doença, uma vez que a informação é o alicerce do planejamento para a detecção efetiva de casos, do tratamento e cura dos doentes de tuberculose.

Serão respeitados os compromissos éticos da Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais legislações pertinentes, que tratam da pesquisa envolvendo seres humanos.

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

Pelotas, 27 de junho de 2016.

Atenciosamente,



Jenifer Härter

Ciente. De acordo.
28/07/2016
Assinatura e Carimbo.



Eliêdes de Freitas Ribeiro
Diretora de Ações em Saúde
- S M S -
Matrícula: 8192

CONTATOS: Jenifer Harter (Email: jeniferharter@ufpel.edu.br); Telefone: (53) 8100 2480; (55) 9993 4432

Anexo D

Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PLANEJAMENTO E A ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE DETECÇÃO DE CASOS DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

Pesquisador: Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58210316.9.0000.5316

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.753.680

Apresentação do Projeto:

Diante a expressividade da tuberculose no contexto brasileiro e gaúcho expresso pelos indicadores, somada à operacionalização de ações de detecção de casos incipientes nas unidades de saúde, a ênfase em processos assistenciais pautados na atenção curativa em detrimento das ações planejadas pelas necessidades da população e especificidade do território urge analisar como os serviços de saúde primários organizam as suas ações de detecção de casos. Estudo de avaliação de serviços de saúde de abordagem quantitativa que será realizado em três municípios prioritários para o controle da TB no estado do Rio Grande do Sul. O estudo será desenvolvido com análise de dados primários e secundários. Quanto à amostragem, inicialmente os municípios foram estratificados em três grupos de acordo com a cobertura da estratégia de saúde da família (GI cobertura menor ou igual a 30%; GII cobertura de 31 a 50%; e GIII cobertura maior de 51%). Posteriormente, foi realizado um sorteio de um município em cada estrato. No primeiro grupo o município sorteado foi Santa Maria, no GII Uruguaiana e no GIII o município de Pelotas. Elaborar-se-á um banco de dados, com todas as informações disponíveis nos instrumentos de coleta.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Avaliar a organização das ações de detecção de casos da tuberculose na atenção primária à saúde

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

em municípios prioritários do Rio Grande do Sul.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar o processo de diagnóstico situacional e planejamento de ações para detecção de casos de tuberculose na APS.

Avaliar as atividades de monitoramento e avaliação das ações de detecção de casos implementadas na APS.

Analisar a relação entre os indicadores de resultado dos municípios e a organização das ações de detecção de casos na APS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os participantes estarão submetidos ao risco de constrangimento por algum questionamento, no entanto garante-se que estes poderão recusar-se a participar da pesquisa em qualquer etapa de seu desenvolvimento.

Benefícios:

Os participantes do estudo terão a oportunidade de contribuir com a produção de conhecimento científico na temática da tuberculose, e desse modo promover e subsidiar ações de controle da doença, em todos os níveis de atenção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante diante a expressividade da tuberculose no contexto brasileiro e gaúcho. Após as adequações sugeridas pelo CEP encontra-se em consonância com a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto: adequada

Carta de anuência: adequada

Cronograma: adequado

Orçamento: adequado

TCLE: adequado

Recomendações:

Colocar cabeçalho de identificação da instituição proponente no TCLE.

Observar anuência dos gerentes das UBSs onde os dados serão coletados.

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

**FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE**



Continuação do Parecer: 1.753.680

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Observar recomendações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_738400.pdf	28/09/2016 17:54:34		Aceito
Outros	Solicitacao_Dispensa_UBS.pdf	28/09/2016 17:53:49	Roxana Isabel Cardozo Gonzales	Aceito
Orçamento	Orcamento_Plataforma_Brasil.pdf	28/09/2016 17:52:52	Roxana Isabel Cardozo Gonzales	Aceito
Cronograma	Cronograma_Plataforma_Brasil.pdf	28/09/2016 17:52:17	Roxana Isabel Cardozo Gonzales	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Plataforma_Brasil.pdf	28/09/2016 17:52:00	Roxana Isabel Cardozo Gonzales	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Jenifer_Plataforma_Brasil.pdf	28/09/2016 17:51:36	Roxana Isabel Cardozo Gonzales	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Carta_CEP.pdf	05/09/2016 15:14:36	Roxana Isabel Cardozo Gonzales	Aceito
Outros	Carta_SMS.pdf	29/07/2016 11:32:54	Roxana Isabel Cardozo Gonzales	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Jenifer.pdf	29/07/2016 11:19:28	Roxana Isabel Cardozo Gonzales	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 29 de Setembro de 2016

Assinado por: Marilu
Correa Soares
(Coordenador)

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfec@ufpel.edu.br

Anexo E

Carta de Autorização ao Gerente da Unidade Básica de Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Pesquisa Intitulada **“O PLANEJAMENTO E A ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE DETECÇÃO DE CASOS DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL”**

A/C Sr(a). Gerente da Unidade Básica de Saúde_____

Prezado(a) Senhor(a) Gerente,

O referido projeto será desenvolvido junto as unidades de atenção primária que desenvolvem ações em tuberculose do município. Serão entrevistados profissionais de saúde que atuem nestes serviços, e ainda pretende-se coletar informações dos registros e documentos com informações relacionados à doença.

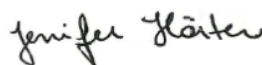
Objetiva-se a avaliação da qualidade dos registros da tuberculose produzidos pelos serviços de atenção primária e a utilização dos mesmos pelos profissionais de saúde e gestores visando avançar no controle da doença, uma vez que a informação é o alicerce do planejamento para a detecção efetiva de casos, do tratamento e cura dos doentes de tuberculose.

Serão respeitados os compromissos éticos da Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais legislações pertinentes, que tratam da pesquisa envolvendo seres humanos.

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

Pelotas, 04 de outubro de 2016.

Atenciosamente,



Jenifer Härter

Ciente. De acordo.

____/____/____

Assinatura e Carimbo.

CONTATOS: Jenifer Harter (Email: jeniferharter@ufpel.edu.br);

Telefone: (53) 8100 2480; (55) 9993 4432