**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

MARIA FERNANDA SIMIELE BECK

**Oferta de ações e integração da assistência no tratamento da
tuberculose: análise a partir de instrumentos de registro**

Ribeirão Preto

2015

MARIA FERNANDA SIMIELE BECK

**Oferta de ações e integração da assistência no tratamento da
tuberculose: análise a partir de instrumentos de registro**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Ciências, Programa Enfermagem
em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes
e Políticas de Saúde

Orientador: Profa. Dra. Tereza
Cristina Scatena Villa

Ribeirão Preto

2015

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS
DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

FICHA CATALOGRÁFICA

Simiele Beck, Maria Fernanda

Oferta de ações e integração da assistência no tratamento
da tuberculose: análise a partir de instrumentos de registro.
Ribeirão Preto, 2015.

83f. il. 30cm.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração:
Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Villa, Tereza Cristina Scatena.

1. Tuberculose. 2. Tratamento. 3. Serviços de saúde. 4.
Sistema de informação. 5. Avaliação de serviços de saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria Fernanda Simiele Beck

Oferta de ações e integração da assistência no tratamento da tuberculose: análise a partir de instrumentos de registro.

Aprovado em: ____/____/____

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem em Saúde Pública.

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais, **Marcos e Valquíria**, ao meu marido **Guilherme** e à minha irmã **Renata**.

Agradecimentos Especiais

À minha orientadora, **Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa** (Tite), que acreditou e confiou em mim e me deu a oportunidade de desenvolver esta dissertação. Minha eterna gratidão!

Às companheiras de grupo **Rubia e Maria Eugênia**, que me auxiliaram na elaboração do trabalho, dedicando-me tempo e paciência nos momentos em que mais precisei. Muito obrigada!

Agradecimentos

A **Deus**, pela minha vida, saúde, família, amigos e oportunidades. Muito obrigada por tudo!

Aos meus pais, **Marcos e Valquíria**, por estarem sempre ao meu lado. Sem eles eu nada seria. Obrigada pelo apoio, incentivo e por todas as oportunidades que me proporcionaram! Este trabalho também é de vocês!

Ao meu marido, **Guilherme**, pelo amor, carinho, apoio e dedicação desde que nos conhecemos!

A minha irmã, **Renata**, companheira de muitos momentos importantes da minha vida!

Aos meus avós: **Carlindo e Maria Helena e Francisco (in memorian) e Luiza (in memorian)**, que estiveram sempre presentes, auxiliando na minha formação. Obrigada pelo carinho e apoio de vocês!

Aos meus **tios e tias, primos e primas**, que torceram para que eu chegasse até aqui!

Aos meus sogros, **Guilherme e Zelinda**, que me acolheram e também me incentivaram durante o desenvolvimento deste trabalho.

À **Patrícia Pazini**, obrigada por ser esta pessoa tão especial, sempre disposta a nos ouvir e ajudar!

Às meninas do GEOTB (Ribeirão Preto): **Anneliese, Beatriz, Gabriela, Lívia, Nathália, Tiemi, Aline Beraldo**...obrigada pelo apoio e companhia!

Aos funcionários da **Seção de Pós-graduação** da EERP-USP!

À coordenadora municipal do Programa de Controle da Tuberculose de Ribeirão Preto-SP, **Lis Aparecida Neves**, por colaborar sempre com o grupo!

A todos os funcionários que atuam nos ambulatórios de referência de TB, por colaborarem com a minha pesquisa, recebendo-me com toda atenção nos serviços, em especial: **Terezinha Yano, Maria Suely Balbo, Miguel, Rita, Luciene, Sidney, Shirley, Rosana, Solange, Luciana, Stella**.

Aos membros do **Comitê Municipal de Tuberculose de Ribeirão Preto**, pelos ricos momentos de discussão e por, direta ou indiretamente, colaborarem para o meu trabalho.

Aos **pacientes portadores de Tuberculose** de Ribeirão Preto-SP que, mesmo indiretamente, contribuíram para a resolução desta dissertação!

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)** pelo financiamento a esta pesquisa (processo número: 13/14269-1).

À **todos** que não citei, mas que, de alguma forma, torceram por mim... Muito Obrigada!

AOS MOÇOS

Eu sou aquela mulher a quem o tempo muito ensinou.

Ensinou a amar a vida.

Não desistir da luta.

Recomeçar na derrota.

Renunciar a palavras e pensamentos negativos.

Acreditar nos valores humanos.

Ser otimista.

Creio numa força imanente que vai ligando a família humana

numa corrente luminosa da fraternidade universal.

Creio na solidariedade humana.

Creio na superação dos erros e angústias do presente.

Acredito nos moços.

Exalto sua confiança, generosidade e idealismo.

Creio nos milagres da ciência

e na descoberta de uma profilaxia futura dos erros e violências do presente.

Aprendi que mais vale lutar do que recolher dinheiro fácil.

Antes acreditar do que duvidar.

Cora Coralina

RESUMO

SIMIELE-BECK, MF. Oferta de ações e integração da assistência no tratamento da tuberculose: análise a partir de instrumentos de registro. [Dissertação]. Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2015. 83f.

O presente estudo teve como objetivo analisar a integração da assistência prestada aos doentes de tuberculose (TB) a partir de instrumentos de registro em Ribeirão Preto-SP. Estudo exploratório com abordagem quantitativa. A população do estudo constituiu-se de portadores de TB notificados e residentes no município que finalizaram o tratamento entre 2012 e 2013, exceto os pacientes pertencentes ao sistema prisional, transferidos ou que tiveram mudança de diagnóstico. A pesquisa foi realizada por meio da coleta de dados secundários em 4 fontes: no sistema de notificação estadual (TB-WEB) para identificação dos doentes de TB; no prontuário clínico dos doentes selecionados, na ficha de acompanhamento do tratamento supervisionado (ficha amarela) e no livro registro de pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de tuberculose (livro verde), que permitiu acesso aos registros referentes às informações clínicas, resultados de exames e situação de encerramento. As variáveis selecionadas foram agrupadas de acordo com as dimensões de elenco de serviços e coordenação da assistência. Os dados foram analisados por meio de técnicas de estatística descritiva. Os resultados mostraram que, dentre os serviços ofertados, 72,5% dos doentes passaram por 5 ou mais consultas médicas, enquanto 9,2% tiveram de 1 a 2 consultas com o enfermeiro. Os registros das orientações de retorno às consultas realizada pela equipe médica (96,3%) e de enfermagem (84,4%) foi a que prevaleceu nos prontuários. O procedimento mais realizado pelo médico foi a evolução clínica (97,2%) e pela equipe de enfermagem foi a pré e pós consulta (69,7%). Segundo dados do prontuário e da ficha amarela, 75,2% receberam tratamento supervisionado e o predomínio da supervisão foi no domicílio (57,8%). A baciloscopia de escarro foi realizada em 89,0% dos doentes e o exame Anti-HIV em 69,7% dos casos. A cesta básica foi ofertada a 23,8% e 18,3% dos doentes receberam atendimento com assistente social. Em 71,3% dos casos não houve registros sobre o controle de comunicantes. Com relação ao acompanhamento dos casos, 29,4% apresentaram faltas em consultas agendadas e a conduta que prevaleceu para estas situações foi a visita domiciliar (10,1%). Com relação à utilização de outras unidades de saúde, 10,1 % dos doentes foram encaminhados para outros serviços pela unidade que realizou o tratamento e os demais atendimentos ocorreram sem que houvesse encaminhamentos (24,8%). A análise dos prontuários, Livro Verde e Ficha Amarela revelou um baixo número de registros e inúmeras lacunas no seu preenchimento tanto com relação ao acompanhamento dos casos, bem como das ações ofertadas pelos serviços de saúde no decorrer do tratamento. Tal fato dificulta a integração e continuidade do cuidado prestado e pode prejudicar a verificação da proporção real de serviços que foram ofertados e utilizados pelos doentes. Deste modo, verifica-se a necessidade do adequado preenchimento dos instrumentos a fim de facilitar a elaboração de estratégias de planejamento da assistência por parte da coordenação dos programas. O cuidado integral centrado no usuário e uma adequada articulação dos serviços de saúde podem melhorar o atendimento prestado aos doentes de TB.

Palavras-chave: Tuberculose. Tratamento. Serviços de saúde. Sistema de informação. Avaliação de serviços de saúde.

ABSTRACT

SIMIELE-BECK, MF. Offering and integration of care in the treatment of tuberculosis: analysis from recording instruments. [Dissertation]. Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto College of Nursing, 2015. 83f.

This study aimed to analyze the integration of assistance to tuberculosis patients (TB) from recording instruments in Ribeirão Preto. Exploratory study with a quantitative approach. The study population consisted of TB patients notified and living in the city who completed treatment between 2012 and 2013, excluding patients in the prison system, transferred or had their diagnoses changed. The survey was conducted by collecting secondary data sources in 4: in the state reporting system (TBWEB) for identification of TB patients; in the clinical records of patients selected in the covering sheet of supervised treatment (yellow plug) and in the book registry of patients and follow-up treatment of tuberculosis cases (Green Paper), which allowed access to records related to medical information, test results and foreclosure situation. The selected variables were grouped according to the cast of dimensions of services and care coordination. Data were analyzed using descriptive statistics. The results showed that among the services offered, 72.5% of patients underwent five or more medical visits, while only 9.2% had 1-2 consultations with the nurse. The return guidance to consultations held by the medical staff (96.3%) and nursing (84.4%) was the one that prevailed. The procedure most often performed by the physician was the clinical outcome (97.2%) and nursing staff was the pre and post consultation (69.7%). According to data from medical records and the yellow plug, 75.2% received supervised treatment and the predominance of supervision was at home. Sputum smear microscopy was performed in 89.0% of patients and the Anti-HIV test in 69.7% of cases. The basket was offered to 23.8% and 18.3% of patients received care with social worker. In 71.3% of cases there were no reports on the control contacts. Regarding the monitoring of cases, 29.4% had faults in scheduled appointments and conduct that prevailed for these situations was the home visit (10.1%). Only 10.1% of patients were referred to other services by the unit that carried out the treatment and other care occurred without any referrals (24.8%). The analysis of medical records, Green and Yellow Sheet revealed a low number of records and numerous gaps in their fulfillment both in relation to the monitoring of cases, as well as the shares offered by health services during treatment. This makes the integration and continuity of care provided and impairs verification of the actual proportion of services that were offered and used by patients. Thus, there is a need for adequate filling of the instruments in order to facilitate the development of planning strategies of assistance from the coordination of programs. The full user-centered care and an appropriate coordination of health services can improve the care provided to TB patients.

Keywords: Tuberculosis. Treatment. Health services. Information system. Health services evaluation.

RESUMEN

SIMIELE-BECK, MF. Ofrenda y la integración de la atención en el tratamiento de la tuberculosis: análisis de los instrumentos de registro. [Disertación]. Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, Escuela de Enfermería, 2015. 83f.

Este estudio tuvo como objetivo analizar la integración de la asistencia a los pacientes con tuberculosis (TB) de instrumentos de registro en Ribeirão Preto-SP. Estudio exploratorio con enfoque cuantitativo. La población del estudio consistió en pacientes con tuberculosis notificados y que viven en la ciudad que completaron el tratamiento entre 2012 y 2013, con exclusión de los pacientes en el sistema penitenciario, transferido o tenían sus diagnósticos cambiaron. La encuesta se realizó mediante la recopilación de fuentes secundarias de datos en 4: en el sistema de información de estado (TBWEB) para la identificación de los pacientes con tuberculosis; en las historias clínicas de los pacientes seleccionados en la hoja de cobertura de tratamiento supervisado (conector amarillo) y en el registro contable de los pacientes y el tratamiento de seguimiento de casos de tuberculosis (Libro Verde), lo que permitió el acceso a los registros relacionados con la información médica, resultados de las pruebas y la situación de la ejecución hipotecaria. Las variables seleccionadas se agruparon de acuerdo con el reparto de las dimensiones de los servicios y coordinación de la atención. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva. Los resultados mostraron que entre los servicios que se ofrecen, el 72,5% de los pacientes fueron sometidos a cinco o más visitas médicas, mientras que 9.2% tenían 1-2 consultas con la enfermera. Los registros de las directrices de retorno consultas realizadas por el personal médico (96,3%) y de enfermería (84,4%) fue la que prevaleció en los registros médicos. El procedimiento más a menudo realizada por el médico fue el resultado clínico (97,2%) y el personal de enfermería era el pre y consulta post (69,7%). Según los datos de los registros médicos y la clavija amarilla, el 75,2% recibió tratamiento supervisado y el predominio de supervisión estaba en casa (57,8%). La baciloscopia de esputo se realizó en el 89,0% de los pacientes y la prueba anti-VIH en el 69,7% de los casos. La cesta se le ofreció al 23,8% y el 18,3% de los pacientes recibió atención con el trabajador social. En el 71,3% de los casos no hubo informes sobre los contactos de control. En cuanto al seguimiento de los casos, el 29,4% tenían fallas en los nombramientos y conductas programadas que prevalecieron para estas situaciones fue la visita a la casa (10,1%). En cuanto al uso de otras unidades de salud, el 10,1% de los pacientes fueron remitidos a otros servicios por la unidad que lleva a cabo el tratamiento y otro tipo de atención se produjo sin ningún referencias (24,8%). El análisis de los registros médicos, Verde y Amarillo Hoja reveló un bajo número de registros y numerosas lagunas en su cumplimiento, tanto en relación con el seguimiento de los casos, así como las acciones ofrecidas por los servicios de salud durante el tratamiento. Este hecho complica la integración y continuidad de la atención prestada y puede perjudicar a la comprobación de la proporción real de los servicios que se ofrecían y utilizados por los pacientes. Por lo tanto, hay una necesidad de un llenado adecuado de los instrumentos con el fin de facilitar el desarrollo de la planificación de las estrategias de asistencia de la coordinación de los programas. El cuidado centrado en el usuario completo y una coordinación adecuada de los servicios de salud pueden mejorar la atención prestada a los pacientes con tuberculosis.

Palabras clave: Tuberculosis. Tratamiento. Servicios de salud. Sistema de información. Evaluación de servicios de salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Regiões Distritais de Saúde em Ribeirão Preto-SP, SMS, 2013.....	30
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Caracterização dos Ambulatórios de Referência que atendem TB segundo alguns aspectos do funcionamento, Ribeirão Preto, agosto/setembro de 2013.....	31
Quadro 2. Caracterização dos Ambulatórios de Referência que atendem TB, segundo a composição do quadro dos recursos humanos, Ribeirão Preto, agosto/setembro de 2013.....	31
Quadro 3. Distribuição dos doentes de tuberculose e cálculo amostral para coleta de dados nos ambulatórios de referência de Ribeirão Preto	34
Quadro 4. Descrição das seções e variáveis utilizadas no estudo	36
Quadro 5. Descrição das dimensões e variáveis utilizadas no estudo	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características s clínico-epidemiológicas dos doentes com TB no município de Ribeirão Preto - SP. 2012/2013	41
Tabela 2. Distribuição de frequência das consultas mensais, orientações e procedimentos realizados pela equipe médica entre o início e o encerramento do tratamento da TB. Ribeirão Preto – SP. 2012/2013	42
Tabela 3. Distribuição de frequência das orientações e procedimentos realizados pela equipe de enfermagem entre o início e o encerramento do tratamento da TB. Ribeirão Preto – SP. 2012/2013	43
Tabela 4. Distribuição de frequência da oferta de visitas domiciliares e tratamento supervisionado (TDO) e do local onde predominou a supervisão medicamentosa dos doentes de TB durante o tratamento. Ribeirão Preto – SP. 2012/2013.....	43
Tabela 5. Distribuição de frequência da oferta de exames aos doentes de TB durante o acompanhamento do tratamento. Ribeirão Preto – SP. 2012/2013.....	44
Tabela 6. Distribuição de frequência da oferta de incentivos sociais, registros sobre as condições de vida, atendimentos com assistente social, registros da dificuldade de enfrentamento da doença, uso de álcool e drogas e apoio familiar recebido pelos doentes durante o tratamento da TB. Ribeirão Preto – SP. 2012/2013.....	45
Tabela 7. Distribuição de frequência das ações realizadas para o controle de comunicantes dos doentes durante o tratamento da TB. Ribeirão Preto – SP. 2012/2013.....	46
Tabela 8. Distribuição de frequência das faltas em consultas agendadas e as condutas adotadas em caso de falta durante o tratamento da TB. Ribeirão Preto – SP. 2012/2013.....	46
Tabela 9. Distribuição de frequência dos encaminhamentos realizados e utilização de outros serviços de saúde pelo doente de TB e comunicação entre os profissionais e serviços de saúde durante o tratamento. Ribeirão Preto – SP. 2012/2013.....	47

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Formulário estruturado para coleta de dados secundários.....	76
Anexo 2 . Roteiro Observacional - Sistemas de serviços de saúde para o tratamento dos portadores de Tuberculose.....	81
Anexo 3 . Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - Secretaria Municipal da Saúde – Estado de São Paulo	82
Anexo 4 . Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo	83

LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

DACA – Departamento de Avaliação, Controle e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde

DST – Doença Sexualmente transmissível

GEOTB – EERP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

FMRP – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

FNI – Ficha de Notificação/Investigação

GEO-TB - Grupo de Estudos Epidemiológico Operacional em Tuberculose de Ribeirão Preto

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HYGIA-WEB – Sistema municipal de prontuários eletrônicos

LILACS – Literatura Latino Americana em Ciências de Saúde

MEDLINE – Literatura Internacional em Ciências da Saúde

MS – Ministério da Saúde

NVE – Núcleo de Vigilância Epidemiológica

OMS – Organização Mundial da Saúde

P – Proporção Populacional

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCT – Programa de Controle da Tuberculose

REDE TB – Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose

RJ – Rio de Janeiro

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SE – Serviço Especializado

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SP – São Paulo

TB- Tuberculose

TB-WEB – Sistema Estadual de Notificação de Tuberculose (on line)

TDO – Tratamento Diretamente Observado

TS – Tratamento Supervisionado

UBDS – Unidades Básicas Distritais de Saúde

UPA – Unidade de Pronto-Atendimento

USP – Universidade de São Paulo

VE – Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	19
1 INTRODUÇÃO.....	21
1.1 Estado da arte	24
2 OBJETIVOS.....	26
2.1 Objetivo Geral	27
3 MATERIAIS E MÉTODOS	28
3.1 Tipo de estudo	29
3.2 Caracterização do local de estudo	29
3.3 População do Estudo.....	33
3.4 Cálculo e seleção da amostra do estudo	33
3.5 Instrumento e fontes de coleta de dados	34
3.6 Procedimento de coleta de dados	37
3.7 Dimensões de análise.....	37
3.8 Procedimentos de análise dos dados	39
3.9 Aspectos Éticos.....	39
4 RESULTADOS	40
4.1 Características clínico-epidemiológicas dos doentes de TB.....	41
4.2 Análise da dimensão de “Elenco de Serviços”	41
4.3 Análise da dimensão de “Coordenação da Assistência”	46
5 DISCUSSÃO.....	48
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
7 REFERÊNCIAS.....	64
8 ANEXOS.....	75

Apresentação

Este projeto foi realizado no município de Ribeirão Preto - SP e é parte integrante do projeto multicêntrico intitulado - “Tuberculose: análise dos pontos de estrangulamento da atenção para o controle da doença em municípios das regiões Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil” - submetido para Chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE - Decit N° 40/2012 - Pesquisa em Doenças Negligenciadas.

Tal projeto multicêntrico foi coordenado e desenvolvido pelo Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacionais em Tuberculose (GEOTB - <http://www.eerp.usp.br/geotb>), cuja atuação está articulada à REDE-TB (<http://www.redetb.org>). São líderes do GEOTB a Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP) e o Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto (Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRP/USP).

O grupo é composto por pesquisadores, docentes e alunos de graduação e pós-graduação de nove Escolas de Enfermagem e três Faculdades de Medicina de diferentes regiões do Brasil, além de contar com o apoio de profissionais e coordenadores municipais e estaduais dos Programas de Controle da Tuberculose (PCT), o que fortalece a pesquisa e permite propor medidas para auxiliar a assistência prestada e o controle da doença perante as dificuldades/lacunas encontradas nos diversos locais onde os estudos são realizados.

1 Introdução

Para o processo de assistência acontecer de modo integrado e articulado, com vistas a garantir um cuidado integral em todos os serviços de saúde, é necessário que a coordenação do cuidado na assistência prestada seja capaz de assegurar a qualidade do atendimento por meio da tomada de decisões capazes de atender às necessidades dos usuários (ASSIS et al, 2012).

A integração entre os níveis, também chamada de coordenação da assistência, promove a articulação entre os serviços e as ações em saúde para que estes trabalhem de forma sincronizada e voltada ao alcance de um objetivo comum, garantindo a continuidade do atendimento aos doentes (ARMITAGE et al., 2009; ALMEIDA et al., 2010).

No que se refere à integração das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) à rede de serviços do sistema de saúde, observa-se a necessidade de uma dinâmica assistencial que atenda às necessidades dos doentes, podendo ser obtido por meio da coordenação dos serviços básicos de saúde (BRASIL, 2007).

Pensar na dinâmica da assistência prestada para o controle da TB implica em reconhecer tal agravo enquanto uma condição crônica (MENDES, 2011), cujas ações e intervenções necessitam de continuidade da assistência para que haja acompanhamento efetivo ao longo do tratamento (ASSIS et al, 2012).

Embora a tuberculose (TB) seja tratável e curável com medicamentos de baixo custo e alta eficácia, no ano de 2013, a doença fez 1,5 milhão de vítimas entre 9 milhões de pessoas que contraíram a doença. Dentre as vítimas, 360 mil eram doentes infectados com o vírus HIV. No entanto, a taxa de mortalidade de tuberculose diminuiu 45% desde 1990 e o número de novas infecções diminuiu 1,5% por ano, com 37 milhões de vidas salvas desde 2000, devido a diagnósticos feitos a tempo útil e aos tratamentos oferecidos (WHO, 2014).

O Brasil apresentou incidência de 46 casos e mortalidade de 2,2 para cada 100.000 habitantes. Em 2012, permaneceu entre os 22 países responsáveis por 80% da carga da doença

no mundo, estando entre os 6 países com baixa taxa de cura, registrando 72,0% e 10,7% de abandono (WHO, 2014).

O impacto proporcionado pela morbimortalidade relacionada à TB sugere a necessidade não apenas da integração de ações e serviços, considerada fundamental, mas também do fortalecimento dos serviços e programas existentes no município, cuja resolubilidade pode variar de acordo com recursos financeiros, técnicos, humanos e estruturais que compõem a rede de atenção (BRASIL, 2006).

Alguns estudos apontam uma forte relação entre os fatores relacionados ao fracasso do tratamento da TB e a forma como são desempenhadas as ações de controle na AB. Verifica-se que, embora o acompanhamento do doente de TB permita identificar fragilidades com relação à adesão ao tratamento, questões relacionadas aos mecanismos de referência e contra-referência e às dificuldades de integração entre os níveis de atenção e de ações e serviços são importantes para o controle da doença (GONZÁLES et al., 2008a;b; RODRIGUES et al., 2010; FELISBERTO et. al., 2002; SÁ et al., 2010).

Nesse contexto, o registro de informações emerge como importante meio para garantir acesso dos profissionais às informações referentes ao tratamento dos doentes de TB e manter a continuidade informacional, facilitando o planejamento das ações e a avaliação do controle da doença (MALHÃO et. al., 2010).

O PCT preconiza a utilização de instrumentos padronizados para o registro de informações. São estes: Ficha de Notificação/Investigação (FNI), o Livro de Registro e Acompanhamento de Tratamento dos Casos de Tuberculose (Livro Verde) e a Ficha de Registro do Tratamento Diretamente Observado (Ficha Amarela) (BRASIL, 2007).

Para armazenamento das informações obtidas por meio dos registros, é utilizado, no Estado de São Paulo, o Sistema de Controle de pacientes com TB (TB-WEB).

Portanto, nota-se a presença de instrumentos que buscam a integração entre os níveis de assistência à saúde, mesmo que em diferentes graus de implementação, o que indica que há preocupação com a qualidade e continuidade da atenção que está sendo prestada, baseada no princípio da integralidade (ALMEIDA et. al, 2010).

É indispensável que mecanismos de cooperação e coordenação sejam desenvolvidos para que uma gestão eficiente e responsável pelos recursos coletivos seja capaz de atender às necessidades de saúde nos âmbitos local e regional. Para tanto, são necessárias equipes multidisciplinares que compartilhem responsabilidades e atribuições e que sejam orientadas por um sistema de informação ágil e flexível, capaz de auxiliar nas tomadas de decisão pelas equipes clínicas, integrando-as (HARTZ E CONTANDRIOPOULOS, 2004)

A integração dos serviços de saúde, como eixo orientador deve, portanto, compreender alguma forma de continuidade. Para isto, podem ser utilizados prontuários clínicos e as fichas de controle padronizadas pelo Ministério da Saúde, de modo que se possa analisar a oferta e integração das ações e serviços prestados ao doente de TB por meio dos registros. Deste modo, espera-se que seja possível adequar o planejamento das políticas de controle da doença, assim como a capacidade do serviço em atender às suas reais necessidades.

1.1 Estado da arte

Realizou-se levantamento bibliográfico entre novembro de 2012 e fevereiro de 2013, no portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados do LILACS e MEDLINE, a fim de identificar produções científicas relacionadas ao tema integração da assistência no tratamento da TB e análise de registros. Para isto, foram utilizados os descritores “tuberculosis”, “coordination”, “assistance”, “records”, “tuberculose”, “coordenação”, “assistência” e “registros”. Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos completos

publicados no período de 2002 a 2012; periódicos nacionais e internacionais; idiomas português, inglês e espanhol; conter no título as palavras utilizadas como descritores.

Identificou-se 93 artigos científicos, dos quais 14 foram selecionados e categorizados de acordo com as principais contribuições: *Referência e contra-referência como ferramentas de coordenação e suas implicações* (SILVA et al, 2010; ASSIS et al, 2012), *Necessidade de integração entre os serviços visando a qualidade da assistência prestada* (CAMPO, FONSECA, PESSINI, 2012), *Necessidade de implantação de políticas de saúde para ampliação do acesso aos serviços de saúde* (DAFTARY, PADAYATCHI, 2012), *O uso dos sistemas de registro para compreensão da TB* (BIERRENBACH et al, 2010; PARK et al, 2012), *Uso do prontuário manual como instrumento de avaliação e a necessidade de novos sistemas de informação* (SANTOS, FERREIRA, 2012), *Importância dos registros e implantação de estratégias para melhoria da qualidade das informações* (BIERRENBACH et al, 2007; MOREIRA, MACIEL, 2008; BOURGARIT et al, 2009; THEME-FILHA et al, 2012); *A associação entre o sistema eletrônico de registros de saúde e a coordenação do cuidado* (GRAETZ et al, 2009, O'MALLEY et al, 2009; BATES, 2010).

Estes materiais sinalizam a complexidade de manejo da TB com relação à qualidade da assistência prestada, uma vez que os serviços de saúde apresentam debilidades baseadas na atenção fragmentada e instrumentos de registros desatualizados. Diante deste cenário, reitera-se a importância de se identificar as barreiras que permeiam a oferta de ações e serviços de saúde mediante a necessidade de avançar os conhecimentos a respeito da coordenação da assistência no contexto dos registros, levando-se em consideração as possibilidades disponíveis para melhora da qualidade dos sistemas de informação e, por consequência, da assistência ofertada.

2 Objetivo

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a oferta de ações e a integração da assistência prestada aos doentes de TB em Ribeirão Preto a partir de instrumentos de registro.

3 Materiais e Método

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem quantitativa.

3.2 Caracterização do local de estudo

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto – SP, localizado na região nordeste do Estado de São Paulo, cuja população total em 2012 era de 619.746 habitantes (IBGE, 2012). O sistema de saúde é composto por uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), cinco Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) com PA 24 horas e 32 Unidades de Atenção Básica, sendo 28 Unidades Básicas de Saúde com Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 14 Unidades Saúde da Família com 29 equipes, resultando em 13% de cobertura (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Em 2012, foram notificados 167 casos de TB, dos quais 72% realizaram Tratamento Diretamente Observado (TDO). Em relação ao desfecho do tratamento, verificou-se 77,8% de taxa de cura, 9,6% de abandono, 3,6% de óbito e 1,2% de casos não encerrados (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

A atenção prestada aos doentes de TB está distribuída em quatro Ambulatórios de Referência, os quais atuam com equipes especializadas, mas não exclusivas do PCT. Tais equipes são constituídas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem ou visitador sanitário. Estas equipes possuem como atribuições a realização do diagnóstico, notificação dos casos, avaliação dos comunicantes, além de acompanhar o tratamento dos casos por meio de consultas médicas, atendimento de enfermagem e realização do tratamento diretamente observado (TDO). Cada ambulatório de referência dispõe de uma viatura quatro h/dia para a execução do TDO no domicílio dos doentes.

Figura 1: Regiões Distritais de Saúde em Ribeirão Preto-SP, SMS, 2013

Os Núcleos de Vigilância Epidemiológica (NVE) são centralizados e distribuídos por distrito sanitário do município e são responsáveis pelo processamento e registro dos dados através do sistema informatizado TB-WEB, presente apenas no estado de SP cujo acesso e autorização estão centralizados nos profissionais da VE e coordenação municipal do PCT. Os dados apresentados nos quadros abaixo foram obtidos por meio da observação dos cenários do estudo, além dos questionamentos feitos aos profissionais dos serviços de saúde. Para fins didáticos, os ambulatórios foram nomeados de acordo com o distrito sanitário ao qual pertenciam: Norte, Sul, Central e Oeste.

Quadro 1. Caracterização dos Ambulatórios de Referência que atendem TB segundo alguns aspectos do funcionamento, Ribeirão Preto, agosto/setembro de 2013.

Características dos Ambulatórios	Norte	Sul	Central	Oeste
(1) Centro de Referência em DST/aids/TB* (2) Ambulatório de Especialidades**	(1) HIV/aids, DST, tuberculose	(1) HIV/aids, DST, tuberculose hanseníase	(1) HIV/aids, DST, tuberculose hanseníase, hepatitis virais	(2) HIV/aids, DST, tuberculose
Dias e horários de atendimento à TB com infectologista	Segunda a sexta: manhã Segunda, quinta e sexta: tarde	Segunda a sexta: manhã e tarde	Segunda: manhã Terça: manhã e tarde Sexta: manhã	Terça: tarde Quinta: manhã
Periodicidade das consultas médicas para doentes de TB	Mensal	Mensal	Mensal	Mensal
Sala de vacina	Sim	Não	Sim	Sim
Farmácia	Sim	Sim	Sim	Sim

* Centro de Referência: unidade de saúde que atende exclusivamente DST/aids e tuberculose

** Ambulatório de Especialidades: atende diversas especialidades incluindo a tuberculose

Observação: todos os serviços de saúde selecionados para o presente estudo funcionam de segunda a sexta-feira em horário comercial (7h-17h), porém com horários e dias restritos para o atendimento ao doente de TB, como apontado na tabela acima.

Quadro 2. Caracterização dos Ambulatórios de Referência que atendem TB, segundo a composição do quadro dos recursos humanos, Ribeirão Preto, agosto/setembro de 2013.

Ambulatórios / Recursos Humanos	Norte	Sul	Central	Oeste
Médico que atende TB (nº e somatória da carga horária de todos os profissionais no ambulatório/semana)	2 Carga horária total: 16h	2 Carga horária total: 40h	2 Carga horária total: 32h	3 Carga horária total: 12h

Enfermeiros*** (nº e somatória da carga horária de todos os profissionais no ambulatório/semana)	-	2 Carga horária total: 60h	1 Carga horária total: 30h	-
Auxiliares/técnicos de enfermagem*** (nº e somatória da carga horária de todos os profissionais no ambulatório/semana)	2 Carga horária total: 80h	2 Carga horária total: 80h	3 Carga horária total: 120	2 Carga horária total: 80h
Visitador Sanitário (nº e somatória da carga horária de todos os profissionais no ambulatório/semana)	-	-	-	1 Carga horária total: 40h
Farmacêuticos (nº e somatória da carga horária de todos os profissionais no ambulatório/semana)	2* Carga horária total: 40h	1 Carga horária total: 20h	2 Carga horária total: 40h	1* Carga horária total: 20h
Assistente Social (nº de profissionais no ambulatório/semana)	1* Carga horária total: 30h	1 Carga horária total: 30h	1 Carga horária total: 30h	1** Carga horária total: 30h
Dentista (nº e somatória da carga horária de todos os profissionais no ambulatório/semana)	-	-	-	-
Psicólogo (nº e somatória da carga horária de todos os profissionais no ambulatório/semana)	-	-	-	-

* Os ambulatórios Norte e Oeste contam com farmacêutico e assistente social não exclusivos dos ambulatórios, atendendo, também, toda demanda da UBS/Distrito de Saúde, respectivamente.

** No Distrito Oeste, a assistente social atende, além do ambulatório de HIV/aids e TB, 26 ambulatórios.

*** Em todos os serviços, tanto técnicos/auxiliares de enfermagem como enfermeiros estão envolvidos em outras atividades assistenciais, administrativas e de vigilância epidemiológica das demais doenças assistidas nos ambulatórios. O tempo dedicado às ações do PCT pode variar chegando a 50% da carga horária total no caso dos auxiliares/técnicos de enfermagem e cerca de 30% no caso dos enfermeiros.

3.3 População do Estudo

O estudo utilizou dados dos sistemas de registros de tratamento de doentes de TB que obtiveram o encerramento de caso entre janeiro de 2012 e julho de 2013.

Foram considerados critérios de inclusão: ser residente no município de Ribeirão Preto, ter sido acompanhado em um dos quatro ambulatorios de referência de TB e não pertencer ao sistema prisional. Foram excluídos do estudo os registros dos doentes que tiveram como situação de encerramento: mudança de diagnóstico ou transferência.

3.4 Cálculo e seleção da amostra do estudo

A partir do levantamento do número de doentes com TB notificados entre o período de 01 de janeiro de 2012 a 31 de julho de 2013, realizado em agosto de 2013, por meio do TB-WEB, identificou-se 152 pacientes, cuja distribuição é mostrada no quadro 3.

Após este levantamento, procedeu-se, então, ao cálculo do *tamanho amostral*, sendo considerados os seguintes parâmetros: erro amostral de 0,05; intervalo de confiança de 95% e P (proporção populacional) de 50%, obtendo-se:

$$n_0 = \frac{p \cdot (1-p) \cdot Z^2}{e^2} = 384$$

Por ter uma população finita de 152 doentes de TB, a amostra mínima calculada foi corrigida utilizando a equação abaixo:

$$n = \frac{n_0}{1 + (n_0 - 1 / N)} = \frac{384}{1 + (384 / 152)} = 109$$

Desta forma, obteve-se uma amostra de 109 doentes de TB selecionados.

Por meio de uma *amostragem sistemática**, utilizando-se a da partilha proporcional, definiu-se o número de registros a serem revisados por serviço de saúde:

Quadro 3. Distribuição dos doentes de tuberculose e cálculo amostral para coleta de dados nos ambulatorios de referência de Ribeirão Preto.

Nome do Serviço de Saúde	Número de doentes (%) (período: Jan/ 2012 – Jul/ 2013)	Cálculo M1/39=M2/31=M3/48=M4=109/152, ou seja:	Amostra
Serviço A*	39 (25,7%) M1	$M1/39=109/152 \Rightarrow M1=39 \times 109/152=39 \times 0,717=28$	28
Serviço B*	31 (20,4%) M2	$M2/31=109/152 \Rightarrow M2=31 \times 109/152=23$	23
Serviço C*	48 (31,6%) M3	$M3/48=109/152 \Rightarrow M3=48 \times 109/152=4$	34
Serviço D*	34 (22,3%) M4	$M4/34=109/152 \Rightarrow M4=34 \times 109/152=24$	24
TOTAL	152 (100%)	-----	109 (100%)

Legenda: M: Média Fonte: TB-WEB (agosto de 2013)

*para resguardar a identidade dos serviços de saúde estudados, optou-se por identificá-los por meio das letras do alfabeto A, B, C e D.

3.5 Instrumento e fontes de coleta de dados

A coleta de dados aconteceu a partir de um formulário estruturado (ANEXO I) elaborado com base no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose (BRASIL, 2011), onde foram definidas as ações oferecidas pelos serviços de saúde para o controle da doença, segundo as especificidades dos casos e os requisitos para tal.

Este formulário compreendeu 42 questões, divididas em quatro seções, de acordo com a fonte de coleta de dados:

A) *Sistema de Controle de Pacientes com Tuberculose (TB-WEB)*, implantado pela Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo através da Divisão de Controle da Tuberculose em 2006. Permite o armazenamento e acompanhamento das informações sobre os casos notificados no Estado de São Paulo. No município de Ribeirão Preto, está implantado nas unidades de Vigilância Epidemiológica distritais e somente os profissionais da VE estão aptos ao acesso, preenchimento e divulgação dos dados.

B) *Ficha de Registro do Tratamento Diretamente Observado – TDO (Ficha Amarela)*, refere-se ao TDO que consiste na tomada diária (de segunda a sexta-feira) da medicação sob supervisão do profissional de saúde. Para a decisão de que o tratamento foi supervisionado, convencionou-se que, ao final do tratamento, no mínimo, 24 tomadas da medicação tenham sido diretamente observadas na fase de ataque e 48 doses na fase de manutenção. Implantada pelo Ministério da Saúde, a ficha é o instrumento padronizado que permite o registro das atividades realizadas pela equipe com relação à medicação supervisionada (BRASIL, 2011).

C) *Livro de Registro e Acompanhamento de Tratamento dos Casos de Tuberculose (Livro Verde)*, implantado pelo Ministério da Saúde, é o instrumento mais amplamente utilizado para registrar as informações sobre a TB nos serviços, podendo ser considerado instrumento básico do PCT. Neste livro, é registrada a história do paciente, do início ao final do tratamento. Por meio deste, é possível obter um consolidado mensal dos casos que foram atendidos na unidade (CAVALCANTI et al, 2012).

D) *Prontuário Clínico*, tem sido utilizado como instrumento de trabalho e gestão que permite o registro das informações e, conseqüentemente, o acesso rápido às ações realizadas pelos profissionais de saúde, uma vez que reúne as informações necessárias à continuidade do tratamento dos doentes (PEREIRA et al, 2008). Pode apresentar-se em versão impressa e/ou eletrônica. Tem a função de organizar o processo decisório clínico, pois padroniza a informação em saúde e deve apresentar características fundamentais como privacidade, confiabilidade e segurança das informações (MENDES, 2011).

O quadro abaixo apresenta as seções do instrumento de coleta de dados e as respectivas variáveis envolvidas no estudo.

Quadro 4: Descrição das seções e variáveis utilizadas no estudo

Seções	Variáveis
I – Identificação do portador de TB Fonte: TB-WEB	Iniciais do nome do doente de TB, sexo, idade, forma clínica da doença, tipo de caso, comorbidades, data de diagnóstico, data de início do tratamento, tempo de tratamento, local onde fez as consultas mensais, data de encerramento do caso, tipo de encerramento.
II – Informações da ficha de acompanhamento do tratamento supervisionado (ficha amarela)	Realização do tratamento supervisionado, presença da Ficha de Acompanhamento do Tratamento Supervisionado no prontuário, local onde predominava a supervisão medicamentosa, preenchimento das informações de contato do doente de TB, preenchimento dos itens relacionados ao controle de comunicantes.
III – Informações do livro registro de pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de tuberculose (livro verde)	Preenchimento do nome, sexo, idade, nº prontuário, nº SINAN, informações clínicas, resultados de exame, situação de encerramento do caso.
IV- Informações do prontuário clínico	Registro de <i>todas</i> as consultas mensais com médico e/ou enfermeiro, registro de orientações e procedimentos realizados pela equipe de enfermagem e pelo(a) médico(a), registro sobre utilização e realização de consulta em outros serviços de saúde por parte do doente, registros de troca de informações dos profissionais com outros serviços de saúde que também acompanharam o doente, registros sobre faltas em consultas agendadas, registro da conduta adotada em caso de falta em consultas agendadas, registros sobre as visitas domiciliares, registros sobre a realização do tratamento supervisionado (TDO), registros sobre as condições de vida do doente, registro da realização de exames do doente de TB, registros sobre o controle de comunicantes, registro sobre incentivos sociais oferecidos ao doente de TB, registro sobre atendimento de assistente social, registro a respeito da dificuldade de enfrentamento da doença por parte do doente de TB, registros sobre o uso de álcool e drogas, registros sobre o apoio familiar ao doente de TB durante o tratamento.

3.6 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de julho a dezembro de 2013, nos quatro ambulatorios de referência que integram o Programa Municipal de Controle da Tuberculose.

Esta ocorreu em duas etapas:

- **1ª etapa:** identificação dos doentes de TB notificados por meio do sistema de informação TB-WEB e que tiveram o encerramento do caso entre janeiro de 2012 e julho de 2013, conforme critérios de inclusão;
- **2ª etapa:** após o levantamento dos dados no sistema TB-WEB foram levantados nos Ambulatórios de Referência, os prontuários clínicos, fichas de acompanhamento do tratamento supervisionado (ficha amarela) e os livros de registro de pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de TB (livro verde) da população do estudo.

3.7 Dimensões de análise

Na análise dos dados, as variáveis foram agrupadas conforme a oferta e a integração de ações oferecidas para o controle da TB, considerando, respectivamente, os conceitos de “elenco de serviços” e “coordenação da assistência”, segundo STARFIELD (2004).

- *Elenco de serviços* implica que as unidades de saúde sejam capazes de estabelecer meios para que os doentes recebam todo tipo de atenção à saúde que necessitem através dos serviços ofertados.

- A *coordenação da assistência* sugere algum tipo de continuidade da assistência, seja por meio do atendimento realizado pelo profissional, pelos prontuários clínicos, incluindo, também, o encaminhamento e acompanhamento dos doentes em outros serviços especializados.

O quadro abaixo apresenta a síntese das dimensões do estudo (elenco e coordenação) e as variáveis que foram considerados para análise dos dados:

Quadro 5: Descrição das dimensões e variáveis utilizadas no estudo

Dimensão	Variáveis
Elenco de serviços	<ul style="list-style-type: none"> - doentes que tiveram pelo menos uma consulta mensal registrada com médico (ou seja, uma para cada mês de tratamento); - doentes que tiveram pelo menos uma consulta mensal registrada com enfermeiro (ou seja, uma para cada mês de tratamento); - orientações realizadas pela equipe de enfermagem durante o tratamento do doente com TB; - procedimentos realizados pela equipe de enfermagem durante o tratamento da TB; - proporção de orientações realizadas pela equipe médica durante o tratamento do doente com TB; - procedimentos realizados pela equipe médica durante o tratamento da TB; - oferta de visitas domiciliares aos doentes de TB em tratamento; - oferta do tratamento diretamente observado aos doentes de TB em tratamento; - registros do local onde predominou a supervisão medicamentosa dos doentes de TB durante o tratamento; - oferta de exames aos doentes de TB; - oferta de incentivos e benefícios aos doentes de TB; - registros sobre a condição de vida dos doentes de TB em tratamento; - atendimentos realizados com a assistência social; - registros a respeito das dificuldades de enfrentamento da doença por parte do doente; - registros sobre o uso de álcool e drogas por parte do doente de TB durante o tratamento; - registros sobre o apoio familiar ao doente de TB durante o tratamento; - ações realizadas para o controle de contatos (comunicantes) dos doentes durante o tratamento;
Coordenação da assistência	<ul style="list-style-type: none"> - faltas em consulta agendada; - condutas adotadas em caso de faltas; - encaminhamentos realizados durante o tratamento da TB; - doentes que utilizaram outros serviços de saúde; - registros a respeito do contato entre profissionais e serviços de saúde que acompanham o caso com outros serviços de saúde.

Fonte: Adaptado Starfield, 2004

3.8 Procedimentos de análise dos dados

Os dados coletados foram digitados e armazenados em um banco de dados do software Statistica 9.0, da Statsoft, e analisados a parte da utilização de técnicas de estatística descritiva (distribuição de frequência, média e desvio-padrão).

Para subsidiar a discussão dos resultados do estudo, ainda elaborou-se um roteiro observacional, que se baseia nos elementos constitutivos da rede de atenção à saúde, adaptado para o cuidado ao doente de TB durante o tratamento. Com este roteiro, buscou-se compreender como o sistema de saúde do local do estudo organiza-se para prestar assistência aos doentes e contatos (comunicantes), a integração de ações e serviços nos diferentes níveis de atenção e a continuidade ao tratamento da TB (ANEXO 2).

3.9 Aspectos Éticos

Após a aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, atendendo às recomendações contidas na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e nas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, sob o protocolo CAAE 15671713.9.1001.53.93.

4 Resultados

4.1 Características clínico-epidemiológicas dos doentes de TB

A tabela 1 apresenta algumas características referentes aos doentes de TB, sendo a maioria do sexo masculino (67,9%). A idade média foi de 39,8 ($\pm$ 16,3) anos.

A maioria dos casos foram notificados como novos (91,7%) e a forma clínica predominante foi a pulmonar (90,8%). Destaca-se que 7,3% eram co-infectados com HIV e 85% não apresentavam nenhuma comorbidade. Dentre as comorbidades identificadas, o Diabetes Mellitus foi a mais prevalente (11,1%).

Tabela 1. Características clínico-epidemiológicas dos doentes com TB no município de Ribeirão Preto - SP. 2012/2013

VARIÁVEIS		N (N=109)	%
SEXO	Masculino	74	67,9
	Feminino	35	32,1
TIPO DE CASO DE TB	Novo	100	91,7
	Recidiva	8	7,3
	Retratamento pós-abandono	1	1,0
FORMA CLÍNICA	Pulmonar	99	90,8
	Extra-pulmonar	8	7,3
	Pulmonar + Extra-pulmonar	2	1,8
COMORBIDADES	HIV	8	7,3
	Diabete Melitus	12	11,1
	Hipertensão arterial	7	6,4
	Problemas	3	2,7
	respiratórios	2	1,8
	Outros	85	78,0
	Nenhum		

4.2 Análise da dimensão de “Elenco de Serviços”

Considerando que as consultas ocorrem mensalmente, a tabela 2 apresenta o número de consultas realizadas, no decorrer do tratamento, com o profissional médico. Nota-se que a

maioria dos pacientes passou por pelo menos 5 consultas com o médico durante o tratamento da TB (72,5%).

Os procedimentos realizados por eles são marcados pela evolução clínica (97,2%), prescrição (96,3%) e solicitação de exames (96,3%), que aparecem em sequência em praticamente todos os prontuários analisados. Apenas uma coleta de material foi feita por este profissional (1,0%) e 10,1% dos registros mostram que os doentes foram encaminhados pelo médico para outro serviço.

Tabela 2. Distribuição de frequência das consultas mensais, orientações e procedimentos realizados pela equipe médica entre o início e o encerramento do tratamento da TB. Ribeirão Preto – SP. 2012/2013

	VARIÁVEIS	Médico (N=109)	%
Consultas*	1 a 2 consultas	9	8,3
	3 a 4 consultas	18	16,5
	5 ou mais consultas	79	72,5
	Nenhuma consulta	3	2,7
Orientações*	Orientações gerais	14	12,8
	Realização de exames	12	11,1
	Retornos às consultas	105	96,3
Procedimentos*	Evolução clínica	106	97,2
	Coleta de material para exame	1	1,0
	Prescrição	105	96,3
	Encaminhamentos	11	10,1
	Solicitação de exames	105	96,3

* Dados coletados do prontuário clínico

Obs: orientações gerais incluem: sobre a doença, tratamento e efeitos colaterais, interação medicamentosa, ingestão da dose medicamentosa, importância da adesão ao tratamento.

Com relação às orientações fornecidas pela equipe de enfermagem, prevaleceu o retorno às consultas (84,4%). A tabela 3 também mostra que, dentre os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem/visitador sanitário, há predomínio das pré e pós-consultas realizadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem (69,7%). Observa-se, também, que não foi realizada nenhuma prescrição ou avaliação pelo enfermeiro.

Tabela 3. Distribuição de frequência das orientações e procedimentos realizados pela equipe de enfermagem entre o início e o encerramento do tratamento da TB. Ribeirão Preto – SP. 2012/2013

VARIÁVEIS		Equipe de enfermagem (N=109)	%
Orientações*	Orientações gerais	34	31,2
	Realização de exames	63	57,8
	Retornos às consultas	92	84,4
Procedimentos*	Pré e pós consulta enfermagem	76	69,7
	Coleta de material para exame	21	19,3
	Prescrição	0	0
	Encaminhamentos	2	1,8
	Solicitação de exames	2	1,8

* Dados coletados do prontuário clínico

Obs: orientações gerais incluem: sobre a doença, tratamento e efeitos colaterais, interação medicamentosa, ingestão da dose medicamentosa, importância da adesão ao tratamento.

Segundo a tabela 4, pouco mais da metade dos doentes receberam tratamento supervisionado e a maioria das visitas domiciliares foi realizada pelos auxiliares/técnicos de enfermagem. A tabela também mostra que, das 109 fichas amarelas analisadas, 64,2% registraram a realização do TDO, sendo que o predomínio da supervisão ocorreu no domicílio (57,8%).

Tabela 4. Distribuição de frequência da oferta de visitas domiciliares e tratamento supervisionado (TDO) e do local onde predominou a supervisão medicamentosa dos doentes de TB durante o tratamento. Ribeirão Preto – SP. 2012/2013

VARIÁVEIS		n (N=109)	%
Visitas Domiciliares*	Técnico/auxiliar de enfermagem	19	17,4
	Enfermeiro(a)	1	0,1
	Médico(a)	0	0
	Agente comunitário de saúde	0	0
	Visitador sanitário	13	11,9
Tratamento Supervisionado*	Sim	58	53,2
	Não	51	46,8

Tratamento Supervisionado **	Sim	70	64,2
	Não	39	35,8
Tratamento Supervisionado ***	Sim	82	75,2
	Não	27	24,8
Local onde predominou a supervisão medicamentosa **	Domicílio	63	57,8
	Serviço de saúde	9	8,3
	Sem registro	29	26,6
	Não se aplica (Auto-administrado)	8	7,3

* Dados coletados do prontuário clínico

** Dados coletados da ficha amarela

*** Dados coletados ficha amarela + prontuário

De acordo com a tabela 5, verifica-se elevado percentual de baciloscopias de escarro realizadas, bem como outros exames (89,0%) e destaca-se o número reduzido de culturas de escarro. A realização do Anti-HIV aparece em 69,7% dos casos.

Tabela 5. Distribuição de frequência da oferta de exames aos doentes de TB durante o acompanhamento do tratamento. Ribeirão Preto – SP. 2012/2013

EXAMES	n (N=109)	%
Baciloscopia de escarro*	97	89,0
Baciloscopia para diagnóstico**	51	46,8
Baciloscopia para controle**	16	14,7
Cultura de escarro*	42	38,5
Raio-X*	95	87,2
Anti-HIV*	76	69,7
Outro*	97	89,0
Nenhum	0	0

* Dados coletados do prontuário clínico

** Dados coletados do Livro Verde

Obs: outros exames incluem: amilase, fosfatase, TGP, TGO, hemograma completo, exames específicos para hepatites, endoscopias, tomografia, eletrocardiograma, biópsia, ressonância magnética, urina, fezes, broncoscopia, exames específicos para doenças sexualmente transmissíveis, prova tuberculínica.

Embora todos os serviços contassem com a presença da assistente social, apenas 18,3% dos doentes passaram por atendimento com este profissional. Dos benefícios oferecidos, a cesta básica foi a que prevaleceu.

Não houve registros sobre a dificuldade de enfrentamento da doença e o apoio familiar que o doente possa ter recebido. Ainda, segundo a análise dos casos, 24,8% possuíam o registro do uso de álcool e drogas no decorrer do tratamento (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição de frequência da oferta de incentivos sociais, registros sobre as condições de vida, atendimentos com assistente social, registros da dificuldade de enfrentamento da doença, uso de álcool e drogas e apoio familiar recebido pelos doentes durante o tratamento da TB. Ribeirão Preto – SP. 2012/2013

VARIÁVEIS		n (N=109)	%
Incentivos sociais oferecidos*	Cesta básica	26	23,8
	Café da manhã	0	0
	Vale transporte	9	8,3
	Leite	3	2,8
	Nenhum	71	65,1
Registro sobre as condições de vida*	Sim	24	22,0
	Não	85	78,0
Atendimento pela assistência social*	Sim	20	18,3
	Não	89	81,7
Registro sobre a dificuldade de enfrentamento da doença*	Sim	0	0
	Não	109	109
Registro sobre uso de álcool e drogas*	Sim	27	24,8
	Não	82	75,2
Registro sobre apoio familiar*	Sim	0	0
	Não	109	100,0

* Dados coletados do prontuário clínico

Em relação ao controle de comunicantes, apresentada na tabela 7, 71,6% não passaram por nenhum tipo de avaliação. Das condutas adotadas, prevaleceu a solicitação de exames. No entanto, cerca de metade dos resultados, por conseguinte, não apresentaram registro. Identificou-se, também, o baixo preenchimento das informações relacionadas aos comunicantes nas Fichas Amarelas (1,8%).

Tabela 7. Distribuição de frequência das ações realizadas para o controle de comunicantes dos doentes durante o tratamento da TB. Ribeirão Preto – SP. 2012/2013

VARIÁVEIS	n (N=109)	%
Realização de consulta médica/enfermagem*	3	2,8
Solicitação de exames*	15	13,8
Resultados de exames*	7	6,4
Há registro de que os comunicantes foram avaliados*	9	8,3
Nenhuma informação sobre os comunicantes*	78	71,6
Informações sobre os comunicantes**	2	1,8

* Dados coletados do prontuário clínico

** Dados coletados da ficha amarela

4.3 Análise da dimensão de “Coordenação da Assistência”

Na tabela 8, é possível observar que 29,4% dos pacientes faltaram em consultas agendadas. Das condutas adotadas nestes casos, em 5,5% dos casos foi realizado contato telefônico e 10,1% receberam visita domiciliar. Não havia registro sobre comunicação entre os serviços e a Vigilância Epidemiológica (VE).

Tabela 8. Distribuição de frequência das faltas em consultas agendadas e as condutas adotadas em caso de falta durante o tratamento da TB. Ribeirão Preto – SP. 2012/2013

VARIÁVEIS	N (N=109)	%
Faltas em consultas agendadas*	Sim	32
	Não	0
	Não se aplica	77
Condutas adotadas em caso de faltas*	Contato telefônico	6
	Visita domiciliar	11
	Comunicação à VE	0
	Nenhuma conduta	15
	Não se aplica	77

* Dados coletados do prontuário clínico

Observou-se que 24,8% dos doentes utilizaram outro serviço de saúde sem encaminhamento da unidade de referência do caso e apenas 10,1% foram encaminhados

formalmente. As especialidades aparecem como os principais locais onde os doentes foram atendidos no decorrer do tratamento (18,3%). Verifica-se que a comunicação entre os serviços de saúde também não é frequente (Tabela 9).

Tabela 9. Distribuição de frequência dos encaminhamentos realizados e utilização de outros serviços de saúde pelo doente de TB e comunicação entre os profissionais e serviços de saúde durante o tratamento. Ribeirão Preto – SP. 2012/2013

ENCAMINHAMENTOS	n (N=109)	%
Encaminhado pela unidade que fez o acompanhamento da TB*	11	10,1
Sem encaminhamento da unidade que fez o acompanhamento da TB*	27	24,8
Não utilizou outro serviço de saúde*	71	65,1
Utilizou Hospitais*	7	6,4
Utilizou a UPA*	3	2,8
Utilizou Especialidades*	20	18,3
Utilizou UBDS*	4	3,7
Comunicação entre os serviços*	17	15,6

Legenda: UPA = Unidade de Pronto Atendimento; UBDS = Unidades Distritais Básicas de Saúde

* Dados coletados do prontuário clínico

5 Discussão

O perfil clínico-epidemiológico dos doentes analisados, segundo os resultados, está de acordo com outras pesquisas que mostram como vulneráveis à TB: homens adultos jovens, classificados como “caso novo” e cuja forma clínica principal é a pulmonar (IGNOTTI et al, 2007; BRUNELLO et al, 2009; SANTO, SANTOS, MOREIRA, 2009; BELO et al, 2010; COELHO et al, 2010; VILLA et al, 2011). Com relação ao número de coinfectados pelo HIV, a porcentagem apresentou-se abaixo do esperado (7,9%), uma vez que estudos realizados no município em outros anos (MUNIZ et al., 2006; BRUNELLO et al., 2011) mostram uma proporção de doentes de TB portadores do vírus HIV como pouco mais de 30% dos casos notificados.

A presença de comorbidades crônicas associadas (HIV, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus) evidencia a necessidade da integração entre equipes e serviços de saúde para que o acompanhamento dos doentes e as informações relacionadas ao tratamento sejam compartilhadas. No município de Ribeirão Preto, observou-se que, muitas vezes, o próprio infectologista realiza os tratamentos específicos dessas comorbidades, não havendo, portanto, integração entre diferentes equipes que visam o cuidado integral prestado ao doente.

Estudos internacionais sugerem maior probabilidade de desenvolvimento da TB em portadores de Diabetes Mellitus, doença, inclusive, que vem aumentando nos países de baixa renda, gerando um desafio ainda maior para os sistemas de saúde que necessitam de planejamento e coordenação dos programas para controle e redução de ambas as doenças, impedindo o aumento que vem acontecendo desta comorbidade (UGARTE-GIL, MOORE, 2014; LONNROTH, ROGLIC, HARRIES, 2014; VINEY et al, 2015).

Um estudo realizado no Brasil mostrou que programas de TB e AIDS trabalham separadamente, prejudicando o tratamento, dificultando e encarecendo o acesso ao atendimento. Os mesmos autores ainda apontam que apenas a articulação entre essas duas áreas permitirá gerenciamento mais eficaz dos recursos destinados aos diagnósticos e

controles das respectivas doenças por meio de capacitação de pessoal (JAMAL, MOHERDAUI, 2007).

Este estudo mostrou que os Ambulatórios de Especialidades e o Centro de Referência realizam agendamento mensal para todos os doentes durante todos os meses de tratamento e há períodos específicos reservados na semana para atendimento exclusivo à TB. Embora haja uma considerável prevalência de doentes de TB que comparecem para atendimento mensal durante o tratamento, sendo este extremamente valorizado pelos doentes que buscam progredir no tratamento (QUEIROZ, BERTOLOZZI, 2010), nota-se que o enfoque dado às consultas, orientações e procedimentos é estritamente clínico, com vistas a garantir apenas a continuidade do tratamento da TB. Este olhar biologicista, ainda predominante nos serviços de saúde, dificulta a implantação da prática da clínica ampliada e a integralidade da atenção (CUNHA, 2007).

“A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida” (BRASÍL, 2004)

Em Ribeirão Preto, os serviços e ações para o controle da TB estão praticamente centrados nas figuras dos médicos e auxiliares/técnicos de enfermagem, o que gera maior vínculo com esses profissionais, como demonstra, também, estudo realizado anteriormente no município (BRUNELLO et al, 2009). Segundo Campos et al. (2012), a prioridade da procura pelo atendimento médico ainda é uma das responsáveis pela fragmentação da assistência, impedindo o trabalho em equipe. O elevado número de atendimentos médicos reforça a imagem que os doentes têm que a resolução do caso está apenas nas mãos destes profissionais (TURRINI et al., 2008).

A equipe de enfermagem é responsável pela recepção, acolhimento, pré e pós consulta, visita domiciliar e realização do TDO, podendo ser considerada, também, referência para a discussão dos casos. Mesmo assim, identificou-se uma baixa participação do profissional enfermeiro no processo assistencial. Nenhuma prescrição, por exemplo, foi realizada, mesmo que esta prática seja permitida pela Lei nº 7.498, de 25 de Julho de 1986, que dispõe claramente: “O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem cabendo-lhe” (Art. 11): privativamente (inc. I) a “consulta de enfermagem” (alínea “i”). E, “como integrante da equipe de saúde” (inc. II): a “prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde” (alínea “c”) (BRASIL, 1986).

Observou-se, também, que tanto no Ambulatório quanto no Centro de Referência que contavam com a presença de enfermeiros, estes estavam envolvidos em outras atividades que não somente assistenciais, ficando a cargo dos auxiliares/técnicos de enfermagem a maior parte dos cuidados que cabem à categoria.

Esta escassez no número de enfermeiros e, conseqüentemente, uma baixa carga horária dedicada às ações do PCT, impossibilita o manejo clínico do caso com acompanhamento e registro da assistência prestada. A falta desses profissionais acarreta a não existência de um plano dedicado às ações de VE, controle de comunicantes de forma sistematizada e registro dos cuidados no prontuário clínico, prejudicando a existência de uma gestão adequada para discussão dos casos em tratamento.

Coordenar a equipe, envolver-se com diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças, lidar com as condições financeiras e materiais, com a falta de recursos, dentre outras atividades, gera sobrecarga de trabalho para o enfermeiro, prejudicando o desempenho profissional e comprometendo a qualidade do processo de trabalho (FONTANA, SIQUEIRA, 2009). Este mesmo estudo aponta que a valorização do profissional e um maior número de

profissionais na equipe são os fatores capazes de gerar melhoria da qualidade de vida e do trabalho prestado.

O enfermeiro capacitado realiza com eficácia o acompanhamento dos doentes de TB e suas famílias, garantindo menor abandono destes doentes no decorrer do tratamento, conforme mostra estudo realizado no Reino Unido (BOTHAMLEY et al, 2001). Diante disto, reforça-se a importância do profissional de enfermagem como um elo na fragmentação que se impõe na gestão do cuidado em saúde (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Destaca-se que os indicadores relacionados às visitas domiciliares e ao TDO mostram que o município prioriza estas ações e tem disponibilidade para tal. Entretanto, embora haja profissionais responsáveis pelas visitas (auxiliares/técnicos de enfermagem e visitador sanitário), as viaturas são disponibilizadas para realização do TDO no domicílio no período da manhã, pois não são exclusivas do PCT. Devido a isso, apenas os casos considerados mais vulneráveis ao abandono (etilistas, usuários de drogas, pessoas em situação de rua, idosos e pacientes em situação econômica precária) pela equipe recebem a supervisão do tratamento.

A visita do TDO é mais objetiva e busca, de fato, observar a ingestão medicamentosa pelo profissional responsável, seja o auxiliar de enfermagem ou visitador sanitário. As visitas domiciliares, que tem por finalidade prestar ações de vigilância epidemiológica, acontecem eventualmente. Nestes casos, a equipe realiza o controle de comunicantes no domicílio agendando consultas, faz busca ativa dos doentes faltosos e procura identificar problemas que possam interferir no tratamento do doente.

Segundo Monroe et. al (2005), para que ocorra a operacionalização do TDO, primeiramente deve-se realizar uma avaliação interna do programa que verifique a disponibilidade dos recursos humanos e materiais, como também o perfil dos doentes que serão acompanhados para que, posteriormente, seja elaborado um plano de atividades coerente com os objetivos do programa. Neste contexto, espera-se que os serviços de saúde e

profissionais planejem o processo da assistência e apresentem uma ampla visão da realidade onde estão inseridos, definindo metas e estabelecendo prioridades, pois atividades desarticuladas podem comprometer o sucesso das práticas e políticas de saúde (TRIGUEIRO et al, 2011), criando barreiras de recursos humanos, equipamentos e tempo para atender um maior número de indivíduos.

Muito embora haja estudos que defendam que o TDO seja nada mais que uma ferramenta de intromissão do Estado na vida dos doentes, desrespeitando sua privacidade e liberdade (FRANCO, MEHRY, 2003), sabe-se que a supervisão do tratamento da TB tem potencialidades, pois permite “acolher e monitorar o doente considerando suas necessidades”, entendendo que o conceito de adesão vai além apenas da ingesta medicamentosa, buscando o cuidado integral ao doente (TERRA, BERTOLOZZI, 2008).

Observa-se, também, uma inconsistência do registro das informações nos prontuários, o que prejudica a precisão e fidedignidade dos dados, promovendo a desarticulação do fluxo de informações dos casos de tuberculose (NOGUEIRA et al, 2009; SETZ, D’INNOCENZO, 2009). Tais fragilidades podem comprometer a eficácia do TDO, pois não há um sistema padrão de registro e notificação que possibilite controle seguro do resultado do tratamento de cada doente.

A baixa frequência de registro ou ausência de anotação da realização do TDO e das visitas domiciliares no prontuário do doente resulta em pouco conhecimento a respeito da realização de tais ações para o restante da equipe. Esse acesso restrito às informações importantes sobre as condições de vida dos doentes e mesmo da aceitação deles sobre o tratamento fica centralizado em poucos profissionais. O fato das anotações serem feitas em instrumentos diversos por profissionais que executam tarefas e registram em fichas de controle e não no prontuário clínico do doente, pode ocasionar informações pouco

compartilhadas entre a equipe e a falta de discussão dos casos resulta em descontinuidade das ações assistenciais.

Por se tratar de uma assistência multiprofissional ao doente de TB, nota-se ainda, relações hierarquizadas de trabalho, resultando em uma equipe fragmentada, apenas agrupada por pessoas que trabalham independentes umas das outras quando há necessidade de equipes que articulem as situações de trabalho e discutam as diversas intervenções realizadas (PEDUZZI, 2001), fato este que poderia ser potencializado com instrumentos de registros mais articulados e bem preenchidos pelos profissionais.

Com relação à oferta de exames, a inclusão dos PCTs na categoria de serviço de saúde especializado favorece o acesso a uma elevada proporção de baciloscopias de escarro solicitadas e realizadas por esse serviço, mostrando-se eficaz tanto pela rapidez quanto pelo custo (FERREIRA et.al, 2005). A cultura de escarro, embora considerada padrão-ouro para confirmação da TB, apresenta percentual reduzido de realizações. Isso se justifica pela demora dos resultados que podem favorecer a transmissão e a severidade da doença (ROSSETI, 2002), sendo indicado apenas como método auxiliar nos seguintes casos: sintomáticos respiratórios negativos à baciloscopia do escarro; contatos de pacientes bacilíferos de todas as idades, intradomiciliares ou institucionais, com ou sem sintomatologia respiratória; suspeitos de tuberculose extrapulmonar; infectados pelo vírus da imunodeficiência humana ou com síndrome da imunodeficiência adquirida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2004; TOUSO et al., 2014). Importante ferramenta para colaborar no esclarecimento da TB, embora não decisivo para que o diagnóstico seja concluído (WU et al, 2009), o Raio-X aparece neste estudo como o exame realizado na maioria dos casos.

A persistência do estigma constitui um importante entrave no controle da TB (PÔRTO, 2007), uma vez que ainda existem barreiras baseadas em atitudes e crenças que

discriminam e que precisam de atitudes capazes de desconstruir culturalmente o estigma e o preconceito associados ao desconhecimento da doença (CLEMENTINO, 2011). Diante deste desafio, surge a necessidade de identificar os diferentes perfis para que, deste modo, sejam desenvolvidas ações em saúde sensíveis às particularidades das famílias no que diz respeito ao estigma da doença (TOUSO et al, 2014) para que o acompanhamento seja realmente efetivo no que tange à questão social da doença.

Importante categoria profissional no acompanhamento dos doentes, um profissional do serviço social constava como pertencente aos PCTs locais, embora o registro da sua atuação tenha sido baixo. Apenas no serviço C, todos os doentes eram encaminhados para avaliação. Nos demais, apenas os casos considerados mais vulneráveis é que recebiam este tipo de atendimento.

Todos os serviços ofertavam aos doentes os incentivos sociais: cesta básica mensal e uma caixa de leite semanal. Estes eram entregues nas visitas do TDO. O vale transporte também era ofertado na visita para garantir retorno às consultas e também no ambulatório para que o doente pudesse retornar ao domicílio. No entanto, embora isso pudesse ser observado, houve uma proporção reduzida dos registros destas ofertas e também das condições de vida dos doentes, o que pode dificultar o planejamento das ações e a distribuição dos benefícios.

Destaca-se, nesse contexto, o perfil do doente de TB fortemente associado à pobreza, necessitando de critérios bem estabelecidos que garantam estes direitos. O conhecimento e melhor entendimento da rede por parte da equipe técnica dos serviços de saúde é a estratégia capaz de assegurar aos doentes uma assistência mais segura realmente capaz de melhorar o nível de adesão ao tratamento (MAZZEI et al, 2003).

Observou-se, também, que os responsáveis pela oferta de incentivos sociais, bem como pelos registros das mesmas, eram os auxiliares/técnicos de enfermagem e o visitador

sanitário. No entanto, não foi encontrado em nenhum serviço de saúde fontes específicas que registrassem este controle, restando, apenas, registros esparsos no prontuário clínico.

Com relação ao controle de comunicantes, na maioria dos casos não há informações registradas sobre este tipo de avaliação. Apenas o serviço A apresenta uma planilha informatizada para este controle como fonte paralela à ficha do TDO e ao prontuário clínico, mas que se encontra desatualizada e apresenta inúmeras lacunas no preenchimento. Com isso, os atendimentos são lançados apenas no Hygia-WEB, dificultando a identificação do controle realizado pelos serviços e como ele acontece.

As normas do Ministério da Saúde recomendam que todos os comunicantes de doentes com tuberculose, prioritariamente dos pacientes pulmonares com baciloscopia positiva, sejam examinados pelo serviço de saúde (BRASIL, 2002). Portanto, verifica-se que não há uma sistematização em relação ao controle dos comunicantes de pacientes com tuberculose, resultando em cuidado ainda focado apenas no doente (GAZETTA et al, 2008) em todos os serviços analisados.

Este quadro gera mais um desafio aos gestores do PCT que necessitam de novas estratégias de intervenção que contribuam para a melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos comunicantes do doente de TB que possam garantir um atendimento integral e humanizado, valorizando ações preventivas (GAZETTA et al, 2006).

As faltas em consultas agendadas e o baixo registro das condutas dificultam o controle dos casos e a comunicação entre a equipe sobre a situação, interferindo diretamente na qualidade da coordenação/organização do cuidado.

Na cidade do Rio de Janeiro, um estudo exploratório cujos entrevistados foram profissionais e usuários de uma Equipe de Saúde da Família mostrou que os problemas de acessibilidade que justificam as faltas podem decorrer da ausência de momentos de escuta por parte da equipe, associado à rigidez na organização da agenda do serviço e às diferentes

percepções sobre tempo gasto e distância percebida pelos usuários. Por conseguinte, o excesso de faltas às consultas programadas gera desperdício de recursos e, principalmente, a falta de continuidade do trabalho, acarretando em prejuízo na organização do processo de trabalho, aumento na fila de espera e na demanda por atendimentos de urgência (CARVALHO et al, 2014).

A referência e contra-referência podem ser consideradas importantes ferramentas que necessitam e permitem a integração dos serviços de saúde (ALMEIDA et al, 2010; MACHADO, COLOMÉ, BECK, 2011), uma vez que favorecem a continuidade do processo de atenção prestado ao doente de TB durante todo tratamento e em vários lugares da atenção (HOFMARCHER, OXLEY, RUSTICELI, 2007). Neste contexto, os registros mostram que o número de encaminhamentos é baixo, prevalecendo os realizados sem a guia de referência sobre aqueles que aconteceram formalmente, sendo frequente o número de observações em prontuário clínico em que o médico “sugere” que o doente procure outra especialidade. Destaca-se, também, que não houve registros que configurassem a contra-referência.

Para que o doente seja encaminhado, o médico preenche a ficha de referência, sendo este um formulário contendo todas as informações sobre o paciente necessárias para o atendimento com os dados clínicos, que é encaminhada ao auxiliar de enfermagem/oficial administrativo. Estes profissionais preenchem as fichas com os dados pessoais do paciente e um profissional da secretaria recolhe os pedidos e encaminha ao DACA (Departamento de Avaliação, Controle e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde), órgão municipal responsável por marcar as consultas e exames por meio da central de regulação. Uma vez agendado, o formulário retorna à Unidade de Referência que comunica o doente sobre a disponibilidade da consulta, encaminhando-o com esta guia para o tal atendimento.

Os SE são os que mais frequentemente recebem os encaminhamentos, talvez pelo melhor aporte tecnológico ou gravidade do caso referenciado (ESCOREL et al., 2007;

WAHYUNI et al., 2007; ALMEIDA et al., 2010), podendo explicar a baixa proporção da utilização de outros serviços de saúde, como a AB, por exemplo. Também se observa a falta de conhecimento desse sistema de referência e contra-referência pelos profissionais de saúde, que não o valorizam, mesmo sendo esta a ferramenta capaz de garantir acesso e continuidade do tratamento (JULIANI, CAMPIONE, 1999; SCATENA et al, 2009).

A observação dos cenários permite avaliar que há comunicação frequente dos serviços com as Vigilâncias Epidemiológicas dos distritos, bem como de todos eles com a coordenação do PCT no município. No entanto, praticamente não há registro destas discussões, uma vez que elas se dão de maneira informal (contato telefônico, reuniões de equipe).

A comunicação informal entre os serviços pode gerar descontinuidade da assistência e entraves na comunicação entre equipe e serviços de saúde, favorecendo a fragmentação do cuidado (MACHADO, COLOMÉ, BECK, 2011), uma vez que os registros são fundamentais para informar sobre o processo de trabalho (VASCONCELLOS, GRIBEL, MORAES, 2008). Conclui-se, portanto, que o sistema de saúde apresenta lacunas no que diz respeito à comunicação, pois os profissionais e equipes ainda desenvolvem seu trabalho de forma individualizada, deixando os usuários à mercê de um sistema ineficiente (MACHADO, COLOMÉ, BECK, 2011).

Sabe-se que a utilização dos registros é fundamental para gerenciar a assistência e avaliar a qualidade do atendimento prestado (SANTOS et al, 2003), uma vez que permite integração entre a equipe (integração horizontal) e desta com os demais serviços de saúde (integração vertical) (KRINGOS, 2010), na perspectiva da continuidade da assistência/cuidado, coerente com as necessidades e demandas dos usuários.

Estudo desenvolvido em quatro municípios do estado do RJ para avaliar a qualidade dos prontuários dos pacientes, considerando os registros dos atendimentos realizados, concluiu que a prática clínica e o cuidado prestado eram precários, segundo os registros, em todos os

municípios, o que sugere discutível qualidade na continuidade do cuidado e dificuldades da prática gerencial (VASCONCELLOS et al, 2008).

Fatores como a desorganização, dificuldades para entendimento da escrita, demora na retirada e falta de padronização das informações dificultam a utilização deste instrumento em suporte de papel (PAULA e SILVA et al, 2011; SOUZA, SANTOS, 2009; SANTOS, PAULA, LIMA, 2003), o que gera necessidade de novas estratégias obtidas por meio de tecnologias que sejam capazes de superar estas barreiras. As novas tecnologias de informação permitem aos profissionais de saúde e gestores melhor acesso a dados atualizados e estruturados em tempo real auxiliando na identificação dos usuários, facilitando a gestão dos serviços, a comunicação e o compartilhamento das informações, resultando em um aumento da qualidade da gestão pública e, por consequência, do atendimento prestado (PATRICIO et al, 2011, O'MALLEY et al, 2009; GRAETZ et al, 2009; SOUZA, SANTOS, 2009). O uso de softwares é capaz, também, de melhorar a prática clínica por meio do monitoramento e avaliação do desempenho das práticas profissionais, como aponta estudo realizado na França (BOURGARIT et al, 2009).

O município de Ribeirão Preto iniciou o processo de implantação do prontuário eletrônico na metade de 2012, sendo o serviço C o primeiro a utilizar este recurso. No início de 2013, o serviço D também passou por esta modificação. Até o término da coleta de dados, as demais unidades ainda registravam as informações no prontuário clínico de papel. Foi possível verificar uma diferença considerável na organização e qualidade dos registros daqueles que já utilizavam esta tecnologia.

A qualidade da informação é um dos fatores que limitam o uso de dados secundários para o entendimento da assistência prestada, uma vez que estes se tornam questionáveis. Mesmo após a revisão das fontes de dados (TB-WEB, prontuário clínico, ficha amarela e livro verde), houve a permanência de um grande número de informações não preenchidas ou incompletas.

Em todos os ambulatórios analisados, observou-se a utilização de fontes de registros paralelas criadas pela própria equipe para organização da assistência à TB. Estas tinham por finalidade “facilitar” o controle das informações adquiridas no decorrer do tratamento. No entanto, verificaram-se inúmeras lacunas com relação ao preenchimento destas, uma vez que as anotações, assim como no caso das demais fontes acima citadas, não eram realizadas diariamente pelas equipes.

Este estudo reconhece que há possibilidade de *viés de informação* como limitação devido à utilização de fontes secundárias, uma vez que os registros podem apresentar falhas. Houve, também, dificuldade em avaliar o tempo gasto pela equipe de enfermagem com a assistência ao doente de TB, assim como outros programas e atividades dos serviços de saúde.

6 Considerações Finais

A análise dos prontuários mostrou que há baixa frequência de anotações e registro incompleto das ações de saúde desenvolvidas e ofertadas. Os registros sobre o acompanhamento e tratamento realizado pelo doente, exames realizados, atendimentos por outros profissionais, visitas domiciliares, controle de comunicantes, faltas em consultas e a conduta estabelecida, situação social, auxílios recebidos, exames realizados, realização do TDO, referência e contra-referência são escassos e prejudicam a verificação da real proporção de serviços ofertados e que são, realmente, utilizados pelo doente durante o tratamento, dificultando, assim, a integração e continuidade do cuidado prestado.

Por meio das anotações, pode-se avaliar a qualidade do serviço prestado e identificar necessidades de intervenções para melhoria do cuidado. O prontuário, assim como as demais fontes de registros, constitui importante instrumento que respalda legalmente os profissionais responsáveis pelo tratamento, assim como o paciente.

Os registros analisados no Livro de Registro e Acompanhamento de Tratamento dos Casos de Tuberculose (Livro Verde) e Ficha de Registro do Tratamento Diretamente Observado – TDO (Ficha Amarela) também foram pouco expressivos e apresentaram baixo número de anotações e diversas lacunas no seu preenchimento, realizado pelas equipes que acompanham os casos.

Portanto, os resultados das dimensões “elenco de serviços” e “coordenação da assistência” mostram uma realidade que pode caracterizar fragilidades nas atividades/procedimentos ofertados, mas também pode significar um sub-registro das ações ofertadas. A informação da oferta de tratamento supervisionado diverge entre os diferentes tipos de registro. Deste modo, verte um componente “histórico” e burocrático da finalidade dos registros, tecnologia dura pouco compreendida e valorizada.

A articulação adequada da rede de serviços de saúde, com uma equipe multiprofissional responsável por uma atenção padronizada e contínua, pode garantir que o acompanhamento dos casos de TB seja realizado de forma adequada e eficiente.

7 Referências

ALMEIDA, P. F.; et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Caderno Saúde Pública, vol.26, n.2. Rio de Janeiro. Fevereiro, 2010.

ARMITAGE, G.D.; OEKEL, D.; ADAIR, C.E. Health systems integration: state of the evidence. Int J Integr Care [Internet]. 2009 [cited 2011 ago 28]; 9:2009. Available from: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewArticle/316>

ASSIS, E.; et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. Revista Escola de Enfermagem. USP, vol.46, n.1. São Paulo. Fevereiro, 2012.

BATES, D.W. Getting in step: electronic health records and their role in care coordination. Journal of General Internal Medicine. 2010. Mar,25 (3): 174-6.

BELO, M.T.C.T.; LUIZ, R.R.; HANSON, C.; SELIG, L.; TEIXEIRA, E.G.; CHALFOUN, T.; TRAJMAN, A.; A tuberculose e gênero em um município prioritário no estado do Rio de Janeiro. Jornal Brasileiro de Epidemiologia. Rio de Janeiro, v.36, n.5, p.621-625, 2010.

BIERRENBACH, A.L.; OLIVEIRA, G.P.; CODENOTTI, S.; GOMES, A.B.F.; STEVENS, A.P. Duplicates and misclassification of tuberculosis notification records in Brazil, 2001–2007. INT J TUBERC LUNG DIS. 14(5):593–599. 2010.

BIERRENBACH, A.L.; STEVENS, A.P.; GOMES, A.B.F.; NORONHA, E.F.; GLATT, R.; CARVALHO, C.N.; OLIVEIRA JUNIOR, J.G.; SOUZA, M.F.M. Efeito da remoção de notificações repetidas sobre a incidência da tuberculose no Brasil. Rev Saúde Pública, 2007. 41(Supl. 1):67-76.

BOURGARIT, A.; MALLET, H.P.; KESHTMAND, H.; CASTRO, N.; RAMBELOARISOA, J.; FAIN, O.; ANTOUN, F.; PICARD, C.; ROCHER, G.; CHE, D.; FARGE, D. Intérêt de l'utilisation du logiciel TB-info® pour le suivi des patients mis sous traitement antituberculeux : analyse des 208 patients de la cohorte 2004. La Revue de Médecine Interne. Vol. 30. N. 10. P. 841-846. Octobre, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 288 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN: normas e rotinas – 2ª ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais dos Pactos pela vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: a clínica ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Editorial: da tuberculose e suas perspectivas no novo governo. Bol Pneumol Sanit. 2002;10(1):5-12.

BRASIL. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. [citado em 20 de outubro de 2014. Disponível em http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html

BOTHAMLEY, G.H.; KRULTSHAAR, M.E.; KUNST, H.; WOLTMANN, G.; COTTON, M.; SARALAYA, D.. Tuberculosis in UK cities: workload and effectiveness of tuberculosis control programmes. BMC Public Health. 2001;11:896.

BRUNELLO, M. E. F.; Chiaravalotti-Neto, F. ; ARCENCIO, R. A. ; ANDRADE, R. L. P. ; MAGNABOSCO, G. T.; VILLA, T. C. S . Áreas de vulnerabilidade para co-infecção HIV-aids/TB em Ribeirão Preto-SP, Brasil. Revista de Saúde Pública , v. 45, p. 556-563, 2011.

BRUNELLO, M.E.F; CERQUEIRA, D.F.; PINTO, I.C.; ARCÊNCIO, R.A.; GONZALES, R.I.C; VILLA, T.CS.; SCATENA, L.M. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 22, n. 2, p. 176-182, 2009.

CAMPOS, C.E.A.; FONSECA, A.C.F.; PESSINI, M.L. Análise dos percursos assistenciais de pacientes com tuberculose por equipes de saúde de três capitais brasileiras: que lições os profissionais podem tirar? *Cad Saúde Coletiva*. 2012;20(2):188-94.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):399-407.

CARVALHO, M.A.P.; SOUSA, C.M.B.; LIMA JÚNIOR, I.A.; PRADO, M.F.; SILVA, R.N.M. Case study on the faults of scheduled consultation to users of a family health team in the City of Rio de Janeiro. *J Manag Prim Health Care* 2014; 5(2):140-152.

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.*, 2012, Rio de Janeiro, 20 (2): 161-8.

CLEMENTINO, F. S. et al. Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais. *Rev. enferm. UERJ*; 19(4):638-43, Rio de Janeiro, out/dez, 2011.

COELHO, D.M.M.; VIANA, R.L.; MADEIRA, C.A.; FERREIRA, L.O.C.; CAMPELO, V. Perfil epidemiológico da tuberculose no município de Teresina – PI, no período de 1999 a 2005. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Brasília, v.19, n.1, p. 34-43, 2010.

CUNHA, GT. Algumas estratégias para transformação. In: *_A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*: São Paulo: Hucitec, 2007. p. 129-197.

DAFTARY, A.; PADAYATCHI, N. Social constraints to TB/HIV healthcare: accounts from coinfecting patients in South Africa. *AIDS Care*. 2012 December ; 24(12): 1480–1486.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; SENNA, M.C.M. O Programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2007 [acesso 2009 set];21(2). Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>

FELISBERTO, E. F. et al. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância no Programa Saúde da Família, no Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(6):1737-1745, nov-dez, 2002.

FERREIRA, A.A.A.; QUEIROZ, K.C.S.; TORRES, K.P.; FERREIRA, M.A.F.; ACCIOLY, H.; ALVES, M.SC.F. Os fatores associados à tuberculose pulmonar e a baciloscopia: uma contribuição ao diagnóstico nos serviços de saúde pública. *Revista brasileira de epidemiologia*. Vol.8 no.2 São Paulo, Junho. 2005.

FRANCO, T.B.; MEHRY, E.E. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In_Mehry, EE.; Magalhães Jr, H.M; Rimoli, J.; Franco, T.B.; Bueno, W.S.; organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. P.55-124.

FONTANA, R.T.; SIQUEIRA, K.I. O trabalho do enfermeiro em saúde coletiva e o estresse: análise de uma realidade. *Cogitare Enfermagem*. 14(3);491-8. Julho/Setembro. 2009.

GAZETTA, C.E.; SANTOS, M.L.S.G.; VENDRAMINI, S.H.F.; POLETTI, N.A.A.; PINTO NETO, J.M.; VILLA, T.C.S. Tuberculosis contact control in Brazil: a literature review (1984-2004). *Rev. Latino-am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 306-13, 2008.

GAZETTA, C.E.; RUFFINO NETTO, A.; PINTO NETO, J.M.; SANTOS, M.L.S.G.; CURY, M.R.; VENDRAMINI, S.H.F.; VILLA, T.C.S. O controle de comunicantes de tuberculose no programa de controle da tuberculose em um município de médio porte da Região Sudeste do Brasil, em 2002. *J. bras. pneumol*. v.32 n.6 São Paulo nov./dez. 2006

GONZALES, R. I. C. et al. Indicadores de desempenho do DOT no domicílio para o controle da tuberculose em município de grande porte, SP, Brasil. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.16, n.1, p.95-100. 2008.

GRAETZ, I.; REED, M.; RUNDALL, T.; BELLOWS, J.; BRAND, R.; HSU, J. Care Coordination and Electronic Health Records: Connecting Clinicians. AMIA, 2009, Symposium Proceedings, Page – 208.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S331-S336, 2004.

KRINGOS, D.S.; BOERMA, W.G.W.; HUTCHINSON, A.; ZEE, J.; GROENEWEGWN, P.P. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Services research . v. 10., n. 65, 2010.

HOFMARCHER. M.M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. Improved health system performance through better care coordination. Organization for Economic Cooperation and Development Countries (OECD). HEALTH WORKING PAPERS. DELSA-HEA-WD-HWP. 2007. 85p.

IGNOTTI, E.; OLIVEIRA, B.F.A.; HARTWIG, S.; OLIVEIRA, H.C.; SCATENA, J.H.G. Analysis of the Tuberculosis Control Program in the city of Cáceres, Brazil, prior to and after the implementation of a Family Health Program. Jornal Brasileiro de Pneumologia. Brasília, v.33, n.3, p.287-294, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estimativas de população. 2012. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/estimativa_tcu.shtm. Acesso em: 13 de junho, 2013.

JAMAL, L.F.; MOHERDAUI, F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para controle. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v41, p.104-110, 2007. Sup 1.

JULIANI, M.C.M.; CAMPIONE, M.H.T. Organização do Sistema de referência e contra-referência no contexto do sistema único de saúde: a percepção de enfermeiros. Rev. Esc. Enferm. USP 1999. 33:323-33

LÖNNROTH. K.; ROGLIC, G.; HARRIES, A.D. Improving tuberculosis prevention and care through addressing the global diabetes epidemic: from evidence to policy and practice. Lancet Diabetes Endocrinol. 2014 Sep;2(9):730-9. doi: 10.1016/S2213-8587(14)70109-3.

MACHADO, L.M.; COLOMÉ, J.S.; BECK, C.L.C. Estratégias de Saúde da Família e o sistema de referência e de contra-referência: um desafio a ser enfrentado. R. Enferm. UFSM. 2011. Jan/Abr; 1(1): 31-40.

MALHÃO, T. A. et al. Avaliação da completude do Sistema de Agravos de Notificação da Tuberculose, Brasil (2001-2006). Epidemiologia em Serviços de Saúde. 2010.

MAZZEI, A. M. A.; MONROE, A. A.; SASSAKI, C. M.; GONZALES, R. I. C.; VILLA, T. C. S. Suporte social para portador de tuberculose no serviço de saúde e na comunidade. Bol. Pneumol. Sanit., Rio de Janeiro , v. 11, n. 2, Dec. 2003

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MONROE, A.A.; GONZALES, R.I.C.; SASSAKI, C.M.; RUFFINO-NETO, A.; VILLA, T.C.S. Gerenciamento de caso ao doente/família com tuberculose: uma estratégia de sistematização do cuidado no domicílio. Jornal Brasileiro de Epidemiologia. Vol. 31, n. 1. Janeiro/Fevereiro. 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. J Bras Pneumol. 2008;34(4):225-229.

MUNIZ, J.N.; RUFFINO NETTO, A.; VILLA, T.C.S.; YAMAMURA, M.; ARCÊNCIO, R.A.; CARDOZO GONZALES, R.I. Aspectos epidemiológicos da co-infecção tuberculose e

vírus da imunodeficiência humana em Ribeirão Preto (SP), de 1998 a 2003. *J Bras Pneumol*. 2006;32(6):529-34.

NOGUEIRA, J.A.; SÁ, L.D.; FRANÇA, U.M.; ALMEIDA, S.A.; LIMA, D.S.; FIGUEIREDO, T.M.R.M.; VILLA, T.C.S. O sistema de informação e controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba – Brasil. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. 2009; 43(1): 125-31.

O'MALLEY, A.S.; GROSSMAN, J.M.; COHEN, G.R.; KEMPER, N.M.; PHAM, H.H Are Electronic Medical Records Helpful for Care Coordination? Experiences of Physician Practices. *J Gen Intern Med*. 25(3):177–85. 2009.

PARK, Y.S.; HONG, S.J.; BOO, Y.K.; HWANG, E.S.; KIM, H.J.; CHO, S.H.; NA, K.I.; CHO, E.H.; SHIN, S.S. The National Status of Tuberculosis Using Nationwide Medical Records Survey of Patients with Tuberculosis in Korea. *Tuberc Respir Dis*. 2012;73:48-55.

PATRICIO, C.M.; MAIA, M.M.; MACHIAVELLI, J.L.; NAVAES, M.A. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro:uma realidade para os médicos? *Scientia Medica (Porto Alegre)* 2011; volume 21, número 3, p. 121-131.

PAULA E SILVA, L. C.; SOARES, F. V.; SALES, P. R. S.; BARBOSA, P. M. K.; SALVI, J. A. Fatores que interferem na utilização do prontuário do paciente em suporte de papel. *RAS* , vol. 13, n 50 – Jan-Mar, 2011.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe multiprofissional. *Revista Saúde Pública*; 35(1):103-9, 2001.

PEREIRA, A.T.S. et al. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S123-S133, 2008.

PÔRTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. *Revista Saúde Pública*, 41(Supl. 1):43-49, 2007.

QUEIROZ, E. M.; BERTOLOZZI, M.R. Tuberculose: tratamento supervisionado nas coordenadorias de Saúde Norte, Oeste e Leste do município de São Paulo. Rev. esc. enferm. USP. Vol.44 no.2 São Paulo, Junho, 2010.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão – Período de Janeiro a Dezembro de 2012. 18 p. 2012.

RODRIGUES, I.L.A., et al. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v.44, n.2, p. 383-7, 2010.

ROSSETI, M.L.R. et al. Tuberculose resistente: revisão molecular. Revista Saúde Pública; 36: 525-32, 2002.

SÁ, L.D., et al. Abandono do tratamento e elenco de serviços no cuidado ao doente de tuberculose. Rev Enferm UFPE on line, v.4, n.3, p.178-86, Jul/Set 2010.

SANTO, L.A.; SANTOS, P.C.H., MOREIRA, M.E. Perfil clínico, epidemiológico e laboratorial dos pacientes com tuberculose em hospital universitário da região do Vale do Paraíba, Estado de São Paulo. BEPA, Boletim Epidemiológico Paulista. São Paulo, v.6, n.68, p.14-21, 2009.

SANTOS, D.C.; FERREIRA, J.B.B. O prontuário da família na perspectiva da coordenação da atenção à saúde. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 22 [3]: 1121-1137, 2012.

SANTOS, S.R.; PAULA, A.F.A.; LIMA, J.P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. Rev Latino-am Enfermagem, 11(1):80-7, janeiro-fevereiro, 2003.

SETZ, V.G.; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Acta Paul Enferm. 2009 ; 22(3):313-7.

SILVA, E.M.; ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S.; SCATENA, L.M. Coordenação dos serviços de atenção primária em saúde no controle da tuberculose em um município da Bahia, Brasil. Rev. Baiana Saúde Pública. V. 34, n. 2, p. 227-239, abril/junho, 2010.

SCATENA. L.M.; VILLA, T.C.S.; RRUFFINO-NETTO, A.; KRITSKI, A.L.; FIGUEIREDO, T.M.R.M.; VENDRAMINI, S.H.F.; et al. Difficulties in the accessibility to health services for tuberculosis diagnoses in Brazilian municipalities 2009; J. Public Health:43:39-58.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2004.

Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Consenso Brasileiro de Tuberculose (II): Diretrizes Brasileiras para tuberculose 2004. J Bras Pneumol. 2004;30(Supl 1):S2-56.

SOUZA, A.K.D.; SANTOS, S.R. Registro de informações em enfermagem na concepção de enfermeiros. Cogitare Enferm. 2009, Jul/Set; 14(3):527-34.

TERRA, M.F; BERTOLOZZI, M.R. Tratamento Diretamente Observado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? Revista Latino-americana de Enfermagem, julho-agosto; 16(4), 2008.

THEME-FILHA, M.M.; 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., 2012, Rio de Janeiro, 20 (2): 169-76.

TOUSO, M.M.; POPOLIN, M.P.; CRISPIM, J.A.; FREITAS, I.M.; RODRIGUES, LBB; YAMAMURA, M.; PINTO, I.C.; MONROE, A.A.; PALHA, P.F.; FERRAUDO, A.S.; VILLA, T.C.S; ARCÊNCIO, R.A. Estigma social e as famílias de doentes com tuberculose: um estudo a partir das análises de agrupamento e de correspondência múltipla.. Ciência & Saúde Coletiva, 19(11):4577-4585, 2014.

TRIGUEIRO, J.V.S.; NOGUEIRA, J.A.; SÁ, L.D.; PALHA, P.F.; VILLA, T.C.S.; TRIGUEIRO, D.R.S.G. Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 19(6): [8 telas]. Novembro-dezembro, 2011.

TURRINI, R.N.T.; LEBRÃO, M.L.; CÉSAR, C.L.G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(3):663-74.

UGARTE-GIL, C.; MOORE, D.A.J. Comorbilidad de tuberculosis y diabetes: Problema aún sin resolver. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* vol.31 n.1 Lima Jan./Mar. 2014

VASCONCELLOS, M.M.; GRIBEL, E.B.; MORAES, I.H.S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 24 Sup, 1:S173-S182, Rio de Janeiro, 2008.

VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETTO, A.; SCATENA, L.M.; ANDRADE, R.L.P.; BRUNELLO, M.E.F.; NOGUEIRA, J.A. Health services performance for TB treatment in Brazil: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* (Internet). 2011 [cited 2012 Jan 12];11(241). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/241>

VINEY, K.; CAVANAUGH, J.; KIENENE, T.; HARLEY, D.; KELLY, P.M.; SLEIGH, A.; O'CONNOR, J.; MASE, S. Tuberculosis and Diabetes Mellitus in the Republic of Kiribati: A Case-Control Study. *Trop Med Int Health*. 2015 Jan 19. doi: 10.1111/tmi.12462.

WAHYUNI, C.U.; BUDIONO, R.L.D.; SULISTYOWATI M, R.T.; DJUWARI et al. Obstacles for optimal tuberculosis case detection in primary health centers (PHC) in Sidoarjo district, East Java, Indonesia. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2007 [cited 2009 Sep];7(135). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/135>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global tuberculosis report . Geneva, Switzerland. 282p. 2012. Disponível em http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/index.html

WU, J.Y.; KU, S.C.; SAU, C.C.; FAN, J.Y.; CHEN, H.Y.; CHEN, Y.C. et al. The role chest radiography in the suspicion for and diagnosis of pulmonary tuberculosis in intensive care units. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2009;13(11):1380-6.

ANEXO 1

Formulário estruturado para coleta de dados secundários

Nº Formulário: _____

Projeto DECIT: Tuberculose: análise dos pontos de estrangulamento da atenção para controle da doença em municípios das regiões sul, sudeste e nordeste do Brasil							
FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS							
I - IDENTIFICAÇÃO DO PORTADOR DE TB (Informações referentes à identificação poderão ser coletadas no prontuário OU na ficha de acompanhamento OU registro de acompanhamento de tratamento dos casos de tuberculose livro verde OU outro sistema de registro disponível)							
1.	Iniciais do portador de TB:		n.ºprontuário, n.ºHygia ou cartão SUS:				
2.	Sexo:						
3.	Idade:						
4.	Forma Clínica da TB:						
5.	Comorbidades (HIV, diabetes, hipertensão, etc):						
6.	Data de diagnóstico:						
7.	Data de início do tratamento:						
8.	Data de encerramento do caso:		*Tempo de tratamento (em meses):				
*ressaltando que o período a ser estudado na pesquisa é o tempo de tratamento da TB							
9.	Local onde fez o seguimento (consulta médica): _____ Tipo de serviço onde fez o seguimento (Ambulatório de referência, UBS ou Unidade Saúde da Família): _____						
10.	Serviço de Saúde em que os dados estão sendo coletados: _____						
II – INFORMAÇÕES SOBRE A FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO SUPERVISIONADO (no caso de inexistência da ficha, as respostas deverão ser NÃO SE APLICA). Observa-se que alguns pacientes têm ficha amarela, outros não, pois a equipe não iniciou nenhuma. Sugiro, neste caso, assinalar o Não se aplica e inserir uma outra observação que está destacada em amarelo.							
11.	Há registro se o portador de TB realizou o tratamento supervisionado?	1 ☐	SIM Por quanto tempo? _____ _____ _____	2 ☐	NÃO	3 ☐	NÃO SE APLICA *caso a unidade de saúde não tenha a ficha de acompanhamento do tratamento supervisionado OU se o paciente estiver em tratamento Auto-administrado
12.	A Ficha de Acompanhamento do Tratamento Supervisionado está arquivada no prontuário do portador de TB?	1 ☐	SIM	2 ☐	NÃO	3 ☐	NÃO SE APLICA *caso a unidade de saúde não tenha a ficha de acompanhamento do tratamento supervisionado
13.	As informações relacionadas aos comunicantes (controle de contatos) avaliados foram totalmente preenchidas?	1 ☐	SIM	2 ☐	NÃO	3 ☐	NÃO SE APLICA *caso a unidade de saúde não tenha a ficha de acompanhamento do tratamento supervisionado
14.	Há o registro do telefone do portador de TB?	1 ☐	SIM	2 ☐	NÃO	3 ☐	NÃO SE APLICA *caso a unidade de saúde não tenha a ficha de acompanhamento do tratamento supervisionado
15.	Há o registro do endereço do portador de TB?	1 ☐	SIM	2 ☐	NÃO	3 ☐	NÃO SE APLICA *caso a unidade de saúde não tenha a ficha de acompanhamento do tratamento supervisionado
16.	Há registro sobre o local onde predominava a supervisão medicamentosa?	1 ☐	SIM 16.1a () Domicílio 16.1b () Serviço de Saúde	2 ☐	NÃO	3 ☐	NÃO SE APLICA *caso a unidade de saúde não tenha a ficha de acompanhamento do tratamento supervisionado OU se o paciente estiver em tratamento Auto-administrado
III – INFORMAÇÕES DO LIVRO REGISTRO DE PACIENTES E ACOMPANHAMENTO DE TRATAMENTO DOS CASOS DE TUBERCULOSE (Livro Verde) Quando não tiver o livro verde todas as questões serão respondidas como não se aplica, a informação NÃO DEVE SER buscada em outro local a não ser no livro verde que esta sendo avaliado.							
17.	Quais informações sobre este portador de TB constavam registradas?	1. a. () Nome do paciente 1. b. () idade 1. c. () sexo 1. d. () n.º prontuário 1. e. () n.º SINAN			2 ☐	NÃO SE APLICA *caso a unidade de saúde não tenha livro verde OU na ausência de anotações.	
18.	Quais informações clínicas sobre este portador de TB estava registrada?	1. a. () forma clínica 1. b. () tipo de entrada (tipo de caso- novo, retratamento por recidiva, retratamento após abandono ou retratamento por falência) 1. c. () Data de início do tratamento			2 ☐	NÃO SE APLICA *caso a unidade de saúde não tenha livro verde OU na ausência de anotações	

19	Há registros do resultado de exame de baciloscopia de escarro PARA DIAGNÓSTICO do portador de TB?	1 ☐	Positivo a. () primeira b. () segunda	2 ☐	Negativo a. () primeira b. () segunda	3 ☐	Não foi realizado	4 ☐	NÃO SE APLICA *caso a unidade de saúde não tenha livro verde OU na ausência de anotações	
20	Há registros do resultado de exame de baciloscopia de escarro PARA CONTROLE (ACOMPANHAMENTO) deste portador de TB?	1 ☐	Positivo a. () 2º mês de tratamento b. () 3º mês de tratamento c. () 4º mês de tratamento d. () 5º mês de tratamento e. () 6º mês de tratamento em diante (se for o caso de tratamentos que durem mais de 6 meses)	2 ☐	Negativo a. () 2º mês de tratamento b. () 3º mês de tratamento c. () 4º mês de tratamento d. () 5º mês de tratamento e. () 6º mês de tratamento em diante (se for o caso de tratamentos que durem mais de 6 meses)	3 ☐	Não foi realizado	4 ☐	NÃO SE APLICA *caso a unidade de saúde não tenha livro verde OU na ausência de anotações	
21	Há registro dos resultados do exame de raio-X dos doentes de TB?	1 ☐	SIM	2 ☐	NÃO	3 ☐	Não foi realizado	4 ☐	NÃO SE APLICA *caso a unidade de saúde não tenha livro verde	
22	Há registro dos resultados do exame anti-HIV dos doentes de TB?	1 ☐	Positivo	2 ☐	Negativo	3 ☐	Não foi realizado	4 ☐	NÃO SE APLICA *caso a unidade de saúde não tenha livro verde OU na ausência de anotações	
23	Há registro da situação de encerramento do caso (desfecho/resultado de tratamento) deste portador de TB?	1 ☐	SIM	2 ☐	NÃO				4 ☐	NÃO SE APLICA *caso a unidade de saúde não tenha livro verde

IV-INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PRONTUÁRIO CLÍNICO

24	Perante o tempo de tratamento (período entre início e encerramento) do portador de TB, há registro de TODAS as consultas mensais com MÉDICO no serviço de saúde que fez o acompanhamento do caso?	1 ☐	SIM Quantas consultas com o médico entre o início e o encerramento do tratamento? a. () 1 a 2 consultas b. () 3 a 4 consultas c. () 5 ou mais consultas	2 ☐	NÃO				
25	Perante o tempo de tratamento (período entre início e encerramento) do portador de TB, há registro de TODAS as consultas mensais com ENFERMEIRO no serviço de saúde que fez o acompanhamento do caso?	1 ☐	SIM Quantas consultas com o enfermeiro entre o início e o encerramento do tratamento? a. () 1 a 2 consultas b. () 3 a 4 consultas c. () 5 ou mais consultas	2 ☐	NÃO				
26	Há registro de orientações e procedimentos realizados pela equipe de enfermagem/visitador sanitário?	1 ☐	SIM 26.1.1 Orientações: a. () sobre a doença	2 ☐	NÃO				

		b.() sobre o tratamento e efeitos colaterais dos medicamentos c.() interação medicamentosa d.() ingestão da dose medicamentosa e.() orientação para realização de exames f.() retornos às consultas g.() importância da adesão ao tratamento 26.1.2 Condutas/procedimentos a.() consulta realizada pelo(a) enfermeiro(a) b.() atendimento realizado pelo auxiliar/técnico de enfermagem (Pré e pós consulta) c.() Coleta de material para exame d.() prescrição e.() encaminhamentos f.() solicitação de exames (baciloscopia)				
27	Há registro de orientações e procedimentos realizados pelo(a) médico(a)?	1 ☐ 27.1.1 Orientações: a.() sobre a doença b.() sobre o tratamento e efeitos colaterais dos medicamentos c.() interação medicamentosa d.() ingestão da dose medicamentosa e.() orientação para realização de exames f.() retornos às consultas g.() importância da adesão ao tratamento 27.1.2 Condutas/procedimentos a.() evolução clínica b.() Coleta de material para exame c.() prescrição d.() encaminhamentos e.() solicitação de exames	2 ☐	NÃO		
28	Há registro no prontuário sobre utilização de outros serviços de saúde por parte do paciente? <i>*Utilização: de fato o paciente ter sido atendido por outro serviço de saúde e não apenas o registro de encaminhamento?</i>	1 ☐ SIM a.() foi encaminhado pela própria unidade de saúde que faz o acompanhamento da TB; b.() foi atendido por outra especialidade sem encaminhamento do serviço de saúde que faz o tratamento da TB;	2 ☐	NÃO	3 ☐	NÃO SE APLICA

			c.() Raio-X d.() anti-HIV e.() Outro		
37 .	Há registros sobre o controle de comunicantes?	1 ☐	SIM 37.1.1 O que foi registrado? a. () realização de consulta médica/ enfermagem b. () solicitação de exames c. () resultados de exames d. () há apenas o registro de que os comunicantes foram avaliados, sem mais informações	2 ☐	NÃO
38 .	Há registro sobre incentivos sociais oferecidos ao portador de TB?	1 ☐	SIM 38.1.1.Quais? a.() cesta básica b.() Café da manhã c.() vale transporte d.() Leite	2 ☐	NÃO
39 .	Há registro sobre atendimento do portador de TB pela assistência social?	1 ☐	SIM	2 ☐	NÃO
				3 ☐	NÃO SE APLICA * No caso de não ter assistente social no serviço de saúde
40 .	Há registro a respeito da dificuldade de enfrentamento da doença por parte do portador de TB?	1 ☐	SIM	2 ☐	NÃO
41 .	Há registros sobre o uso de álcool e drogas por parte do portador de TB?	1 ☐	SIM	2 ☐	NÃO
42 .	Há registros sobre o apoio familiar ao portador de TB durante o tratamento?	1 ☐	SIM	2 ☐	NÃO

Observações:

ANEXO 2

ROTEIRO OBSERVACIONAL - SISTEMAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA O TRATAMENTO DOS PORTADORES DE TUBERCULOSE

O objetivo é fornecer aos locais de estudo um roteiro para a descrição dos cenários da pesquisa, evitando que a descrição seja voltada, essencialmente, para aspectos estruturais e sim, a articulação entre profissionais, níveis e serviços de saúde, no processo de cuidado do doente de TB;

Questões sugeridas para descrever os cenários voltados a aspectos:

Registros	<ul style="list-style-type: none"> - quais as fontes de registros para TB utilizadas pelas Unidades de Saúde? - Quem preenche? - Todos têm acesso às informações? - Há a criação de registros paralelos da equipe, além dos oficiais recomendados pelo MS e CVE? - Os registros são informatizados? Quais são? - Os profissionais que acompanham o doente de TB na Unidade de Saúde fazem registros nos prontuários?
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> - quem acompanha os casos de TB da Unidade de Saúde? - Faltam médicos? - qual o envolvimento dos ACS no acompanhamento dos casos de TB na Unidade de Saúde? – assumem ações ou não assumem por questões profissionais ou trabalhistas?
Integração entre programas, serviços de saúde e profissionais	<ul style="list-style-type: none"> - no caso de necessidade de referenciar / encaminhar o doente de TB para consulta ou procedimentos com outro especialista ou serviço de saúde, quem marca? - há discussão de casos acompanhados pela Unidade de Saúde com outros serviços de saúde ou Vigilância Epidemiológica?
Processo assistencial	<ul style="list-style-type: none"> - oferecimento de consultas mensais- quem atende? - o médico atende os doentes de TB mensalmente até o fim do tratamento ou em períodos específicos do mesmo? - a Unidade de Saúde oferece TDO- quem acompanha e registra as ações de TDO? Quais os registros utilizados? - qual o envolvimento da equipe de enfermagem no processo de cuidado – quais ações realiza? - há o envolvimento do enfermeiro de modo sistemático nas ações de tratamento de TB? – quais ações que são, de fato, realizadas por este profissional no que diz respeito ao tratamento da TB?

ANEXO 3

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

Of. nº 2646/13
CAAP-fcp

Ribeirão Preto, 21 de junho de 2013.

Prezada Orientadora,
Profª. Drª. Teresa Cristina Scatena Villa
Prezados pesquisadores
Profª. Drª. Teresa Cristina Scatena Villa
Profª. Drª. Silvia Helena de Figueredo Vendramin
Profª. Drª. Lucia Marina Scatena
Profª. Drª. Maria Catarina Salvador da Motta
Profª. Drª. Lenilde Duarte de Sá
Profª. Drª. Jordana de Almeida Nogueira
Profª. Drª. Erika Simone Galvão Pinto
Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio
Prof. Dr. Reinaldo Antônio da Silva Sobrinho

A Diretora do Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento – **Maria Luiza da Silveira Santa Maria**, a Chefe da Divisão de Vigilância Epidemiológica – **Ana Alice M. C. de Castro e Silva**, e a Coordenadora do Programa de Tuberculose – **Lis Aparecida de Souza Neves**; manifestaram a **concordância** para a coleta de dados do projeto de pesquisa **“TUBERCULOSE: ANÁLISE DOS PONTOS DE ESTRANGULAMENTO DA ATENÇÃO PARA O CONTROLE DA DOENÇA EM MUNICÍPIOS DAS REGIÕES SUL, SUDESTE, E NORDESTE DO BRASIL”**, nas dependências desta Secretaria da Saúde. Conforme despachos no Processo Administrativo 02 2013 0374402 0.

Como o seu campo de pesquisa se trata de Unidades Especializadas, ressaltamos que vossa senhoria se apresente à coordenação destas com antecedência para agendamento da pesquisa, tendo em vista as rotinas destes estabelecimentos de saúde. Bem como apresente à coordenação da área programática os resultados da presente pesquisa.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente e a concordância da SMS-RP como instituição co-participante.

Cordialmente,

Apoiadora da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PROJETOS PESQUISA
Secretaria Municipal da Saúde

Fernanda Cristina Padial
CRB-8/8168

ANEXO 4

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 208/2013

Ribeirão Preto, 21 de Agosto de 2013.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 165ª Reunião Ordinária, realizada em 21 de agosto de 2013.

Protocolo CAAE: 15671713.9.1001.5393

Projeto: Tuberculose: análise dos pontos de estrangulamento da atenção para controle da doença em municípios das regiões sul, sudeste e nordeste do Brasil.

Pesquisadores: Tereza Cristina Scatena Villa

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP