UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ANNELIESE DOMINGUES WYSOCKI

Tratamento da tuberculose: avaliação dos serviços da Atenção Básica em São
José do Rio Preto - SP

RIBEIRÃO PRETO

2014

ANNELIESE DOMINGUES WYSOCKI

Tratamento da tuberculose: avaliação dos serviços da Atenção Básica em
São José do Rio Preto - SP

Tese apresentada ao Programa Interunidades de
Doutoramento em Enfermagem da Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências.

Linha de pesquisa: Sociedade, Saúde e Enfermagem

Orientador: Tereza Cristina Scatena Villa

RIBEIRÃO PRETO

2014

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.

Wysocki, Anneliese Domingues

Tratamento da tuberculose: avaliação dos serviços da Atenção Básica em São
José do Rio Preto - SP. Ribeirão Preto, 2014.

112 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto/USP.

Orientador: Tereza Cristina Scatena Villa

1. Tuberculose. 2. Avaliação dos Serviços de Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde.

WYSOCKI, Anneliese Domingues

Tratamento da tuberculose: avaliação dos serviços da Atenção Básica em São José do Rio Preto - SP

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Dedicatória

À Deus, por ter me dado o dom da vida e oportunidade de evolução espiritual;

*À minha família, por orientar meu caminho com muita dedicação e amor,
contribuindo na concepção de quem sou hoje.*

Agradecimentos Especiais

*À **Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa**, pela confiança depositada em mim desde o momento em que me acolheu em seu grupo de pesquisa, ao qual se dedica de forma imensurável. Admiro sua garra, liderança e a forma que conduz o grupo, compartilhando suas conquistas e conhecimentos, fortalecendo e incentivando a busca, enfrentamento e transposição de desafios.*

Obrigada por hoje fazer parte de mim e por ter contribuído com a minha evolução pessoal, espiritual, profissional e enquanto pesquisadora, oportunizando-me não apenas conhecimentos teóricos, mas a compreensão do verdadeiro significado de se trabalhar em equipe, de se batalhar um pelo outro e buscar sempre o que há de melhor em nós e nos outros.
Serei eternamente grata por tudo.

*Ao **Prof. Dr. Antonio Ruffino-Netto**, por todo seu conhecimento, sabedoria, dedicação, paciência e bondade, que o tornam o ser humano e educador maravilhoso e inigualável que é. Obrigada por me ensinar por meio de palavras e exemplos, sempre com muito carinho, respeito e atenção, me encorajando mesmo diante das minhas limitações.*

Mais que isso, obrigada por me fazer enxergar um pouco de mim no outro, por agregar valor e fazer a diferença em minha vida.
Foi e sempre será um prazer e privilégio tê-lo como educador.

*À **Profª Drª Aline Aparecida Monroe**, por sua dedicação, conhecimento, sensibilidade, ternura, respeito e amizade, que me ensinam, fortalecem e me inspiram a cada dia. Agradeço por sua confiança e por não medir esforços para compartilhar seus conhecimentos e vivências durante minha preparação profissional. Seu modo de conduzir todas as situações enfrentadas faz de você meu exemplo.*
Muito obrigada por tudo.

Agradecimentos

Aos meus pais, **Ana e Gerhard**, por todo amor, carinho, dedicação, incentivo e confiança em todos os momentos. Obrigada por me ensinarem a acreditar na presença de Deus em minha vida, por serem minha fé quando não tinha mais esperança, por me fortalecerem quando não possuía forças e por me perdoarem em meus deslizes. Vocês são minha fortaleza, minha morada, minha vida. Amo vocês infinita e incondicionalmente.

À **Helga**, minha irmã, por sempre estar ao meu lado e me incentivar, ouvir, aconselhar e me ajudar a ser uma pessoa melhor. Por todos os momentos que vivemos e que ainda estaremos juntas. Ter você comigo me faz mais forte, confiante e determinada. Você é essencial para mim.

A todos os **tios (as) e primos (as)** que, mesmo fisicamente distantes, sempre estiveram orando e torcendo por mim.

A minha madrinha e mãezinha que Deus me presenteou, **tia Guida**, por sua sabedoria e grandeza de alma. Sua coragem, humildade, amor, carinho e dedicação inspiram meus dias. Obrigada por também ter sido minha escola de valores e por ter me encorajado a caminhar independente do desafio. Amo você.

A minha querida **Betina**, por estar ao meu lado mesmo distante, me acompanhando, aconselhando, lutando e incentivando. Você é especial.

As minhas amigas **Priscila Scaff, Polyana, Paulinha, Marília, Camila Takão, Marisa, Damaris, Marcela, Marilinha e Natália Sperli**, pelo incentivo, carinho e momentos maravilhosos.

Ao meu querido amigo **Janderson**, que mesmo com a distância e o tempo sempre se fez presente, me incentivando e aconselhando em toda e quaisquer ocasião. Obrigada por existir e fazer parte de mim.

As minhas irmãs do coração, **Bia e Amelinha**, por estarem comigo em mais esta fase. Vocês são a materialização do companheirismo, amizade e lealdade. Obrigada por enxergarem em mim coisas que nem eu mesma consigo enxergar, por serem minha fortaleza quando não me compreendo, me aceitarem exatamente como sou e me ajudarem a ser a cada dia melhor.

*À **Aline Beraldo e Livinha**, minhas queridas amigas, pela grandeza de coração, amizade, companheirismo e por todos os momentos maravilhosos que vivemos juntas. Agradeço a Deus por ter vocês ao meu lado, diariamente, tornando meus dias mais alegres. Muito obrigada por me compreenderem diante das minhas imperfeições e contribuírem para meu aperfeiçoamento. Não tenho palavras para dizer o quanto significam para mim. Vocês sempre estarão guardadas no meu coração.*

*À **Rúbia**, por estar ao meu lado com seu imenso coração, agregando valor em tudo o que faz. Obrigada por sua sabedoria, paciência e humildade, por respeitar as minhas limitações e me ensinar a extrapolá-las. Você sempre foi e sempre será essencial para mim.*

*Aos meus queridos **amigos e amigas do GEOTB**, que vêm contribuindo com muito amor e dedicação na construção da nossa “Tropa de Elite”: **Bia, Amelinha, Rúbia, Aline Beraldo, Livinha, Nathy, Maria Eugênia, Gabi, Tiemi, Érika, Reinaldo, Aline Monroe, Jordana, Lúcia, Roxana, Paty, Laurinha, Léo e todos os demais membros**. Muito obrigada por me ensinarem a trabalhar em equipe e por terem contribuído em meu crescimento. Mais que isso, obrigada por terem sido minha família em Ribeirão Preto e pelos momentos maravilhosos que passamos juntos.*

*Ao **Prof. Dr. Pedro e integrantes do Grupo de Estudos Qualitativos em Saúde (GEOQualis)**,
À **Profª Drª Aline Aparecida Monroe e integrantes do Grupo de Estudos Operacionais em HIV/aids (GEOHaidS)** e*

*Ao **Prof. Dr. Ricardo Arcêncio e integrantes de seu grupo de pesquisa**,
pela aprendizagem e conhecimentos compartilhados.*

*A todos os **docentes do curso de enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)**, pelos ensinamentos durante minha formação acadêmica.*

*Ao **Prof. Dr. Nelson Iguimar Valério e Profª Drª Eny Maria Golloni-Bertollo** por terem cultivado em mim a semente da pesquisa, ainda quando era graduanda, que brotou e hoje se concretiza em mais um fruto.
Muito obrigada!*

*Às **Profªs Silvia Helena Figueiredo Vendramini, Maria de Lourdes Sperli Geraldês Santos, Marilene da Rocha Santos, Cláudia Eli Gazetta, Sônia Aparecida da Cruz Oliveira, Vânia Del Arco Paschoal, Rosemeire Milhim Cordova, Gislaïne Buzzini Fernandes e Renilda Rosa Dias Ferreira Araújo**, que estiveram comigo durante minha graduação na FAMERP e me despertaram o desejo de trabalhar na Saúde Pública.*

*Às **Prof^{as} Dr^{as} Silvia Helena Figueiredo Vendramini, Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos e Cláudia Eli Gazzeta**, por terem possibilitado minha inserção no GEOTB e por estarem comigo em mais esta etapa da minha vida. Muito obrigada pelo carinho, incentivo, dedicação e contribuições neste estudo e em tantos outros momentos da minha vida.*

*À **Prof^a Dr^a Lúcia Marina Scatena**, pelas preciosas contribuições feitas neste estudo e discussões em grupo. Obrigada por compartilhar seu conhecimento e por trazer novos olhares à esta e às demais pesquisas do GEOTB.*

*À querida **Paty**, minha mãezinha de Ribeirão Preto, por ser tão amável, carinhosa, atenciosa, compreensiva e companheira. Por ser esse exemplo de mulher, mãe e amiga, cuja sabedoria extrapola o imaginável. Agradeço a Deus por sua presença ao meu lado, me fortalecendo e me ensinando a cada dia.*

*Aos **docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem**, por ter possibilitado a realização deste doutorado.*

*A todos os **funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**, pelo acolhimento e dedicação.*

*À **FAPESP** – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pelo apoio financeiro à pesquisa.*

*Ao **ICOHRTA**, na figura dos professores **Jonathan Golub, Richard Chaisson, José Roberto Lapa e Silva e Antonio Ruffino-Netto**, por terem me dado a oportunidade de participar de cursos na Bloomberg School of Public Health – Johns Hopkins University.*

*A todos meus amigos do **CSE Estoril**, que estiveram comigo na caminhada por uma saúde coletiva de qualidade.*

*À **Dr^a Maria Rita de Cássia Oliveira Cury** e todos os funcionários do Programa Municipal de Controle da Tuberculose em São José do Rio Preto, que contribuíram e apoiaram a realização deste estudo.*

*A todos os profissionais dos serviços de saúde da **Atenção Básica de São José do Rio Preto**, por terem participado e colaborado para a construção deste estudo.*

Enfim, a todos que direta ou indiretamente tornaram possível a concretização deste estudo.

Muito obrigada

CAMINHAR NA DIREÇÃO CERTA...

Aceitar o tempo como coadjuvante
no tratamento e resposta
aos problemas da existência;

Permitir-se
deixar fluir a seiva da vida
cicatrizar a feridas que sangram;

Empenhar-se com todas as forças na realização
dos potenciais próprios;

E assim...

Ao caminhar nesta direção
encontrar
doce sensação de paz,
expressão
de ternura no olhar
sorriso cativante
gentileza no trato
esperança estampada no semblante.

ANTONIO RUFFINO NETTO

06-04-2010

RESUMO

WYSOCKI, A.D. **Tratamento da tuberculose: avaliação dos serviços da Atenção Básica em São José do Rio Preto-SP.** 2014. 112f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

O estudo teve como objetivo avaliar os serviços da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose (TB) em São José do Rio Preto-SP. Trata-se de um estudo avaliativo, quantitativo, que adotou como referencial metodológico os componentes da avaliação da qualidade dos serviços de saúde *estrutura, processo e resultado*. Constituíram-se como unidades de observação os 25 serviços da Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde-UBS e Unidades de Saúde da Família-USF) da rede municipal de saúde de São José do Rio Preto-SP. A coleta de dados foi realizada entre julho a dezembro de 2011 por meio de entrevistas com 239 profissionais de saúde (médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde) utilizando instrumento específico e levantamento de dados secundários para avaliar o tratamento da TB na Atenção Básica. A análise dos dados foi realizada por meio de distribuição de frequência e medidas de tendência central. Para a análise do desempenho dos serviços de saúde da Atenção Básica segundo os componentes avaliativos de Estrutura e Processo foi realizada validação das variáveis do instrumento de coleta de dados, tendo como referência para tal os dados produzidos pelos cinco municípios participantes do projeto multicêntrico do qual integra o presente estudo, a partir da qual se criou nove indicadores avaliativos (5 Estrutura e 4 Processo). Dessa forma, para analisar o desempenho dos serviços de saúde calculou-se e considerou-se como unidade de comparação um indicador padronizado Z, adotando-se como parâmetro o valor de $Z = 1$. Assim, os indicadores foram classificados como: insatisfatório ($Z < 1$), bom ($-1 < Z < 1$) e Muito bom ($Z > 1$). Para o componente avaliativo resultado, calculou-se proporção. Verificou-se baixo tempo de atuação profissional principalmente entre médicos e enfermeiros na Atenção Básica. Foram classificados como insatisfatórios os indicadores de Estrutura “capacitação de profissionais” e “acesso a instrumentos de registro” e os de Processo “realização de tratamento diretamente observado” e “ações externas para o controle da TB”. Os indicadores de estrutura “disponibilidade de insumos” e “articulação com outros serviços” e o de Processo “Informações sobre a TB” foram considerados bons. O município obteve melhor desempenho para os indicadores “Profissionais envolvidos no atendimento” e “referência e contra-referência”. Houve baixa proporção de TDO efetivado e de realização de baciloscopia de controle de tratamento entre os doentes acompanhados pelos serviços da Atenção Básica, sendo observado em 2011 um aumento abrupto dos casos de abandono tanto nas UBS quanto nas USF. A análise dos indicadores de resultado de tratamento dos doentes de TB manteve coerência com os indicadores de estrutura e processo e dificuldades para a condução operacional do tratamento da TB nos serviços da Atenção Básica foram identificadas. Apesar do esforço de horizontalização das ações de controle da TB, a dinâmica de organização do serviço da Atenção Básica reproduz a centralização e fragmentação da assistência, com enfoque na atuação do enfermeiro enquanto coordenador do cuidado em um contexto complexo e contraditório no qual a atuação dos demais membros da equipe ocorre de modo pontual e reativo, contrapondo-se às premissas ideológicas e operacionais da Atenção Básica.

Palavras-chave: Tuberculose. Avaliação dos Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

WYSOCKI, A.D. **Tuberculosis treatment:** primary health services assessment at São José do Rio Preto-SP. 2014. 112p. Thesis (Doctorate) – Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

The study aimed to assess Primary Health Care (PHC) in regard of tuberculosis (TB) treatment at São José do Rio Preto-SP. An evaluative and quantitative study was conducted, adopting the components of health services assessment: structure, process and outcomes, as the methodological framework. The observational units of the study were composed by 25 PHC services from the municipal health network (Basic Health Units-BHU and Family Health Units-FHU). To assess PHC in regard of TB treatment, data collection was performed between July to December 2011 through interviews with 239 health staff members (physician, nurses, nursing assistants and community health workers) using a specific questionnaire and secondary data survey. Data analysis was performed using descriptive statistics techniques. Performance analysis of PHC to TB treatment, according to the evaluative components of Structure and Process, was performed through validation of the data collection questionnaire variables, from which nine evaluative indicators (5 related to structure and 4 related to TB care process) were created, using as a reference to this validation data produced by five municipalities of a multicenter study in which the present study is included. Considering the differences between the health services, a standardized variable Z was calculated. Using as parameter of comparison the value of $Z = 1$, indicators were rated as unsatisfactory ($Z < 1$), good ($-1 < Z < 1$) and very good ($Z > 1$). Proportions were calculated for the evaluative component "result". Time of practice in PHC was low especially among doctors and nurses. Structure indicators "training of staff" and "access to medical records" and process indicators "DOT (directly observed therapy)" and "TB activities in the community" were classified as unsatisfactory ($Z < 1$). Structure indicators "material resources" and "integration among other services" were classified as good. The best evaluated indicators in the municipality were "staff involved with TB treatment" and "reference and counter reference". There was a low proportion of DOT and sputum smear control exams among TB patients followed by PHC services. In 2011 there was an abruptly increase of TB cases in BHU and FHU. TB outcomes indicators were consistent with structure and process indicators. Operational difficulties for TB case management in PHC services were identified. Despite the effort for horizontalization of TB control, organizational aspects of PHC reproduces centralization and fragmentation of care, focusing on the role of nurses as coordinators of TB care in a complex and contradictory context, in which the actions of other team members occurs occasionally, opposing the ideological and operational assumptions of PHC.

Keywords: Tuberculosis. Health Services Evaluation. Primary Health Care.

RESUMEN

WYSOCKI, A.D. **Tratamiento de la tuberculosis:** la evaluación de los servicios de atención primaria en São José do Rio Preto-SP. 2014.112h. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014

El estudio tuvo como objetivo evaluar los servicios de Atención Primaria (AP) para el tratamiento de la tuberculosis (TB) en São José do Rio Preto. Un estudio de evaluación cuantitativa que adoptó los componentes del marco metodológico de evaluación de calidad de servicios de salud: estructura, proceso y resultado. Las unidades de observación estuvieron compuestas de 25 servicios de AP (Unidades Básicas de Salud-UBS y Unidades de Salud de la Familia-USF) del sistema de salud municipal. La recolección de datos se llevó a cabo de julio a diciembre de 2011 por medio de entrevistas con 239 profesionales (médicos, enfermeras, asistentes de enfermería y agentes comunitarios de salud) con un instrumento específico y con recogida de datos secundarios para evaluar el tratamiento de TB en AP. Datos fueron analizados por distribución de frecuencia y medidas de tendencia central. La análisis del desempeño de servicios sanitarios de AP fue hecha de acuerdo con los componentes de evaluación de estructura y proceso por medio de validación de variables del instrumento de recolección de datos, como una referencia a los datos producidos por cinco municipios que participaron en el diseño multicéntrico del cual se integra el presente estudio, así nueve indicadores de evaluación han sido creados (4 de Estructura y 5 de Proceso). Para analizar el desempeño se calculó y se consideró como unidad de comparación un indicador estandarizado Z, utilizando como parámetro $Z=1$. Los indicadores fueron calificados como insatisfactorios ($Z<1$), buenos ($-1<Z<1$) y muy buenos ($Z>1$). Para el componente evaluativo de resultado, se calculó proporciones. El tiempo de actividad en la práctica sobre todo de los médicos y enfermeras en AP fue bajo. Indicadores de estructura "formación profesional" y "acceso a los dispositivos de grabación" y del proceso "realización del tratamiento directamente observado" y "acciones exteriores para controlar la TB" se clasificaron como insatisfactorios. Indicadores estructurales de "disponibilidad de insumos" y "coordinación con otros servicios" y del proceso "información sobre la TB" se consideró buenos. El municipio mostró mejor rendimiento para los indicadores "participación de profesionales en el tratamiento de TB" y "referencia y contra-referencia." Hubo una baja proporción de TDO efectuado y en los exámenes de esputo para control del tratamiento para los pacientes asistidos en servicios de AP, observándose en 2011 un fuerte aumento de los casos de abandono, tanto en las UBS como en las USF. El análisis de indicadores de resultados del tratamiento de pacientes con TB se mantuvo coherente con los indicadores de estructura y de proceso, y dificultades para la realización operativa de tratamiento de la TB en servicios de AP fueron identificados. A pesar del esfuerzo para la horizontalización del control de la tuberculosis, la dinámica de organización de servicios de AP reproduce la centralización y fragmentación de la atención, centrándose en el papel de la enfermera como coordinadora de la atención en un contexto complejo y contradictorio, en que las acciones de otros miembros del equipo se produce de una manera puntual y reactivo, oponiéndose a los presupuestos ideológicos y operativos de la AP.

Palabras clave: Tuberculosis. Evaluación de los Servicios de Salud. Atención Primaria de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	O Sistema de Serviços de Saúde.....	34
Figura 2 -	Distribuição das Unidades de Saúde e área de abrangência em São José do Rio Preto.....	37
Figura 3 -	Fluxograma do cálculo amostral dos participantes do estudo em São José do Rio Preto.....	43
Figura 4 -	Indicadores de desempenho dos serviços da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose segundo componente e elemento avaliativo.....	50
Figura 5 -	Tempo de atuação na Atenção Básica e no serviço de saúde que exercia atividades profissionais no momento da coleta de dados, São José do Rio Preto, 2011.....	55
Figura 6 -	Tempo de atuação dos profissionais entrevistados na Atenção Básica e no serviço que exercia atividades profissionais no momento da coleta de dados segundo a categoria profissional, São José do Rio Preto, 2011.....	56
Figura 7 -	Proporção de tipo de vínculo empregatício segundo categoria profissional e tipo de serviço de atuação na Atenção Básica, São José do Rio Preto, 2011.....	57
Figura 8 -	Número de vínculos empregatícios entre médicos entrevistados, São José do Rio Preto, 2011.....	57
Figura 9 -	Indicadores de desempenho da Estrutura dos serviços de saúde da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose, São José do Rio Preto, 2011.....	59
Figura 10 -	Proporção do desempenho dos serviços da Atenção Básica para os indicadores de Estrutura, São José do Rio Preto, 2011.....	60
Figura 11 -	Proporção do desempenho das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) para os indicadores de Estrutura, São José do Rio Preto, 2011.....	61
Figura 12 -	Indicadores de desempenho da Atenção proporcionada (Processo) aos doentes de tuberculose pelos serviços da Atenção Básica, São José do Rio Preto, 2011.....	64
Figura 13 -	Proporção do desempenho dos serviços da Atenção Básica para os indicadores de Processo (atenção proporcionada), São José do Rio Preto, 2011.....	64
Figura 14 -	Proporção do desempenho das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) para os indicadores de Processo (atenção proporcionada), São José do Rio Preto, 2011.....	65

Figura 15 - Proporção de realização de TDO nos serviços da Atenção Básica do município de São José do Rio Preto, 2008-2011.....	67
Figura 16 - Proporção de realização de baciloscopia de controle de tratamento nos serviços da Atenção Básica do município de São José do Rio Preto, 2008-2011.....	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição das categorias profissionais nas unidades de saúde da Atenção Básica de São José do Rio Preto (SP), 2011.....	42
Quadro 2 - Indicadores avaliados segundo o componente avaliativo e as variáveis do instrumento de coleta de dados validadas.....	47
Quadro 3 - Interpretação dos indicadores obtidos.....	49
Quadro 4 - Componentes, indicadores e medidas para avaliação do tratamento da tuberculose, criados a partir de fontes secundárias, São José do Rio Preto, 2011.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Número de doentes de tuberculose acompanhados segundo o serviço de saúde em São José do Rio Preto, 2008-2011.....	39
Tabela 2 -	Variáveis de Estrutura dos serviços da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose segundo o indicador de desempenho e valores da variável reduzida, São José do Rio Preto, 2011.....	62
Tabela 3 -	Variáveis da Atenção proporcionada (Processo) aos doentes de tuberculose pelos serviços da Atenção Básica segundo o indicador de desempenho e valores da variável reduzida, São José do Rio Preto, 2011.....	66
Tabela 4 -	Indicadores de cura, abandono e óbito entre os casos de tuberculose acompanhados pelos serviços da Atenção Básica em São José do Rio Preto, no período de 2008 a 2011.....	68

LISTA DE ANEXOS

Anexo I –	Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	106
Anexo II –	Instrumento de coleta de dados para entrevista com profissionais de saúde.....	107
Anexo III –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	110
Anexo IV –	Vínculo empregatício dos profissionais de saúde.....	111
Anexo V –	Instrumento de coleta de dados – Desfechos do tratamento da TB/ Baciloscopia de acompanhamento/TDO.....	112

LISTA DE ABREVIATURAS

aids - acquired immune deficiency syndrome

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

ARE - Ambulatório Regional de Especialidades

ATH - Ambulatório de Referência de Tuberculose e Hanseníase

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COAS - Centro de Controle e Prevenção de DST/Aids

DRS - Departamento Regional de Saúde

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

GEOTB - Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacionais em Tuberculose

HIV - vírus da imunodeficiência humana

MS - Ministério da Saúde

NADS - Núcleo de Apoio aos Distritos de Saúde

NASF - Núcleo de Apoio Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

PCT - Programa de Controle da Tuberculose

PNCT - Programa Nacional de Controle da Tuberculose

SAD - Serviço de Assistência Domiciliar Especializado

SADT - Serviços de Apoio para Diagnoses e Terapias

SAE - Serviço de Atendimento Especializado

SUS - Sistema Único de Saúde

TB - Tuberculose

TBWEB - Sistema de Notificação e Acompanhamento dos Casos de Tuberculose

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDO - Tratamento Diretamente Observado

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

USF - Unidades de Saúde da Família

VE - Vigilância Epidemiológica

VD - Visita Domiciliar

SUMÁRIO

Apresentação.....	21
1. Delineamento do objeto de estudo.....	23
1.1 O desafio do controle da tuberculose nos serviços de saúde da Atenção Básica.....	24
1.2 Estado da arte: avaliação dos serviços de saúde na Atenção Básica.....	27
2. Objetivos.....	29
2.1 Objetivo Geral	30
2.2 Objetivos Específicos	30
3. Materiais e métodos.....	31
3.1 Delineamento do Estudo.....	32
3.2 Referencial Metodológico	32
3.3 Local de Estudo	35
3.3.1 Atenção à saúde em São José do Rio Preto.....	35
3.3.2 Atenção à tuberculose em São José do Rio Preto	38
3.3.3 O tratamento da tuberculose nos serviços da Atenção Básica de São José do Rio Preto.....	40
3.4 Unidades de Observação e Informantes-chave.....	42
3.5 Cálculo da Amostra	42
3.6 Coleta de dados.....	44
3.7 Análise dos dados	46
4. Aspectos éticos	51
5. Resultados.....	53
6. Discussão.....	69
7. Considerações finais.....	88
8. Referências.....	91
Anexo I - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	106
Anexo II – Instrumento de coleta de dados - Entrevista com profissionais de saúde	107
Anexo III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	110
Anexo IV - Vínculo empregatício dos profissionais de saúde	111
Anexo V – Instrumento de coleta de dados – Desfechos do tratamento da TB/ Baciloscopia de acompanhamento/TDO.....	112

Apresentação

O presente estudo faz parte do projeto multicêntrico intitulado “*Avaliação da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose na perspectiva dos profissionais de saúde e doentes em municípios do Brasil*”, Projeto Regular FAPESP Proc.: 2011/09469-6, desenvolvido pelo Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose (GEOTB) em diferentes regiões do Brasil [Nordeste (Cabedelo – PB e Natal - RN), Sul (Foz do Iguaçu – PR) e Sudeste (São José do Rio Preto – SP e Uberaba - MG)].

Integrante da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB), o GEOTB congrega pesquisadores de entidades governamentais (coordenação estadual, municipal, gestores e profissionais dos serviços de saúde da rede básica), instituições de ensino superior estaduais e federais, estudantes de graduação e pós-graduação (mestrado, doutorado e pós-doutorado), Centros de Pesquisa e Agências de Cooperação Internacional que, sob a coordenação dos líderes Prof^a Dr^a Tereza Cristina Scatena Villa e Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto, tem se dedicado ao desenvolvimento de estudos operacionais relacionados à avaliação dos serviços de saúde que desenvolvem ações de controle e tratamento da tuberculose (TB) no sentido de subsidiar e contribuir para a proposição de estratégias, planejamento e formulação de políticas de controle da doença nas realidades estudadas.

Ressalta-se que o presente estudo contou com auxílio financeiro (bolsa de doutorado) da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, processo nº 2011/08381-8, e foi desenvolvido no município de São José do Rio Preto, prioritário para o controle da doença no Estado de São Paulo, visando avaliar os serviços de saúde da Atenção Básica para o tratamento da TB utilizando como referencial metodológico as categorias básicas da avaliação da qualidade dos serviços de saúde proposto por Donabedian (1996) e Starfield (2002).

1. Delineamento do objeto de estudo

1.1 O desafio do controle da tuberculose nos serviços de saúde da Atenção Básica

A tuberculose (TB), embora seja uma doença cuja cura foi viabilizada há décadas, ainda é reconhecida como um problema de saúde pública atual e persistente. Estima-se que em 2011 houve aproximadamente nove milhões de casos novos no mundo, dos quais 1,4 milhões morreram em decorrência da doença (WHO, 2012).

Devido à dificuldade de tratamento, baixo percentual de cura e detecção dos casos, e altas taxas de incidência, abandono e recidiva, a TB alcançou caráter prioritário dentre as políticas governamentais internacionais e brasileiras, sendo elaborados, ao longo dos anos, planos e estratégias por órgãos e agências internacionais de saúde, com destaque para a Organização Mundial da Saúde (OMS), com o objetivo de controlar a doença (BRASIL, 2002).

O Brasil, desde 1998, vem adotando estratégias que visam controlar a doença através do aumento da detecção de casos para 70% e do sucesso do tratamento em pelo menos 85% entre os casos bacilíferos e diminuição do abandono a uma taxa inferior 5% (BRASIL, 2002; RAVIGLIONE, 2007). Apesar disso, ainda apresenta indicadores insatisfatórios de cura da doença, incluindo-se entre os 22 países responsáveis pela maior carga de TB no mundo (WHO, 2012).

Considerando que a proximidade do doente de TB junto ao serviço de saúde constitui um arranjo organizacional para melhorar o acesso às ações de diagnóstico e tratamento da doença e efetivar seu controle, o MS vem buscando intensificar a descentralização¹ e horizontalização das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) para a Atenção Básica desde 2002. Ademais, há que se considerar a potencialidade da Atenção Básica no controle da TB à medida que se configura como a porta de entrada ao sistema de saúde e assume as funções de resolubilidade (capacidade cognitiva e tecnológica para atender a mais de 85% dos problemas da população), comunicação (capacidade de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes do

¹ O termo descentralização, neste estudo, será utilizado como sinônimo de desconcentração, que consiste na transferência de algumas responsabilidades administrativas para níveis hierárquicos inferiores, dentro de uma mesma organização, sem a correspondente redistribuição do poder decisório (MENDES, 1998). Admite-se, nesse sentido, a diferença entre os dois conceitos.

sistema de saúde) e responsabilização (responsabilidade econômica e sanitária em relação à população adscrita) (MENDES, 2012).

Entretanto, torna-se necessário pensar e assumir os riscos da descentralização das ações de controle da TB para a Atenção Básica, uma vez que se reconhecem os desafios impostos pelo contexto organizacional no qual o sistema de saúde pública do Brasil se conforma: atenção essencialmente fragmentada, reativa e episódica, que responde com mais eficácia às demandas advindas das condições e eventos agudos, com enfoque na abordagem biologicista, individualista, mecanicista e especializada, com baixa resposta à transição epidemiológica do país, onde predominam as condições crônicas (MENDES, 2012).

Frente a esse cenário, a TB, enquanto uma condição crônica, lança desafios aos serviços da Atenção Básica, uma vez que o contexto de descentralização das ações de controle da doença impõe uma reestruturação na rede assistencial dos municípios que garanta a incorporação de tais responsabilidades tanto nos pontos periféricos do sistema de saúde (Unidades Básicas de Saúde - UBS e Unidades de Saúde da Família - USF) como nos demais pontos de atenção (secundário e terciário). Dessa maneira, incorporar o manejo da TB como uma responsabilidade da Atenção Básica e promover o impacto positivo no quadro sanitário da doença pressupõe entender o PCT enquanto constituinte do nível Micro de gestão dos sistemas de Saúde, o qual também possui atribuições e funções que perpassam os níveis da Macro e Meso gestão. Uma vez que a Atenção Básica revela a complexidade das relações sócio-políticas na conformação da meta “Saúde para Todos”, enquanto mecanismo de cuidado integral aos indivíduos, requer a extrapolação do cumprimento de metas quantitativas verticalizadas e desarticuladas de forma que os programas de saúde inseridos em seu contexto respondam a suas funções e estejam de acordo com suas atribuições² (TEJADA-DE-RIVERO, 1999; UNIS, 2012).

Neste sentido, superar a fragmentação do cuidado e a diluição de responsabilidades dos diferentes pontos de atenção à saúde, bem como a baixa qualidade ou retaguarda laboratorial, dificuldades para realizar o Tratamento Diretamente Observado (TDO) e as limitações relacionadas ao contexto estrutural e dos sistemas de registro e informação, que acabam gerando uma inadequada avaliação e monitoramento dos PCT (FRIEDEN; DRIVER, 2003; AMARAL et al., 2010) exigindo, deste modo, a superação de distorções acerca da

² Segundo Starfield (2002), os atributos da Atenção Primária à Saúde são reconhecidos como eixos estruturantes e associados à qualidade dos serviços, sendo eles: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralização na família, orientação para a comunidade e competência cultural.

Atenção Básica e vai ao encontro das atribuições e prioridades relativas aos níveis Macro, Meso e de Micro gestão do sistema.

No que tange ao tratamento da TB neste contexto de descentralização das ações de controle para a Atenção Básica, o nível Macro de gestão prevê o compromisso político na formulação e fomento de estratégias que priorizem o controle da TB na agenda de saúde pelos gestores, efetivando a mobilização de recursos que assegurem a atenção à TB como parte das responsabilidades dos serviços de saúde (OMS, 2003). Aspecto essencial para a incorporação e responsabilização da TB pelo nível Micro, onde as ações se concretizam por meio da integração entre os profissionais de saúde e doente/comunidade, também considera a organização, operacionalização e adequação das estratégias definidas pelo nível Macro por meio de mecanismos de articulação permanente entre os níveis técnico-administrativo-gerenciais, serviços de saúde e as necessidades de saúde da população, intermediadas pelo nível da Meso gestão (OMS, 2003; MARCOLINO et al., 2009; MENDES, 2012). Concebe-se nesta lógica que o sucesso terapêutico da TB emerge das relações e articulações estruturais e organizacionais realizadas entre diferentes níveis: técnico, administrativo, gerencial e assistencial concretizadas na prática assistencial no âmbito das relações no espaço Micro.

Frente aos estímulos do MS à execução das atividades de controle da doença na Atenção Básica (BRASIL, 2006), diversos estudos têm trazido contribuições à elaboração de diretrizes operacionais ao revelar os resultados da descentralização do PCT aos serviços primários. Há que se refletir sobre divergências e contradições quanto à efetividade da descentralização. Enquanto alguns estudos apontam cenários favoráveis em relação ao alcance de indicadores de desfecho de tratamento, mesmo sem a incorporação de todos os compromissos e atividades (MARREIRO et al., 2009; MARQUIEVIZ et al., 2013), outros identificaram queda nas taxas de adesão e cura (SOUZA et al., 2009) como também dificuldades de acesso ao tratamento e ações vinculadas ao mesmo (MARCOLINO et al., 2009; FIGUEIREDO et al., 2009) e baixa integração entre ações e serviços de saúde no planejamento da assistência ao doente de TB (TRIGUEIRO et al., 2011).

Ao serem avaliados municípios de diversas regiões do Brasil, também se suscitou questionamentos quanto à participação da Atenção Básica na realização das ações de controle da TB, uma vez que a alta cobertura de USF em determinados municípios não foi determinante para a ampliação do acesso dos doentes aos serviços de saúde em relação àqueles cuja atenção à TB era organizada de forma centralizada, que obtiveram melhor desempenho (SCATENA et al., 2009). Neste sentido, revela-se que os diferentes cenários e

serviços de saúde operam com capacidade organizacional distintas, interferindo assim na dinâmica e alcance da descentralização.

Considerando os elementos que se configuram como obstáculos para a incorporação e operacionalização das atividades de controle da TB, dificultando assim a capacidade resolutive do nível Micro, destaca-se a visão fragmentada da assistência, coerente com o modelo de atenção à saúde vigente, somada às questões relacionadas à resistência e rotatividade de profissionais, sobrecarga de funções e falta de recursos humanos qualificados para lidar com a TB (MONROE et al., 2008; CUNHA et al., 2012), o que revela a complexidade da incorporação das ações do PCT aos serviços da Atenção Básica.

Nesta direção, reconhece-se a necessidade de se avaliar os serviços da Atenção Básica para o controle da TB em diferentes contextos, por meio de métodos que possibilitem mensurar o desempenho dos mesmos de modo que sejam oferecidos subsídios que vislumbrem a adoção de mecanismos de gestão e o provimento e utilização dos recursos em saúde de forma a efetivar a prestação de serviços e assegurar o acesso da população às ações de controle da doença (NATAL et al., 1999; MENDES, FENSTERSEIFER, 2004; OLIVEIRA & NATAL, 2007; MONROE et al., 2008; GONZÁLES et al., 2008a;b; RODRIGUES et al., 2010; SÁ et al., 2010).

1.2 Estado da arte: avaliação dos serviços de saúde na Atenção Básica

Com a finalidade de conhecer o que a literatura científica já produziu sobre a temática do “desempenho da Atenção Básica nas ações de controle da tuberculose”, foi realizado um levantamento bibliográfico em maio de 2013, buscando por artigos científicos que respondessem a seguinte questão norteadora: Quais as evidências científicas acerca do desempenho dos serviços de saúde da Atenção Básica nas ações de controle da tuberculose?

Para isso, foi realizada uma busca nas bases de dados eletrônicas inseridas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a partir da utilização dos descritores: Avaliação dos Serviços de Saúde, Serviços de Saúde e Atenção Primária à Saúde, considerando-se manuscritos completos publicados nos idiomas inglês, espanhol e português dos últimos 10 anos (2003 a 2013).

Na primeira etapa foram encontrados 111 artigos (80 na Medline, 25 LILACS, 02 BDENF e 03 e CidSaúde - cidades saudáveis), realizando-se a leitura do resumo dos mesmos

após a eliminação daqueles que se encontravam em duplicidade (108). Foram considerados aqueles que aderiram à pergunta norteadora, ou seja, que abordaram o desempenho dos serviços de saúde de Atenção Básica.

Dentre os 108 artigos encontrados, a maioria descrevia a implementação de programas de atenção com subsequente avaliação de impacto e o efeito da utilização de determinadas tecnologias, realizavam avaliação de resultados de indicadores de programas, avaliavam sistemas institucionais ou avaliavam a qualidade de práticas relacionados a determinados grupos de profissionais de saúde. Nesse sentido, pela não adesão à pergunta norteadora, foram eliminados do estudo.

Assim, apenas 14% (n=15) dos artigos encontrados abordaram a questão do desempenho dos serviços da Atenção Básica, no que se refere ao: desenvolvimento de um instrumento de avaliação dos atributos da Atenção Básica (MACINCKO et al, 2003); desenvolvimento de um instrumento para a avaliação dos atributos da Atenção Básica para um programa de saúde específico (Programa de Controle da Tuberculose) (VILLA et al, 2009); avaliação da Atenção Básica considerando todos seus atributos (IBAÑEZ et al, 2006; FACCHINI et al, 2007; VAN STRALEN et al, 2008; PEREIRA et al, 2011); avaliação de desempenho da Atenção Básica segundo atributos específicos (coordenação e integralidade) (ALMEIDA et al, 2012; SALA et al, 2011); avaliação de desempenho da Atenção Básica para programas de saúde específicos, a saber: materno-infantil (CALDEIRA et al, 2010); saúde do idoso (PICCINI et al, 2006; ALMEIDA et al, 2011); e de controle da tuberculose (SILVA-SOBRINHO et al., 2012); avaliação de um atributo da Atenção Básica para um determinado programa de saúde (Programa de Controle da Tuberculose) (OLIVEIRA et al, 2009; FIGUEIREDO et al, 2009) e análise de elementos relacionados à resolutividade e articulação entre redes de Atenção Básica e um programa específico (saúde mental) (ONOKO-CAMPOS et al, 2012).

Embora tenham sido encontrados estudos que abordassem a temática da avaliação da Atenção Básica no contexto da TB, os mesmos a realizaram segundo um atributo específico da Atenção Básica ou considerando a situação do diagnóstico da doença (SILVA-SOBRINHO et al., 2012; OLIVEIRA et al, 2009; FIGUEIREDO et al, 2009).

Assim, o presente estudo se diferencia dos demais devido ao enfoque na relação estrutura/processo/resultado na avaliação dos serviços de Atenção Básica para o tratamento da TB, tendo como propósito a produção de conhecimentos teóricos e operacionais com o intuito de aprimorar e qualificar o controle da doença nestes serviços.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Avaliar os serviços da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose em São José do Rio Preto - SP.

2.2 Objetivos Específicos

- ☞ Avaliar a estrutura dos serviços da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose;
- ☞ Avaliar a atenção proporcionada aos doentes de tuberculose nos serviços da Atenção Básica;
- ☞ Analisar o resultado da atenção proporcionada aos doentes de tuberculose nos serviços da Atenção Básica.

3. Materiais e métodos

3.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo avaliativo, quantitativo, o qual integra o projeto multicêntrico intitulado “*Avaliação da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose na perspectiva dos profissionais de saúde e doentes em municípios do Brasil*”, do qual fizeram parte os municípios de Cabedelo – PB, Natal - RN, Foz do Iguaçu – PR, Uberaba - MG e São José do Rio Preto - SP.

3.2 Referencial Metodológico

A avaliação consiste em fazer julgamento de valor a respeito de intervenções ou de seus componentes para subsidiar a tomada de decisões por meio de dispositivo que possa fornecer informações válidas e legítimas (CONTANDRIOPOULOS, 2006). A necessidade de maximizar o uso dos recursos aplicados nos programas sociais fez com que a avaliação ganhasse grande importância na gestão pública (SCALCO, LACERDA *et al.*, 2010), subsidiando o mecanismo de responsabilização do gestor perante terceiros (SILVA; FREITAS, 2005) e propiciando as informações necessárias para as intervenções em saúde.

Para avaliar os serviços da Atenção Básica para o tratamento da TB neste estudo optou-se por utilizar o referencial metodológico da avaliação da qualidade dos serviços de saúde baseado nos componentes *estrutura*, *processo* e *resultado* (DONABEDIAN, 1996). Para Starfield (2002), a avaliação de tais componentes faz parte da abordagem da capacidade (utilizada como sinônimo da estrutura) e do desempenho (considerado como sinônimo do processo) de sistemas e serviços de saúde, bem como do estado de saúde obtido por meio das intervenções realizadas (Resultado). No presente estudo, utilizou-se a denominação dos componentes de avaliação adotados por Donabedian (1996) sendo que a avaliação do componente processo se restringiu à avaliação da atenção proporcionada, denominada “oferta de atenção” segundo Starfield (2002).

O componente “estrutura” corresponde aos recursos existentes para a execução dos serviços, sendo eles: físicos (equipamentos, materiais de consumo e instalações); humanos (número e qualificação dos profissionais); e fontes para manutenção da infraestrutura e da

tecnologia existente, entendida neste estudo como organização do serviço de saúde. Este último também compreende o conhecimento disponível, organizado enquanto processo de trabalho, que visa otimizar o uso de recursos disponíveis na estrutura (DONABEDIAN, 1996).

O componente “processo” implica uma série de atividades realizadas - pelos e entre os profissionais e usuários - que inclui os atributos de continuidade, coordenação da assistência, trabalho em equipe e forma de atendimento dos profissionais. Considera também a oferta e o recebimento de ações e serviços de saúde, representando atividades por parte de quem oferece a atenção (atenção proporcionada) ou recebimento das mesmas pela população (atenção recebida). (DONABEDIAN, 1996; STARFIELD, 2002).

Por fim, o componente resultado (*outcomes*) refere-se às mudanças no estado de saúde de indivíduos e determinadas populações em decorrência das ações executadas pelos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1996; STARFIELD, 2002).

Ressalta-se que este referencial também foi utilizado em outros estudos de avaliação de intervenções para o controle da TB (LEE e PRICE, 1995; GONZÁLES et al., 2008ab; OLIVEIRA, NATAL et al., 2010). No presente estudo, para a avaliação dos serviços da Atenção Básica para o tratamento da TB, priorizaram-se os seguintes elementos, conforme Figura 1:

- ☞ *Estrutura*: Pessoal (recursos humanos), Instalações/equipamentos (recursos físicos) e Organização dos serviços;
- ☞ *Processo*: Manejo, referente à atenção proporcionada e;
- ☞ *Resultado*.

FONTE: Starfield, 2002

Figura 1. O Sistema de Serviços de Saúde

A utilização desses três componentes de avaliação dos serviços de saúde é possível por existir uma relação funcional fundamental entre eles, o que significa que as características estruturais dos locais onde se presta a assistência têm propensão a influir sobre o processo da atenção, diminuindo ou aumentando a qualidade. De forma semelhante, mudanças no processo de atenção, incluindo as variações da qualidade, influenciam no efeito da atenção sobre o estado de saúde (DONABEDIAN, 1996).

3.3 Local de Estudo

3.3.1 Atenção à saúde em São José do Rio Preto

O cenário eleito para a presente pesquisa foi o do município de São José do Rio Preto, dando continuidade à série de estudos realizados pelo GEOTB no local, bem como à parceria entre a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP e Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto.

O município insere-se no Departamento Regional de Saúde (DRS) XV atuando como sede do mesmo e referência regional em assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar para os 101 municípios que o compõe, bem como para grande parcela de municípios que fazem parte de outras Regiões de Saúde.

No que se refere ao sistema municipal de saúde, São José do Rio Preto divide-se em seis (06) distritos de saúde localizados nas regiões Norte (Distrito de Saúde II – Santo Antônio e Distrito de Saúde II – Solo Sagrado), Sul (Distrito de Saúde IV), Leste (Distrito de Saúde V), Oeste (Distrito de Saúde III) e Central (Distrito de Saúde I) (Figura 2).

Em 2012 a Atenção Básica do município era composta por 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 25 equipes de Saúde da Família alocadas em 13 Unidades de Saúde da Família (USF), o que correspondia a uma cobertura de 21,2% da população pela estratégia. A oferta de atenção nesses serviços de saúde ocorre em horário comercial, com exceção de sete (07) UBS que atendem até às 22:00h (quatro localizadas na região Norte, uma na região Sul, uma na região Leste e uma na região Central) segundo a lógica de atenção à demanda programada com agendamento de consulta nas áreas de Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Odontologia. Para as pessoas sem agendamento prévio é oferecido o serviço de acolhimento à demanda espontânea, realizado na maioria das vezes pelo enfermeiro, a partir do qual é estabelecida a complexidade do caso e realizado encaixe em vagas disponíveis para consultas eventuais, agendamento para consulta de rotina ou encaminhamento às Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) do município (casos de maior complexidade). Todas as equipes de saúde da Atenção Básica eram dotadas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Ressalta-se que os serviços da Atenção Básica localizados nos Distritos II (zona norte) e IV (zona sul) contavam com o apoio de uma equipe do Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF) e os demais Distritos com um serviço de apoio denominado Núcleo de Apoio aos Distritos de Saúde (NADS), estruturados com uma equipe multiprofissional cujas ações se pautam no apoio matricial, intersetorialidade e assistência, dentre outras aos serviços da Atenção Básica (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2011) (Figura 2).

O município ainda possui cinco (05) UPA, sendo três (03) localizadas na mesma estrutura física da UBS e duas (02) que possuem estrutura física própria, prestando atendimento 24 horas por livre demanda ou via encaminhamento dos Serviços da Atenção Básica. No que se refere ao atendimento hospitalar, o município é dotado de 14 hospitais, sete (07) gerais e sete (07) especializados, sendo que desses, nove (09) são conveniados ou contratados para atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Figura 2).

Quanto aos serviços de Atenção Especializada, São José do Rio Preto possui clínicas e ambulatórios de especialidades nas áreas de saúde mental: Ambulatório de Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Infantil, Adulto e álcool/drogas; saúde do trabalhador: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; reabilitação: Núcleo de Reabilitação Física; prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST), vírus da imunodeficiência humana (HIV) e aids: Serviço de Atendimento Especializado (SAE), Ambulatório de Hepatites Virais, Centro de Controle e Prevenção de DST/Aids (COAS); e policlínicas e Serviços de Apoio para Diagnoses e Terapias (SADT): Ambulatório de Especialidades, Banco de Leite Humano, Centro de Atendimento Especializado na Saúde da Mulher, Centro de Controle de Zoonoses, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Serviço de Assistência Domiciliar Especializado (SAD), Ambulatório de Referência de Tuberculose e Hanseníase (ATH) (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2011) (Figura 2).

Ressalta-se que o fluxo de comunicação entre os diferentes serviços de saúde do município ocorria por meio dos formulários de referência e contra-referência, contato telefônico e Comunicado Interno (CI), sendo este último somente disponível para os serviços que compõe a rede municipal de serviços de saúde.

Fonte: SÃO JOSÉ DO RIO PRETO (2011).

Figura 2. Distribuição das Unidades de Saúde e área de abrangência em São José do Rio Preto.

3.3.2 Atenção à tuberculose em São José do Rio Preto

São José do Rio Preto é um dos 44 municípios paulistas considerados prioritários para o controle da TB (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011b). A situação desse agravo no município configura-se como um permanente desafio ao sistema de saúde, uma vez que o mesmo apresentou, em 2011, uma incidência de 25 casos/100.000 habitantes. Apesar de esse indicador revelar-se inferior à incidência do Brasil e do estado de São Paulo para o mesmo ano (39 e 40 casos por 100.000 habitantes, respectivamente), tem se observado um grande esforço para o município alcançar as metas estabelecidas pela OMS em relação ao desfecho do tratamento ao longo dos anos, sendo que após ter alcançado bons indicadores de desfecho da doença em 2008, novamente houve uma piora nos resultados alcançados nos anos subsequentes, o que pode ter sido reflexo do mau desempenho dos serviços de saúde na oferta de ações aos doentes em tratamento.

Historicamente, a atenção à TB no município foi predominantemente pautada no modelo de organização vertical, realizada de forma centralizada pela equipe do PCT municipal que compunha a equipe do ATH, fisicamente instalado no Ambulatório Regional de Especialidades (ARE), o qual era responsável pelo acompanhamento clínico-terapêutico, Tratamento Diretamente Observado (TDO) e o controle dos comunicantes dos doentes de TB.

Inicialmente, após a implantação do DOTS no município em 1998, o TDO era oferecido somente aos doentes co-infectados sendo a supervisão da ingestão medicamentosa realizada no domicílio dos mesmos por um funcionário contratado pelo Programa da aids. A partir de 2001, assim como em outras áreas programáticas, a TB passou a ser responsabilidade da rede básica, iniciando-se assim o processo de descentralização da supervisão medicamentosa para os serviços da Atenção Básica, observando-se certa resistência das mesmas em assumir essa atribuição. No ano de 2004, visando o controle da doença, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) delineou a ampliação do TDO para todos os serviços da Atenção Básica nos municípios prioritários sendo que, somente em 2007, quando o município aderiu ao Pacto pela Vida, assumiu-se a responsabilidade de descentralizar todas as ações de controle da TB para os serviços da Atenção Básica até 2009, tendo como perspectiva melhorar os indicadores da doença no município. Atualmente, a busca de sintomáticos respiratórios, diagnóstico, acompanhamento clínico-terapêutico, TDO e

o controle dos comunicantes são de competência dos serviços da Atenção Básica (25 serviços de saúde; 12 UBS e 13 USF).

Nas UBS e USF, serviços de saúde que acompanham o maior número de doentes de TB em tratamento no município (Tabela 1), a assistência à TB é realizada por uma equipe mínima de profissionais, composta por enfermeiro, médico, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS que realiza, dentre outras atribuições, consultas médicas e de enfermagem de controle, fornecimento de medicações, TDO e controle de comunicantes.

Tabela 1. Número de doentes de tuberculose acompanhados segundo o serviço de saúde em São José do Rio Preto, 2008-2011.

	2008	2009	2010	2011
Serviços Especializados*	41 (32%)	32 (31,1%)	42 (43,8%)	54 (42,2%)
UBS	57 (44,5%)	52 (50,5%)	33 (34,4%)	49 (38,3%)
USF	30 (23,4%)	19 (18,4%)	21 (21,9%)	25 (19,5%)
TOTAL	128	103	96	128

*Os Serviços Especializados compreendem o SAE, o PCT e serviços hospitalares.

Todas as UBS do município, em 2011, possuíam uma equipe mínima de referência à TB. Quanto às USF, as mesmas chegavam a ter atuando em um mesmo espaço físico até três equipes, segundo a adscrição da clientela e número máximo de famílias a serem acompanhadas por equipe, no entanto, nem toda equipe constituía-se como referência para a atenção à TB. Essa desproporcionalidade entre o número de equipes de saúde da família e o número de equipes mínima de referência para o atendimento aos casos de TB pautava-se na forma de organização interna desses serviços de saúde para implementação do atendimento ao doente de TB.

Apesar de não se constituir como um dos locais de estudo, convém ressaltar que a rede de atenção aos doentes de TB integra ainda o SAE e o PCT.

A maior parte dos doentes de TB coinfectados pelo HIV/aids é acompanhada pelo SAE, que funciona de segunda a sexta-feira, em horário comercial, atuando em espaço físico próprio e com equipe especializada. É importante destacar a preocupante situação de coinfeção TB/HIV no município, uma vez que aproximadamente um quarto (24,7%) dos doentes de TB possuíam as duas morbidades nos anos de 2010 e 2011.

O PCT, fisicamente instalado no ATH, funciona diariamente das 7:00 às 12:00h e conta com equipe fixa e especializada composta por 01 médico Pneumologista, 01 enfermeira, 02 auxiliares/técnicos de enfermagem, 01 assistente social e 01 digitador. Destaca-se que o médico especialista referência para a TB no município assume as ações assistenciais e a

gestão do PCT, dividindo essas duas funções em uma carga horaria de 20 horas semanais. Assim, o PCT, além de alimentar o Sistema de Notificação e Acompanhamento dos Casos de Tuberculose (TB-WEB), gerenciar os casos de TB atendidos no município e prestar atendimento assistencial para casos especiais, preferencialmente aos doentes com TB extrapulmonar e multidrogarresistentes, também coordena o programa de TB no município, sendo responsável pelas ações de suporte aos serviços da Atenção Básica por meio de discussão de casos via contato telefônico e visitas institucionais, disponibilização de medicamentos, capacitação aos profissionais de saúde e supervisão do trabalho dos mesmos no desenvolvimento das ações de controle da TB.

Ressalta-se que, desde que a descentralização das ações de controle da TB passou a ser eixo norteador da organização das práticas de saúde, não haviam sido realizados estudos que avaliassem a condução do tratamento da TB no contexto da Atenção Básica, sendo levantados questionamentos quanto aos aspectos relacionados a esses serviços que poderiam interferir na obtenção de melhores resultados epidemiológicos da doença no município.

3.3.3 O tratamento da tuberculose nos serviços da Atenção Básica de São José do Rio Preto

A realização de todas as atividades relacionadas ao controle da TB no município de São José do Rio Preto é atribuição dos serviços da Atenção Básica, cabendo ao PCT municipal a retaguarda e apoio a esses serviços na condução dos casos.

Todos os doentes de TB diagnosticados nos diferentes serviços de saúde do município, sejam eles públicos ou privados, independentemente do nível de atenção que o mesmo se insere, são encaminhados para realizar o tratamento na UBS/USF de sua área de abrangência. Todas as fichas de notificação dos casos de TB do município são encaminhados ao ATH, que realiza a alimentação do Sistema Estadual de Informações de Notificação de Tuberculose (TBWEB). As fichas digitadas permanecem no ambulatório não sendo encaminhadas posteriormente para a Vigilância Epidemiológica (VE), assim, a VE só passa a ter conhecimento dos casos de TB por meio do ATH ou por consulta ao sistema de informação.

A assistência ao tratamento da TB nos serviços da Atenção Básica é realizada por profissionais que compõe uma equipe mínima de referência à TB, escolhidos pela gerência do serviço de saúde segundo a experiência prévia dos mesmos no atendimento aos indivíduos

que tiveram a doença ou considerando as responsabilidades assumidas pelos mesmos dentro das demais áreas programáticas no serviço de saúde (saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto e idoso, programa de controle da hipertensão e diabetes, imunização, hanseníase e Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST).

De modo geral, o envolvimento do médico durante o tratamento do doente de TB se limita às consultas médicas de controle, agendadas mensalmente conforme a disponibilidade do doente em comparecer ao serviço, que recebe por escrito a data e o horário do agendamento. Em alguns serviços, pela rotatividade dos profissionais de saúde entre os demais serviços da Atenção Básica, tem-se encontrado problemas em ter referência médica para o atendimento dos doentes de TB, o que também gera um descompasso na participação dos mesmos nos treinamentos sobre TB realizados pelo PCT.

No município o enfermeiro é profissional referência aos doentes de TB em acompanhamento nos serviços de saúde da Atenção Básica, por serem os responsáveis por todo gerenciamento do tratamento. Dessa forma, além de exercer suas funções assistenciais relativas ao agravo, também executam atividades relacionadas ao preenchimento de planilhas, atualização de livro de controle, envio mensal de informações referente aos doentes em tratamento, comunicação com o PCT e outros serviços de saúde e controle e busca de comunicantes. Embora o registro das informações do tratamento seja uma recomendação do PNCT, destaca-se que nem sempre as mesmas são sistematicamente documentadas nos prontuários ou outras fontes de informação da Atenção Básica.

No que se refere ao TDO, o serviço de saúde assume sua operacionalização nos casos em que o tratamento auto-administrado é contra indicado devido ao alto risco para abandono do tratamento e na inexistência de membro da família ou comunidade que possa assumir a supervisão medicamentosa diária. Assim, os doentes de TB em tratamento se deslocam ao serviço de saúde onde realizam acompanhamento para realização da tomada de medicamento supervisionada pela equipe de enfermagem, o que ocorre três vezes por semana nos primeiros dois meses de tratamento e duas vezes na semana nos meses subsequentes.

No tocante às capacitações sobre TB, o PCT realiza trimestralmente uma reunião sobre a avaliação e monitoramento da atenção à TB no município, para a qual todos os profissionais da Atenção Básica são convidados, porém geralmente comparecem apenas os enfermeiros responsáveis pelo acompanhamento dos casos nos serviços de saúde. Todos os serviços da Atenção Básica recebem uma visita anual dos membros da equipe especializada do PCT, na qual são realizadas discussões sobre os casos em acompanhamento naquele

serviço e passadas informações quanto à solicitação de exames, preenchimento dos instrumentos de registro de TB e envio de informações ao PCT.

No período pertinente à coleta de dados, para incentivar a adesão ao tratamento da TB os doentes em acompanhamento nos serviços recebiam uma cesta básica de mantimentos mensal e, aos doentes em situações de importante vulnerabilidade social e/ou com desnutrição associada associava-se a oferta de um litro de leite diariamente.

3.4 Unidades de Observação e Informantes-chave

Foram entrevistados **informantes-chave**, constituídos por profissionais de saúde (médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e ACS) que compunham as equipes dos 25 serviços da Atenção Básica (**unidades de observação**) da rede municipal de saúde de São José do Rio Preto-SP.

3.5 Cálculo da Amostra

Para realizar o cálculo da amostra foi levantado o número de profissionais que atuavam nos serviços da Atenção Básica de cada município participante do projeto multicêntrico³, por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), excluindo-se posteriormente os que se apresentavam em duplicidade, que trabalhavam em serviços especializados (ambulatório de referência, SAE, CAPS e PCT), estabelecimentos hospitalares e clínicas particulares a fim de não superestimar a amostra (Quadro 1).

Quadro 1. Distribuição das categorias profissionais nos serviços de saúde da Atenção Básica de São José do Rio Preto-SP, 2011.

Categoria profissional	Número de profissionais
Enfermeiro	67
Médico (clínico geral/ médico da família)	97
Auxiliar/técnico de enfermagem	133
ACS	336
TOTAL	633

³ Projeto “Avaliação da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose na perspectiva dos profissionais de saúde e doentes em municípios do Brasil” (Auxílio Regular FAPESP Proc.: 2011/09469-6).

Após esse levantamento, procedeu-se o cálculo da amostra mínima, considerando-se a população total de profissionais de saúde que atuavam na Atenção Básica (Quadro 1) e os seguintes parâmetros: erro amostral de 0,05; intervalo de confiança de 95% e P (proporção populacional) de 50%:

$$n_0 = \frac{p \cdot (1-p) \cdot Z^2}{e^2} = \frac{3,84 \cdot 50 \cdot 50}{25} = 384$$

Por se tratar de uma população finita, a amostra mínima calculada foi corrigida em relação à população total de profissionais de saúde que atuavam na Atenção Básica por meio da equação $n = \frac{n_0}{1 + (n_0 - 1/N)}$.

Desta forma, para o presente município de estudo obteve-se uma amostra de 239 profissionais de saúde a serem entrevistados. O processo de amostragem foi realizado por partilha proporcional de acordo com a categoria profissional (Figura 3).

Figura 3. Fluxograma do cálculo amostral dos participantes do estudo em São José do Rio Preto.

Para realização da coleta dos dados primários, as unidades de saúde foram sorteadas e todos profissionais de saúde identificados como informantes-chave do estudo eram entrevistados. Caso o serviço de saúde sorteado não contemplasse o número necessário de entrevistados, um novo sorteio era realizado até que o número de profissionais previsto no cálculo da amostra fosse atingido.

3.6 Coleta de dados

Anteriormente ao início do projeto e após a aprovação do mesmo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP (ANEXO I), a proposta de pesquisa foi apresentada a todos os gerentes dos serviços de saúde da Atenção Básica, em reunião gerencial realizada na Secretaria Municipal de Saúde, aos quais foi entregue um ofício comunicando a realização da pesquisa no município, solicitando a cooperação dos mesmos para a coleta dos dados.

A coleta de dados foi realizada no período de julho a dezembro de 2011 considerando duas etapas:

1ª etapa – LEVANTAMENTO DE DADOS PRIMÁRIOS - INQUÉRITO

Foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde por meio da utilização de um instrumento de coleta de dados específico (ANEXO II) cuja elaboração baseou-se na premissa de que os serviços de saúde da Atenção Básica devem realizar ações primordiais para que as metas de controle da TB sejam atingidas. As visitas aos serviços da Atenção Básica para realização das entrevistas foram previamente agendadas juntamente com os respectivos gerentes, de modo a não prejudicar o cotidiano das atividades. Os profissionais de saúde foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, cuja participação foi viabilizada mediante aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO III).

As variáveis do instrumento que compuseram os componentes avaliativos dos serviços da Atenção Básica (Estrutura-Processo/atenção proporcionada) para o tratamento da TB foram elaboradas com base no “*Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose*” (BRASIL, 2010), no *Protocolo de Enfermagem para o Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose* (BRASIL, 2011a) e na série de artigos “*Melhores práticas para o cuidado de doentes com TB*” (WILLIAMS, ALARCON *et al.*, 2008a; b; c).

O instrumento de coleta de dados compreendeu um total de 78 questões, divididas em quatro (04) seções, sendo as duas primeiras relacionadas à caracterização dos serviços de saúde e dos informantes-chave (***I – Identificação das unidades de saúde; II – Identificação dos informantes-chave***) e as demais aos componentes de avaliação dos serviços de saúde

estrutura (*III – Variáveis sobre a estrutura dos serviços de saúde*) e processo (atenção proporcionada) (*IV – Variáveis sobre a atenção proporcionada*).

Ainda no que se refere ao instrumento de coleta de dados, este foi composto por questões fechadas com respostas dicotômicas e de múltipla escolha com resposta única e múltipla, sendo apenas duas questões abertas, relacionadas ao tempo de atuação do profissional.

Com a finalidade de verificar a adequação e precisão dos itens do instrumento de coleta de dados, bem como a coerência do conteúdo proposto, foram realizadas reuniões presenciais e por videoconferência com especialistas na temática envolvidos no projeto multicêntrico, através das quais se discutiu detalhadamente cada variável que constituiu os componentes avaliativos. Após esses procedimentos o instrumento foi submetido à apreciação de cinco juízes especialistas na temática, que não conheciam o estudo, avaliando-o segundo os seguintes itens: organização, objetividade, clareza, facilidade de leitura e compreensão do conteúdo. A adequação do instrumento somente foi finalizada após a incorporação de todas as sugestões.

Após essa etapa, foi realizado um estudo piloto com nove (09) profissionais de saúde atuantes nos serviços da Atenção Básica do município de estudo com a finalidade de se verificar a exequibilidade do método proposto, bem como sua adequação ao objetivo do estudo. Tais entrevistas não foram consideradas na amostra final do estudo.

2ª etapa – LEVANTAMENTO DE DADOS SECUNDÁRIOS

Dados do componente Estrutura (recursos humanos) foram coletados a partir do CNES por meio de instrumento que continha as variáveis: nome e tipo do serviço de saúde, nome do profissional, função no serviço de saúde, tipo de vínculo empregatício e número de instituições com as quais possuíam vínculo empregatício (ANEXO IV).

Com a finalidade de se obter dados relacionados ao componente avaliativo *Resultado* - desfechos do tratamento dos doentes de TB - e ao componente *Processo* - realização de baciloscopias de controle do tratamento e de TDO - relativos aos doentes de TB acompanhados na Atenção Básica nos anos de 2008 a 2011, foram identificados por meio dos sistemas de informação SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e TBWEB e outras fontes de dados secundários do PCT (livro de registro e acompanhamento de doentes e planilha mensal de acompanhamento dos doentes de TB). Utilizou-se de um instrumento estruturado para tal (ANEXO V) que incluiu as seguintes questões: número de

cura, abandono e óbitos por TB e não TB, realização de baciloscopia de escarro para controle do tratamento entre o 1º e 2º mês, 3º e 4º mês e 5º e 6º mês, número de doentes de TB em TDO e número total de doentes de TB acompanhados nos serviços da Atenção Básica.

Facilidades encontradas na coleta de dados:

- ☞ Bom relacionamento e cooperação entre pesquisadores, equipe do PCT e Secretaria Municipal de Saúde;
- ☞ Parceria com os serviços de saúde e apoio das equipes locais para a realização das entrevistas;
- ☞ Colaboração dos informantes-chave para realização das entrevistas;
- ☞ Reuniões periódicas entre os pesquisadores e entrevistadores para discussões operacionais da coleta.

Dificuldades encontradas na coleta de dados:

- ☞ Serviços de saúde localizados em regiões de difícil acesso;
- ☞ Indisponibilidade do profissional médico em participar do estudo pela demanda e agenda de atendimentos;
- ☞ Necessidade de diversos retornos aos serviços de saúde para a realização das entrevistas, mesmo com o agendamento prévio das mesmas.

3.7 Análise dos dados

As variáveis que caracterizaram os profissionais de saúde entrevistados, a saber: o tempo de atuação dos mesmos nos serviços de saúde e vínculo empregatício foram analisadas por meio de distribuição de frequência e medidas de tendência central.

A análise de desempenho dos serviços de saúde da Atenção Básica segundo os componentes avaliativos de Estrutura e Processo, coletados a partir de dados primários foi realizada mediante a construção de nove (09) indicadores a partir da validação das variáveis do instrumento de coleta de dados utilizando a análise de confiabilidade (alfa de *Cronbach*), análise fatorial exploratória e confirmatória, tendo como referência para tal construção de indicadores os dados produzidos pelos cinco (05) municípios participantes do projeto multicêntrico considerando, portanto, as respostas de um total de 1037 profissionais de saúde

entrevistados nesses municípios: 239 em São José do Rio Preto-SP, 216 em Uberaba-MG, 225 em Foz do Iguaçu-PR, 240 em Natal-RN e 117 em Cabedelo-PB (VILLA, 2011).

Neste sentido, dentre as variáveis que compuseram o instrumento de coleta de dados, 20 relativas ao componente avaliativo *Estrutura* foram validadas em cinco (05) fatores, constituindo os seguintes indicadores: *participação dos profissionais no atendimento aos doentes de TB*, *capacitação de profissionais*, *acesso a instrumentos de registro*, *disponibilidade de insumos*, *articulação do serviço de saúde com outros níveis de atenção*. Entre as variáveis do componente avaliativo *Processo*, 15 foram validadas em quatro (04) fatores, os quais possibilitaram a construção dos indicadores: *informações sobre a TB*, *TDO*, *ações externas para o controle da TB* e *referência e contra-referência para outros serviços de saúde* (Quadro 2).

Quadro 2. Indicadores avaliados segundo o componente avaliativo e as variáveis do instrumento de coleta de dados validadas.

Componente avaliativo		Indicador	Variáveis
ESTRUTURA	Recursos humanos	Participação dos profissionais no atendimento aos doentes de TB	Auxiliar/técnico de enfermagem envolvido com atendimento aos doentes de TB Médico envolvido com atendimento aos doentes de TB ACS envolvido com atendimento aos doentes de TB
		Capacitação dos profissionais	Enfermeiros capacitados para atendimento em TB nos últimos 3 anos Auxiliares/técnicos de enfermagem capacitados para atendimento em TB nos últimos 3 anos Médicos capacitados para atendimento em TB nos últimos 3 anos ACS capacitados para atendimento em TB nos últimos 3 anos Capacitação sobre TB realizada pelo PCT municipal nos últimos 12 meses
	Recursos físicos	Acesso a instrumentos de registro	Acesso a ficha de notificação Acesso a prontuários Acesso a ficha de acompanhamento mensal de tratamento Acesso a Ficha diária de TDO Acesso ao livro verde
		Disponibilidade de insumos para exames	Disponibilidade de pote para exame de escarro Disponibilidade de pedido de baciloscopia Disponibilidade de pedido de cultura
	Organiz. do serviço	Articulação do serviço de saúde com outros níveis de atenção	Articulação com outros níveis de atenção em casos de co-morbidades (diabetes, hipertensão, doenças psiquiátricas) Articulação com outros níveis de atenção em casos de co-infecção pelo HIV Articulação com outros níveis de atenção em casos de complicações no tratamento Articulação com outros níveis de atenção em casos de dificuldades na realização do TDO
PROCESSO	Manejo (Atenção Proporcional)	Informações sobre a TB	Informações quanto à forma de transmissão da TB Informações quanto ao horário de tomar o medicamento Informações quanto às reações adversas do medicamento Informações quanto à necessidade de examinar os contatos Informações quanto à importância da adesão ao tratamento
		TDO	Discussão junto ao doente de TB sobre a realização do TDO Discussão junto ao doente de TB sobre o local de realização do TDO

			Discussão junto ao doente de TB sobre o dia da semana para realização do TDO Oferecimento de TDO no domicílio Oferecimento de TDO no SS
		Ações externas para o controle da TB	Oferecimento de Visitas Domiciliares (VD) aos casos prioritários de TB (doentes com baciloscopia +, co-infectados, alcoolistas, dependentes químicos) Realização rotineira de ações educativas em TB Realização de ações educativas em TB em épocas de campanhas
		Referência e contra-referência	Auxílio na marcação dos exames e consultas quando encaminhado a outro serviço de saúde Fornecimento de informações escritas quando encaminhado a outro serviço de saúde Contra referência das informações referentes às consultas médicas realizadas fora do serviço de saúde

A partir da criação destes indicadores e objetivando reconhecer o desempenho de cada serviço da Atenção Básica do município estudado segundo os indicadores de Estrutura e Processo, foram criados **valores de referência** considerando as respostas da população TOTAL dos profissionais de saúde entrevistados nos cinco (05) municípios do projeto multicêntrico (n=1037). Assim, foram calculados os valores da **média** (considerando $\mu = P$, que é a Proporção das características estudadas nos serviços de todos os municípios) e **desvio padrão** ($\sigma_p = \sqrt{\frac{P(1-P)}{n}}$) para cada indicador criado.

Posteriormente, a partir destes valores de referência, foi calculado para cada indicador e para cada serviço de saúde de São José do Rio Preto um valor padronizado denominado de **variável reduzida "Z"**, a partir da equação: $Z = \frac{P_i - \mu}{\sigma_p}$ (P_i , proporção de cada serviço de saúde com as características estudadas). Dessa forma, ao padronizar os valores dos indicadores criados, é possível tecer comparações entre os serviços de saúde de modo que, quanto maior o valor de Z, maior é sua distância em relação ao valor de referência.

Uma vez definidos os valores da variável reduzida, procedeu-se o estabelecimento de um parâmetro a partir do qual foi possível realizar a interpretação do valor da variável reduzida obtida para cada indicador de Estrutura e Processo avaliados. Neste sentido, considerou-se como referência de comparação o valor de $Z = 1$, ou seja, um desvio-padrão para observar as diferenças entre P_i e μ . Assim, os serviços da Atenção Básica que apresentaram indicadores (Z) entre -1 e 1 foram considerados com o mesmo desempenho que a média geral (denominados de “Bom”); serviços com valores de $Z > 1$ foram considerados com avaliação satisfatória e $Z < 1$ insatisfatória (Quadro 3).

Quadro 3. Interpretação dos indicadores obtidos.

Componentes avaliativos	Z	Interpretação
Estrutura	< -1	Insatisfatório
	-1 < Z < 1	Bom
	> 1	Satisfatório
Processo – Atenção proporcionada	< -1	Insatisfatório
	-1 < Z < 1	Bom
	> 1	Satisfatório

Neste sentido, a avaliação de desempenho dos serviços da Atenção Básica em relação ao tratamento da TB foi concebida para o presente estudo enquanto um processo estruturado e lógico de obtenção de informações acerca do tratamento da TB, a partir das quais foram elaborados indicadores e os mesmos confrontados com valores de referência, possibilitando assim o julgamento de valor em relação aos componentes avaliativos em análise. Dessa forma, avaliou-se o desempenho dos elementos referentes aos componentes avaliativos de Estrutura e Processo presentes nos serviços da Atenção Básica, concebendo o desempenho enquanto uma característica/habilidade destes serviços em produzir respostas tecno/assistenciais para o tratamento da TB.

Com o intuito de se verificar a contribuição de cada variável na definição dos indicadores criados, foram realizadas técnicas de análise descritiva para o município como um todo e estratificando a contribuição de cada variável segundo o tipo de serviço de saúde da Atenção Básica: UBS ou USF. Realizou-se o teste Qui-quadrado (χ^2) para verificar a existência de associação entre as variáveis e os tipos de serviços da Atenção Básica. Quando violado os critérios para realização do χ^2 , procedeu-se o Teste Exato de Fisher.

Adicionalmente aos indicadores de Processo elaborados a partir dos dados primários, foram criados mais dois indicadores a partir dos dados obtidos de fontes secundárias:

- ☞ “Realização de TDO”, para o qual calculou-se a proporção de doentes de TB que efetivamente tiveram o TDO realizado nos serviços da Atenção Básica no município. Considerou-se como TDO efetivado casos que atendiam as recomendações do MS quanto à realização mínima de 24 tomadas observadas na fase de ataque e 48 tomadas observadas na fase de manutenção;
- ☞ “Realização de baciloscopias de controle de tratamento”, para o qual foram considerados os doentes de TB pulmonar acompanhados nos serviços da Atenção Básica e que realizaram baciloscopia de controle no 2º, 4º e 6º mês de tratamento, conforme orientações do MS (BRASIL, 2010a) (Quadro 4).

Para análise do componente Resultado, foram utilizados indicadores convencionais de cura, abandono e óbito, os quais foram calculados neste estudo conforme aponta o Quadro 4.

Quadro 4. Componentes, indicadores e medidas para avaliação do tratamento da tuberculose, criados a partir de fontes secundárias, São José do Rio Preto, 2011.

Componentes	Indicadores	Medidas
Processo	Proporção de Tratamento Diretamente Observado efetivado	$\frac{n \text{ doentes TB que efetivaram o TDO}}{n \text{ doentes de TB em tratamento}}$
	Proporção de realização de baciloscopias de controle de tratamento	$\frac{n \text{ doentes de TB que realizaram baciloscopia de controle no 2º, 4º e 6º mês}}{n \text{ doentes de TB em tratamento}}$
Resultado	Proporção de cura	$\frac{n \text{ doentes de TB curados}}{n \text{ doentes de TB em tratamento}}$
	Proporção de abandono	$\frac{n \text{ doentes de TB que abandonaram tratamento}}{n \text{ doentes de TB em tratamento}}$
	Proporção de óbito	$\frac{n \text{ doentes de TB que foram à óbito por TB}}{n \text{ doentes de TB em tratamento}}$

É possível observar os indicadores de desempenho dos serviços da Atenção Básica para o tratamento da TB criados para este estudo na Figura 4.

Figura 4. Indicadores de desempenho dos serviços da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose segundo componente e elemento avaliativo.

4. Aspectos éticos

Após a autorização do secretário de saúde para realização da pesquisa no município, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (ANEXO I), conforme protocolo nº. 3747/2011, atendendo à resolução 196/96.

5. Resultados

Características da população de estudo

Dos 239 profissionais de saúde entrevistados, 27 (11,3%) eram enfermeiros, 37 (15,1%) médicos, 49 (20,5%) auxiliares/técnicos de enfermagem e 127 (53,1%) ACS.

A mediana do tempo de atuação na Atenção Básica pelos profissionais da USF foi de 3,6 anos, com 25% dos profissionais de saúde tendo permanecido até 1,5 anos no serviço e 75% por até 9 anos (Intervalos interquartis 1,5-9 anos), sendo o tempo de atuação destes profissionais na atual USF de 1,7 anos (Intervalo Interquartil 1-5).

Foi possível observar que os profissionais que trabalhavam em UBS tinham um tempo mediano de atuação de 5,2 anos na Atenção Básica e 2 anos no serviço de saúde em questão (Figura 5).

Figura 5. Tempo de atuação na Atenção Básica e no serviço de saúde que exercia suas atividades profissionais no momento da coleta de dados, São José do Rio Preto, 2011.

Médicos atuavam há mais tempo na Atenção Básica, porém apresentaram baixo tempo de permanência no atual serviço de saúde. Auxiliares/técnicos de enfermagem apresentaram tempo de atuação relativamente alto na Atenção Básica e no serviço de saúde que exercia suas atividades profissionais no momento da coleta de dados (Figura 6).

Figura 6. Tempo de atuação dos profissionais entrevistados na Atenção Básica e no serviço que exercia suas atividades profissionais no momento da coleta de dados segundo a categoria profissional, São José do Rio Preto, 2011.

Houve alta proporção (74,5%) de profissionais com vínculo empregatício via contratação direta (instituição filantrópica). Mais da metade dos médicos e enfermeiros na USF não eram concursados. Tanto na UBS como na USF o vínculo empregatício dos ACS com o serviço de saúde também era via instituição filantrópica (Figura 7).

Figura 7. Proporção de tipo de vínculo empregatício segundo categoria profissional e tipo de serviço de atuação na Atenção Básica, São José do Rio Preto, 2011.

Vale ressaltar que, em relação aos médicos entrevistados, a maior parte (61,1%) possuía mais de um vínculo empregatício (Figura 8).

Figura 8. Número de vínculos empregatícios entre médicos entrevistados, São José do Rio Preto, 2011.

Estrutura dos serviços da Atenção Básica para o tratamento dos doentes de tuberculose no município de São José do Rio Preto

Ao analisar a **Estrutura** dos serviços da Atenção Básica (n=25) para o tratamento dos doentes de TB no município de São José do Rio Preto, encontrou-se:

- Indicador ***participação de profissionais no atendimento aos doentes de TB*** com desempenho superior ($Z=1,4$) ao indicador médio definido para o estudo ($Z>1$) (Figura 9); 16 (64%) serviços da Atenção Básica foram avaliados satisfatoriamente (Figura 10); 12 (92,3%) USF alcançaram desempenho Satisfatório enquanto 7 (58%) UBS tiveram desempenho considerado Bom (Figura 11). Houve menor proporção (78%) de participação de ACS no tratamento do doente de TB nas UBS em relação à USF (Tabela 2).

- A ***capacitação dos profissionais para o atendimento aos doentes de TB*** obteve pior desempenho ($Z=-2,2$) (Figura 9). Mais da metade dos serviços da Atenção Básica (56%) foram avaliados insatisfatoriamente (Figura 10), sendo 8 (66,7%) UBS e 6 (46,2%) USF (Figura 11). Observa-se baixa proporção de realização de capacitação para atendimento em TB nos três (03) anos anteriores à coleta de dados, principalmente voltada à auxiliares/técnicos de enfermagem, médico e ACS, e especialmente entre os profissionais das UBS (Tabela 2).

- O ***acesso aos instrumentos de registro*** obteve desempenho insatisfatório ($Z=-1,2$) (Figura 9), o que pode ser observado na maior parte dos serviços do município (Figura 10). As UBS alcançaram pior desempenho em relação às USF (Figura 11). O baixo acesso ao livro de registro e acompanhamento de casos de TB (livro verde) pelos profissionais de saúde da Atenção Básica (39,7%) contribuiu para esse baixo desempenho, o que pode ser observado tanto nas UBS como USF (Tabela 2).

- A ***disponibilidade de insumos para exames*** de diagnóstico e controle da TB foi bem avaliada no município ($Z=-0,6$) (Figura 9), porém apresentou-se de maneira diversificada nos 25 serviços da Atenção Básica (Figura 10). Observou-se proporcionalidade entre UBS e USF quanto ao desempenho satisfatório desse indicador (Figura 11). Pote para coleta de escarro e impressos para solicitação de exames (baciloscopia e cultura de escarro) estiveram presentes em todos os serviços de saúde segundo a maioria dos entrevistados (Tabela 2).

- *Articulação dos serviços de saúde com outros níveis de atenção* alcançou bom desempenho no município ($Z = -0,3$) (Figura 9); 7 (28%) serviços da Atenção Básica foram avaliados insatisfatoriamente (Figura 10), observando-se praticamente a mesma proporção deste desempenho entre UBS e USF (Figura 11). Todas as variáveis que compuseram este indicador apresentaram alta proporção tanto entre UBS como USF (Tabela 2).

Apresentaram associação estatisticamente significativa as variáveis USF e a Participação do médico e do ACS no atendimento aos doentes de TB, capacitação em TB entre médicos e auxiliares/técnicos de enfermagem nos três (3) anos anteriores à coleta de dados, acesso à ficha de notificação, prontuários e ficha de acompanhamento mensal (Tabela 2).

Figura 9. Indicadores de desempenho da Estrutura dos serviços de saúde da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose, São José do Rio Preto, 2011.

Figura 10. Proporção do desempenho dos serviços da Atenção Básica para os indicadores de Estrutura, São José do Rio Preto, 2011.

Figura 11: Proporção do desempenho das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) para os indicadores de Estrutura, São José do Rio Preto, 2011.

Tabela 2. Variáveis de Estrutura dos serviços da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose segundo o indicador de desempenho e valores da variável reduzida, São José do Rio Preto, 2011.

Componente avaliativo	Indicador	Z (variável reduzida)	Variáveis	UBS (n=82)	USF (n=157)	TOTAL	Valor de p
ESTRUTURA	Participação dos profissionais no atendimento aos doentes de TB	1,4	Participação do Auxiliar/técnico de enfermagem no atendimento aos doentes de TB	66 (80,5%)	132 (84,1%)	198 (82,8%)	0,4847
			Participação do Médico no atendimento aos doentes de TB	78 (95,1%)	156 (99,4%)	234 (97,9%)	0,0296*
			Participação do ACS no atendimento aos doentes de TB	64 (78,0%)	147 (93,6%)	211 (88,3%)	0,0003
	Capacitação dos profissionais	-2,2	Enfermeiros capacitados para atendimento em TB nos últimos 3 anos	46 (56,1%)	103 (65,6%)	149 (62,3%)	0,1498
			Auxiliares/técnicos de enfermagem capacitados para atendimento em TB nos últimos 3 anos	15 (18,3%)	61 (38,9%)	76 (31,8%)	0,0011
			Médicos capacitados para atendimento em TB nos últimos 3 anos	27 (32,9%)	86 (54,8%)	113 (47,3%)	0,0013
			ACS capacitados para atendimento em TB nos últimos 3 anos	28 (34,1%)	69 (43,9%)	97 (40,6%)	0,1428
			Capacitação sobre TB realizada pelo PCT municipal nos últimos 12 meses	35 (42,7%)	68 (43,3%)	103 (43,1%)	0,9257
	Acesso a instrumentos de registro	-1,2	Acesso a ficha de notificação	53 (64,6%)	125 (79,6%)	178 (74,5%)	0,0116
			Acesso a prontuários	59 (72%)	144 (91,7%)	203 (84,9%)	<0,001
			Acesso a ficha de acompanhamento mensal de tratamento	47 (57,3%)	110 (70,1%)	157 (65,7%)	0,0487
			Acesso a Ficha diária de TDO	45 (54,9%)	102 (65,0%)	147 (61,5%)	0,1280
			Acesso ao livro verde	29 (35,4%)	66 (42,0%)	95 (39,7%)	0,3169
	Disponibilidade de insumos para exames	-0,6	Disponibilidade de pote para exame de escarro	79 (96,3%)	153 (97,5%)	232 (97,1%)	0,6287*
			Disponibilidade de pedido de baciloscopia	72 (87,8%)	147 (93,6%)	219 (91,6%)	0,1225
			Disponibilidade de pedido de cultura	65 (79,3%)	129 (82,2%)	194 (81,2%)	0,5864
	Articulação do serviço de saúde com outros níveis de atenção	-0,3	Articulação com outros níveis de atenção em casos de comorbidades (diabetes, hipertensão, doenças psiquiátricas)	63 (76,8%)	124 (79,0%)	187 (78,2%)	0,7019
			Articulação com outros níveis de atenção em casos de co-infecção pelo HIV	62 (75,6%)	128 (81,5%)	190 (79,5%)	0,2819
			Articulação com outros níveis de atenção quando há complicações no tratamento	73 (89,1%)	133 (84,7%)	206 (86,2%)	0,3590
			Articulação com outros níveis de atenção quando há dificuldades na realização do TDO	72 (87,8%)	123 (78,3%)	195 (81,6%)	0,0731

*Teste exato de Fischer

Processo - Atenção Proporcionada aos doentes de TB nos serviços da Atenção Básica no município de São José do Rio Preto

No que se refere à avaliação do componente avaliativo Processo (atenção proporcionada) para o atendimento aos doentes de TB nos serviços da Atenção Básica, verificou-se:

- O indicador ***informações sobre a TB*** obteve bom desempenho ($Z=0,8$) (Figura 12); 19 (76%) serviços foram avaliados satisfatoriamente (Figura 13). UBS obtiveram melhor desempenho em relação às USF (Figura 14). Todas as variáveis que compuseram este indicador apresentaram proporção maior que 95% em todos os serviços da Atenção Básica avaliados (Tabela 3).

- A ***realização do Tratamento Diretamente Observado pelos serviços da Atenção Básica*** foi avaliada como insatisfatória ($Z= -1,1$) (Figura 12). Houve baixo oferecimento de TDO no domicílio do doente de TB pelos serviços da Atenção Básica (54,8%) (Tabela 3). Metade das UBS alcançaram o mesmo desempenho que o município como um todo (Figura 14), observando-se nestes serviços baixa proporção de discussão junto ao doente sobre a realização do TDO (64,6%), local para supervisão (58,5%) e periodicidade (65,9%) para realizá-lo (Tabela 3). Maior parte das USF obteve desempenho Bom ou Satisfatório para este indicador (Figura 14).

- ***Ações externas para o controle da TB*** obtiveram desempenho insatisfatório no município ($Z= -1,3$) (Figura 12), tendência observada em mais da metade dos serviços da Atenção Básica (Figura 13). As UBS tiveram pior desempenho em relação às USF (Figura 14). Observou-se baixa proporção de realização de ações educativas sobre TB nos serviços da Atenção Básica, concentrados em períodos de campanhas (Tabela 3).

- Ações de ***referência e contra-referência para outros serviços de saúde*** foram as que tiveram melhor avaliação no município (Figura 12), principalmente nas UBS (Figura 14). Observa-se, no entanto, inexistência da contra-referência das informações (Tabela 3).

Houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis USF e a discussão junto ao doente de TB sobre o local de realização do TDO e oferecimento de VD aos casos prioritários de TB (doentes com baciloscopia +, HIV+, alcoolistas, dependentes químicos) (Tabela 3).

Figura 12. Indicadores de desempenho da Atenção proporcionada (Processo) aos doentes de tuberculose pelos serviços da Atenção Básica, São José do Rio Preto, 2011.

Figura 13. Proporção do desempenho dos serviços da Atenção Básica para os indicadores de Processo (atenção proporcionada), São José do Rio Preto, 2011.

Figura 14. Proporção do desempenho das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) para os indicadores de Processo (atenção proporcionada), São José do Rio Preto, 2011.

Tabela 3. Variáveis da Atenção proporcionada (Processo) aos doentes de tuberculose pelos serviços da Atenção Básica segundo o indicador de desempenho e valores da variável reduzida, São José do Rio Preto, 2011.

Componente avaliativo	Indicador	Z (variável reduzida)	Variáveis	UBS (n=82)	USF (n=157)	TOTAL	Valor de p
PROCESSO	Informações sobre a TB	-0,8	Informações quanto à forma de transmissão da TB	81 (98,8%)	156 (99,4%)	237 (99,2%)	0,6388*
			Informações quanto ao horário de tomar o medicamento	80 (97,6%)	155 (98,7%)	235 (98,3%)	0,5050*
			Informações quanto às reações adversas do medicamento	80 (97,6%)	152 (96,8%)	232 (97,1%)	0,7455*
			Informações quanto à necessidade de examinar os contatos	80 (97,6%)	154 (98,1%)	234 (97,9%)	0,7864*
			Informações quanto à importância da adesão ao tratamento	80 (97,6%)	156 (99,4%)	236 (98,7%)	0,2348*
	TDO	-1,1	Discussão junto ao doente de TB sobre a realização do TDO	53 (64,6%)	119 (75,8%)	172 (72%)	0,0681
			Discussão junto ao doente de TB sobre o local de realização do TDO	48 (58,5%)	125 (79,6%)	173 (72,4%)	0,0005
			Discussão junto ao doente de TB sobre o dia da semana para realização do TDO	54 (65,9%)	121 (77,1%)	175 (73,2%)	0,0630
			Oferecimento de TDO no domicílio	39 (47,6%)	92 (58,6%)	131 (54,8%)	0,1035
			Oferecimento de TDO no SS	75 (91,5%)	138 (87,9%)	213 (89,1%)	0,4006
	Ações externas para o controle da TB	-1,3	Oferecimento de VD aos casos prioritários de TB (doentes com baciloscopia +, HIV+, alcoolistas, dependentes químicos)	73 (89%)	152 (96,8%)	225 (94,1%)	0,01489*
			Realização rotineira de ações educativas em TB	18 (22%)	52 (33,1%)	70 (29,3%)	0,0716
			Realização de ações educativas em TB em épocas de campanhas	74 (90,2%)	136 (86,6%)	210 (87,9%)	0,4158
	Referência e contra-referência	1,8	Auxílio na marcação dos exames e consultas quando há encaminhamento a outro serviço de saúde	76 (92,7%)	137 (87,3%)	213 (89,1%)	0,2012
			Fornecimento de informações escritas quando há encaminhamento a outro serviço de saúde	79 (96,3%)	143 (91,1%)	222 (92,9%)	0,1332
			Contra referência das informações referentes às consultas médicas realizadas fora do serviço de saúde	41 (50%)	74 (47,1%)	115 (48,1%)	0,6737

*Teste exato de Fischer

Em relação ao TDO nos serviços da Atenção Básica, observa-se baixa proporção de realização do mesmo tanto pelas UBS como USF. De acordo com a figura a baixo, houve um aumento do TDO em 2010, seguido de queda abrupta no ano seguinte (Figura 15).

Figura 15. Proporção de realização de Tratamento Diretamente Observado nos serviços da Atenção Básica do município de São José do Rio Preto, 2008-2011.

Ao ser analisada a realização de baciloscopia de controle no 2º, 4º e 6º mês, observou-se baixa proporção de doentes de TB pulmonar examinados no decorrer do tratamento tanto nas UBS como USF. Nota-se, no entanto, maior proporção na realização de baciloscopia de controle de tratamento entre os doentes acompanhados pelas USF em relação àqueles seguidos pelas UBS até o ano de 2009 quando, em 2010 as USF apresentaram redução deste indicador, também observada no ano subsequente (Figura 16). Em 2011, tanto UBS como USF apresentaram queda considerável na proporção de realização de baciloscopia de controle de tratamento entre os doentes em tratamento (Figura 16).

Figura 16. Proporção de realização de baciloscopia de controle de tratamento nos serviços da Atenção Básica do município de São José do Rio Preto, 2008-2011.

Resultado do tratamento dos doentes de TB nos serviços da Atenção Básica no município de São José do Rio Preto

Houve menor proporção de cura nas UBS em relação às USF entre os anos de 2008 e 2010. As UBS também apresentaram pior desempenho quanto ao abandono do tratamento da TB, sendo observado em 2011 um aumento abrupto dos casos de abandono tanto nas UBS quanto nas USF. Nos anos de 2009 e 2011 as UBS apresentaram alta proporção de óbito (Tabela 4).

Tabela 4. Indicadores de cura, abandono e óbito entre os casos de tuberculose acompanhados pelos serviços da Atenção Básica em São José do Rio Preto, no período de 2008 a 2011.

Indicadores	2008 (n=87)		2009 (n=71)		2010 (n=54)		2011 (n=74)	
	UBS	USF	UBS	USF	UBS	USF	UBS	USF
Proporção de cura	51 (89,5%)	30 (100%)	43 (82,7%)	18 (94,7%)	26 (78,8%)	21 (100%)	39 (79,6%)	18 (72%)
Proporção de abandono	2 (3,5%)	0 (0%)	4 (7,7%)	1 (5,3%)	3 (9,1%)	0 (0%)	8 (16,3%)	6 (24%)
Proporção de óbito por TB e não TB	4 (7%)	0 (0%)	5 (9,6%)	0 (0%)	4 (12,1%)	0 (0%)	2 (4,1%)	1 (4%)
TOTAL	57	30	52	19	33	21	49	25

6. Discussão

Políticas de saúde que operam de forma verticalizada nem sempre atingem as mudanças desejáveis ou são capazes de atender as necessidades epidemiológicas e sanitárias da população, sendo que evidências recentes pós-descentralização das ações de controle da TB revelam que não houve diferença no acesso a ações em saúde mesmo entre serviços com diferentes formas de organização (Atenção Básica, descentralizada ou ambulatorio, centralizada) (SCATENA et al., 2009), e que o acompanhamento do tratamento da TB não ocorre de maneira diferenciada e mais efetiva em serviços da Atenção Básica (IGNOTTI et al., 2007; SILVA et al., 2007).

Estudo realizado por MONROE et al. (2008) em municípios prioritários para a intensificação do controle da TB no Estado de São Paulo evidenciou resistência dos profissionais da Atenção Básica em incorporar as ações de controle de TB na rotina diária devido à falta de recursos humanos, exacerbada pela alta rotatividade relacionada à descontinuidade político-partidária.

De fato, embora o presente estudo tenha apresentado um satisfatório envolvimento dos profissionais da Atenção Básica no acompanhamento dos doentes de TB em tratamento, observou-se que a descentralização das ações de controle da doença no município manteve a estrutura verticalizada nos serviços da Atenção Básica, uma vez que o atendimento deixou de ser realizado exclusivamente por uma equipe especializada no nível secundário de atenção para ser realizado por uma equipe de referência composta por alguns profissionais da própria Atenção Básica. Assim, apesar das possibilidades desses serviços desencadearem ações baseadas na medicina preventiva com foco no trabalho em equipe (TEIXEIRA, 2000; PEDROSA, TELES, 2001; RIBEIRO et al., 2004), encontram-se limites não só relacionados à complexidade urbana (VIANA et al., 2008), mas também devido às práticas de saúde focadas na lógica do modelo biomédico (ALMEIDA; MELO, 2010; OLIVEIRA, MARCON, 2007), na fragmentação e compartimentalização da atenção, realizadas por uma equipe multidisciplinar com baixo grau de integração entre os distintos saberes (CAMPOS et al., 2007; COTTA et al., 2006; ALMEIDA, MELO, 2010; RIBEIRO et al., 2004).

Esse mesmo paradigma também pode ser observado entre as USF que, embora tenham sido concebidas para realizarem um trabalho multidisciplinar cujas ações e serviços fossem ofertados aos indivíduos, família e comunidade de forma articulada entre os membros da equipe, ainda revelam ausência de responsabilidade coletiva pelo trabalho, baixo grau de

interação entre os profissionais e tensões entre a fragmentação e integração do cuidado prestado, exacerbadas pela sobrecarga de atividades, excesso de demanda espontânea e pressão externa por parte da coordenação municipal. Estes fatos fazem com que esse modelo de atenção nas USF replique a dinâmica biomédica observada historicamente nas UBS tradicionais (COLOMÉ et al., 2008; SILVA; TRAD, 2005).

O fato das USF terem apresentado melhor desempenho para o indicador de participação dos profissionais no atendimento ao doente de TB pode ser em decorrência da maior contribuição de médicos e ACS, o que pode não significar, no entanto, melhor articulação entre os membros das equipes de saúde deste tipo de serviço.

Entre os elementos que colaboram para a contraposição dessa tendência da fragmentação do cuidado, encontra-se o papel integrador do enfermeiro como membro da equipe de saúde. Ainda que a equipe esteja organizada de forma verticalizada (CAMPOS et al., 2007), o enfermeiro assume a coordenação das equipes e o gerenciamento das diversas áreas programáticas de saúde concomitantemente às atividades assistenciais, se destacando na organização interna dos serviços, na ordenação de fluxos e no atendimento das demandas de saúde da comunidade (SÁ et al., 2012; SILVA; TRAD, 2005; WEIRICH et al., 2009). Revela-se, portanto, que o enfermeiro tem sido o responsável por mediar as relações entre os demais membros da equipe e serviços de saúde, além de organizar, coordenar e viabilizar para que os demais profissionais de saúde realizem suas atividades assistenciais (OBLITAS et al., 2010; PERES; CIAMPONE, 2006).

No cenário da TB, as práticas do enfermeiro não se diferem, uma vez que o mesmo assume o papel de protagonista na prevenção e controle da doença, como pôde ser observado neste e em outros estudos (QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010; SÁ et al., 2012) em que estes profissionais desempenham ações de diagnóstico, busca de comunicantes, acompanhamento do tratamento, TDO, definição de papéis e delegação de ações entre a equipe, preenchimento de impressos, gerenciamento de dados epidemiológicos e comunicação com os demais níveis assistenciais.

Há que se destacar neste estudo a posição de destaque dos enfermeiros nas ações de controle da TB nos serviços estudados, corroborando com o fato dos mesmos não terem sido incluídos no indicador “*envolvimento dos profissionais com o atendimento ao doente de TB*” pois, uma vez que a proporção de respostas sobre a participação do enfermeiro no programa de controle da doença foi 100%, a validação desta variável tornou-se inviável.

Na realidade estudada, apesar dos profissionais que atuam como referência para a TB terem um entendimento imperativo quanto à sua atuação como membro de uma equipe de saúde e da participação dos mesmos ter se encontrado quantitativamente bem avaliada, nota-se que o desenvolvimento das ações de controle da TB ainda é limitado, fragmentado e desarticulado dos demais membros da equipe, identificado pela execução de tarefas isoladas e falta de comunicação/discussão das ações oferecidas aos doentes de TB entre os outros profissionais. Observa-se neste cenário que o papel do enfermeiro como coordenador da equipe na oferta de ações de controle da TB sobrepõe-se aos dos demais membros, sendo as funções de tomada de decisão, planejamento e avaliação que deveriam ser realizadas juntamente aos demais, absorvidas somente por ele.

Embora seja de notório destaque a atuação do enfermeiro nas ações de controle da TB no âmbito da Atenção Básica, reflexões emergem acerca dos limites da coordenação praticada para que se evitem impasses relacionados à sobrecarga de trabalho e centralização do cuidado. A proposta de incorporação das ações de controle da TB na Atenção Básica visa aproximar o doente ao serviço de saúde e seus profissionais por meio de uma abordagem multiprofissional, pautada na lógica da integralidade do cuidado.

Assim, a necessidade de articulação entre diferentes categorias profissionais aponta para que novas relações de trabalho sejam realizadas, recolocando funções e papéis de cada profissional na equipe mediante a construção de uma política de educação permanente, de modo que a falta de preparo do enfermeiro em realizar a coordenação da assistência compartilhada com todos os membros da equipe seja superada (SPAGNUOLO et al., 2012) e todos se corresponsabilizem pelo manejo dos casos de TB.

Questões relacionadas à incompreensão da totalidade do processo de trabalho, inexistência da responsabilidade coletiva pelo cuidado prestado, diluição de responsabilidades e descontinuidade entre as ações específicas de cada profissional podem ainda exacerbar-se na ausência de equipes básicas completas e de profissionais com perfil para atuar na Atenção Básica, diversidade na modalidade de contratação e rotatividade dos profissionais (SILVA et al., 2007; RIBEIRO et al., 2004; PONCE et al., 2013).

No que se refere à rotatividade dos profissionais da Atenção Básica, sabe-se que, normalmente, implicam em perda de pessoas estratégicas e prejuízo na eficiência organizacional sendo, não a causa, mas a consequência de dificuldades internas ou externamente intrínsecas aos serviços (CAMPOS et al., 2008; MEDEIROS et al., 2010; ONOKO-CAMPOS et al., 2012).

Aspectos político-partidários e estilo de gestão interferem diretamente na rotatividade dos profissionais entre os serviços (BARBOSA; AGUIAR, 2008). Assim, as múltiplas formas de contratação existentes no momento do estudo, principalmente entre enfermeiros, podem ter sido usadas como controle político sobre as equipes. Embora tenha sido observada baixa permanência dos enfermeiros nos serviços, o fato das ofertas de trabalho serem mais escassas colabora para uma tendência de maior estabilização do quadro.

Em relação ao profissional médico, sabe-se também que fixá-lo em um serviço trata-se de uma tarefa complexa. Na tentativa de enfrentar a carência destes profissionais nos serviços da Atenção Básica, principalmente nas USF, o MS permitiu a flexibilização da carga horária, procurando desta maneira conciliar as necessidades destes profissionais às da Atenção Básica no que se refere à completude da equipe (FONTENELLE, 2012). Somado a isso, no município de estudo encontra-se em vigor desde 2009 uma normatização que gratifica os médicos com acréscimo salarial ao serem considerados o número de atendimentos e visitas domiciliares realizadas, participação em reuniões de equipe e atividades de capacitação, encaminhamentos realizados e absenteísmo (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2009). No entanto, esta iniciativa não se mostrou suficiente para romper com o baixo tempo de permanência dos mesmos nos serviços avaliados. Observou-se que no caso das USF a dificuldade é ainda maior, o que vai de encontro às diferenças salariais com outros tipos de vínculos empregatícios existentes nos diversos serviços de saúde no mesmo município, também observadas em outros cenários (MEDEIROS et al., 2010).

Sabe-se que a multiplicidade de vínculos empregatícios pode dissolver a responsabilização do mesmo em relação à população atendida, prejudicando o vínculo. Neste sentido, observa-se que a fragilidade de ensino sobre o SUS durante a graduação aliada ao aumento das especializações, limitações e diferenças salariais, oportunidades de mercado, concorrência salarial entre municípios próximos e dentro do próprio município e a não estruturação de plano de cargos e carreiras somam para o desestímulo na permanência nos serviços de saúde, corroborando com a rotatividade, fragmentação do cuidado e práticas baseadas no modelo flexneriano (NEY; RODRIGUES, 2012; MEDEIROS et al., 2012). Tal contexto enfraquece as iniciativas de se romper com o modelo de atenção voltado às condições agudas, prejudicando, portanto, a atenção à TB (MONROE et al., 2008). A fragilidade do ensino sobre saúde coletiva e comunitária na formação básica (COTTA et al., 2006; VASCONCELOS; ZANIBONI, 2011), somado à fragilidade do ensino da TB na graduação, concebido de forma desvinculada dos programas de controle (VILLA et al., 2006),

confirmam a necessidade de que sejam realizadas adequações aos currículos dos cursos de graduação conferindo maior proximidade entre o mundo acadêmico e os serviços de saúde, bem como propiciando a valorização da Atenção Básica (ANDRÉ et al., 2013; VASCONCELOS; ZANIBONI, 2011).

Ressalta-se o aspecto deletério que a rotatividade dos profissionais de saúde possui para a atenção às condições crônicas, podendo levar não somente à ruptura do processo de descentralização como também, adicionalmente à desconstrução do planejamento e execução das ações em saúde, prejudicar a sustentabilidade da estratégia DOTS por colaborar para a perda da credibilidade e rompimento do vínculo estabelecido durante o processo de atenção, desestimulando e dificultando a sinergia do trabalho, reduzindo a responsabilização dos profissionais e revelando-se como obstáculo para a organização da atenção à TB (BARBOSA; AGUIAR, 2008; BRUNELLO et al., 2010; COTTA et al., 2006; MEDEIROS et al., 2010; PONCE et al., 2011; SÁ et al., 2012; TRIGUEIRO et al., 2011). Destaca-se que, em contraponto ao estabelecimento de um quadro fixo de profissionais de saúde nos serviços, foi realizado no município de estudo um concurso público para todas as categorias profissionais em 2011, cujos aprovados passaram a assumir o cargo no início de 2012. Desde então, observa-se maior estabilidade no quadro de profissionais de saúde, considerando o perfil dos mesmos e a especificidade dos serviços. Entre médicos, mesmo com a realização do concurso público, não foi possível estabilizar essa situação, em decorrência de questões já destacadas.

Ainda em relação à formação dos profissionais de saúde, além da questão do ensino curricular, é preciso pensar também na viabilidade de estratégias de qualificação no espaço da Micro gestão, de modo a corrigir e/ou aprimorar habilidades dos profissionais de saúde, alinhando-as às novas demandas (ANDRÉ et al., 2013; PONCE et al., 2013; WOITH, 2010) requeridas no cenário da AB. Constantes abordagens para qualificação profissional devem fazer parte de todos os programas de saúde, devido aos contínuos avanços tecnológicos, às mudanças sócio-econômicas e às necessidades de saúde da população.

No tocante à TB, estudo realizado em Vitória (MACIEL et al., 2009) apontou a necessidade da realização de treinamentos como forma de instrumentalizar os profissionais de saúde quanto ao manejo da doença. No entanto, é necessário transcender a abordagem biologicista da doença a que são realizados, considerando o conhecimento prévio desses profissionais, o contexto dos serviços e suas dificuldades enfrentadas, qualificando assim as práticas de saúde (MANCIA et al., 2004; MARQUIEVIZ et al., 2013; QUEIROZ et al., 2012; SANTOS; MELO, 2008; SILVA et al., 2007; WOITH et al., 2010).

Em estudo realizado por Nogueira et al. (2009), a melhoria do desempenho dos profissionais no registro de informações de TB foi atribuída ao recebimento de intervenções educativas, assim como Façanha et al. (2009) e Delai et al. (2012) apontaram o sucesso do aumento da detecção de casos de TB ao treinamento das equipes de saúde, ambos revelando que a consonância das capacitações às necessidades da equipe de saúde é elemento potencial para sensibilizar seus membros quanto à temática abordada, promovendo impacto positivo.

Neste estudo, fragilidades relacionadas às ações educativas em TB voltadas aos profissionais da Atenção Básica corroboram com os achados de outros estudos (FERRACIO et al., 2007; PONCE et al., 2013; SÁ et al., 2012), principalmente entre auxiliares/técnicos de enfermagem e médicos. Ressalta-se que as capacitações em TB no município estudado são realizadas pelo próprio PCT, estando vinculadas às avaliações trimestrais de indicadores e visitas institucionais de monitoramento, que ocorrem uma vez ao ano em cada serviço da Atenção Básica. Tais fragilidades perpassam o contexto de sobreposição das funções assistenciais às de coordenação de programa, o que pode comprometer a efetividade da realização destas atividades.

Ressalta-se que a participação nessas capacitações é limitada a alguns profissionais, geralmente o enfermeiro (PONCE et al., 2013), sendo a assiduidade de médicos prejudicada devido à grande demanda assistencial existente bem como à necessidade de se cumprir as metas de produtividade (VASCONCELOS; ZANIBONI, 2011). Ademais, debilidades relacionadas ao compartilhamento do conhecimento adquirido junto aos demais membros da equipe, possivelmente devido à sobrecarga de trabalho, priorização de atividades relacionadas a outras áreas programáticas, inadequação metodológica das capacitações para lidar com os desafios diários e rotatividade dos profissionais de saúde, vem a restringir a articulação entre membros da própria equipe e fragilizar as oportunidades de que ações educativas e preventivas sejam realizadas tanto para os próprios profissionais de saúde como para os membros da comunidade (SILVA et al., 2007). Segundo Kawata et al. (2009), as capacitações desenvolvidas nem sempre possuem caráter de educação permanente, uma vez que se apresentam de forma informal, pontual e desarticulada aos demais membros da equipe.

É importante destacar, neste sentido, que embora o modelo de vigilância à saúde proposto ao processo de trabalho das USF valorize a realização das ações educativas, parece que a dinâmica de organização dessas unidades não tem permitido momentos hábeis para essa finalidade, seja por motivos relacionados aos gestores das mesmas ou seus trabalhadores

(SCHIMITH; LIMA, 2004; VASCONCELOS; ZANIBONI, 2011), como pôde ser observado pela baixa proporção de USF com desempenho satisfatório para este indicador.

Assim, uma vez que a Atenção Básica possui a TB enquanto uma de suas responsabilidades, a capacitação dos profissionais concorre para o comprometimento da implementação das ações para o controle da doença, urgindo a necessidade de delineamento de estratégias educativas que promovam o diálogo entre as diretrizes políticas nacionais e as peculiaridades dos serviços de saúde, juntamente com a supervisão contínua dos profissionais, de modo a se superar os obstáculos para a incorporação da atenção à TB na Atenção Básica.

Corroborando com a realidade assistencial permeada pela centralização do gerenciamento do tratamento da TB e a rotatividade profissional na Atenção Básica, a coordenação do cuidado sustentada no acesso aos instrumentos de registro no município de estudo parece estar comprometida, sugerindo problemas na estruturação de processos de trabalho nesses serviços. O desempenho insatisfatório deste indicador pode relacionar-se à centralização dos instrumentos pelos enfermeiros, mantendo-os em local separado com a justificativa de facilitar o acesso. Ao se observar o melhor desempenho das USF em relação às UBS, tal resultado pode decorrer da maior utilização dos instrumentos de registro (ficha de notificação, prontuários e ficha de acompanhamento mensal do tratamento) pelos ACS, para o acompanhamento dos doentes de TB de sua microárea.

Foi possível identificar uma incoerência quanto ao acesso e disponibilidade do livro verde nos serviços de saúde, dado que alguns profissionais entrevistados relataram sua disponibilidade em serviços no qual o mesmo não estava presente. Assim, a proporção de acesso ao livro verde é, de fato, menor que a apresentada no estudo. Tal aspecto vai de encontro a outros estudos que apontam fragilidade na utilização e acesso às fichas de controle de tratamento da TB, bem como ausência de articulação entre os profissionais do mesmo serviço de saúde (FERRACIO et al., 2007; WENDLING et al., 2012).

Destaca-se que as informações geradas no espaço das Micro políticas subsidiam as informações aos Sistemas de Vigilância Epidemiológica em TB no país. Dessa forma, um sistema de informação atualizado e confiável é a base essencial para a vigilância e controle da TB, uma vez que possibilita a avaliação da produção do cuidado e o delineamento das intervenções operacionais (BRASIL, 2011a; NOGUEIRA et al., 2009), pressupondo para isso um esforço da equipe de saúde na produção e organização sistemática dos dados.

Estudos cujo cerne de análise foram registros em saúde num contexto de avaliação de diversos municípios brasileiros apontaram dificuldades de realizar o registro, baixa qualidade

das informações e inadequada proporção da realização de anotações referentes ao cuidado prestado (VASCONCELLOS et al., 2008; PEREIRA et al., 2008), evidenciando a concepção de que a realização dos registros afastam os profissionais da assistência (SANTOS et al., 2003) e de que se trata de uma atividade burocrática, caracterizando as mesmas como secundárias às outras atividades prioritárias, assim como foi revelado neste estudo no que concerne à TB. Cogita-se, neste sentido, possíveis falhas no processo de comunicação nos serviços da Atenção Básica estudados.

Heufemann et al. (2013) apontam que a Atenção Básica têm se subutilizado dos dados epidemiológicos no monitoramento de metas e indicadores, apresentando-se enquanto dimensões secundárias no processo de incorporação das ações programáticas ao serviço, como no controle da TB, indicando a necessidade de que esforços adicionais sejam implementados para que as informações epidemiológicas geradas no espaço Micro extrapolam a mera compreensão enquanto atividades burocráticas voltadas às demandas da coordenação municipal, de modo que passem a representar ferramenta para qualificação dos processos de trabalho (CAVALCANTI et al., 2012; NOGUEIRA et al., 2009; SPAGNUOLO et al., 2012).

Uma vez que a essência da coordenação do cuidado é prevista pela disponibilidade de informações que abrangem problemas de saúde dos usuários (SANTOS; FERREIRA, 2012), a dificuldade de médicos, enfermeiros e outros membros da equipe em acessar, selecionar e usar informação em saúde (CULLEN et al., 2011, VASCONCELLOS et al., 2008; SANTOS et al., 2003) indica a necessidade de investimento formal não só para o desenvolvimento e valorização desta capacidade, como também de instruir esses profissionais quanto à realização de anotações acerca da atenção produzida, evitando-se o subregistro das informações e consequente prejuízo na integralidade e continuidade do cuidado.

Dessa forma, cabe às coordenações dos PCT municipais capacitar as equipes dos serviços de saúde como forma de ampliar o conhecimento, sensibilizar e motivar o profissional e melhorar a qualidade no atendimento (MACIEL et al., 2009; MACIEL et al., 2010, PONCE et al., 2013; DELAI et al., 2012; BRUNELLO et al., 2013), incluindo-os no processo decisório e empoderando-os enquanto sujeitos ativos no controle da TB em suas áreas de abrangência, estimulando-os à produção de informações que auxiliem o controle da doença nesses serviços e instigando-os a buscar pela completude dos dados de modo a melhor acompanhar os doentes de TB.

Em Curitiba (MARQUIEVIZ et al., 2013) o acesso aos dados epidemiológicos da TB por meio de sistema informatizado da Atenção Básica parece ter contribuído para a redução do abandono no município, o que corrobora com a necessidade das equipes de saúde se apropriarem dos dados sobre TB em seu território. Marreiro et al. (2009) sugerem que, para a melhoria da qualidade da informação, os livros de registros sejam periodicamente revisados, o que seria de grande valia na realidade estudada também como uma estratégia de auto-monitoramento da própria equipe de saúde. Ressalta-se que no município de estudo o registro das informações oriundas do acompanhamento da TB é centralizado no PCT e a alimentação do TBWEB é realizada por um único profissional, sem serem estabelecidos critérios para que a vigilância caso a caso seja implementada.

Embora atividades básicas de coordenação do cuidado pautadas no acesso ao prontuário e outros instrumentos de registros sejam ferramentas importantes, são insuficientes para se garantir uma atenção de qualidade (SILVA et al., 2011). Sabe-se que o desenvolvimento de ações nos serviços de saúde são influenciadas por diversas características, relacionadas tanto à aspectos da formação e conhecimento dos profissionais quanto àqueles relacionados à estrutura dos serviços, como a disponibilidade de insumos, instrumentos e meios de trabalho (PEDROSA et al., 2011; CLEMENTINO; MIRANDA, 2010). Problemas relativos à ausência de insumos e equipamentos remetem à condição que a equipe de saúde se organiza para ofertar o cuidado e podem levar à frustração e ao desgaste dos profissionais de saúde diante de uma resolubilidade não atendida (WEIRICH et al., 2009; PEDROSA et al., 2011).

O bom desempenho dos serviços de saúde no município quanto à disponibilidade de insumos para a execução do acompanhamento e controle do tratamento da TB pode ser resultado da provisão gerencial dos serviços em disponibilizar os materiais necessários a essas atividades. No entanto, a diversidade do desempenho deste indicador observada entre os serviços da Atenção Básica pode decorrer do desconhecimento dos ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem quanto à presença dos mesmos nos serviços, uma vez que a solicitação de exames de controle de tratamento da TB é realizada por enfermeiros e médicos, revelando novamente a incompreensão da totalidade do processo de trabalho prestado aos doentes de TB.

Embora a disponibilização de insumos para a solicitação de exames de controle do tratamento sejam pré-requisitos essenciais à sustentabilidade do monitoramento dos doentes de TB (SÁ et al., 2012), os mesmos não garantem sua realização (IGNOTTI et al., 2007),

mesmo em situações em que a alta por cura exija comprovação baciloscópica (BRASIL, 2011; IGNOTTI et al., 2007; SATYANARAYANA et al., 2011). Assim, apesar do cumprimento das ações de controle da doença sofrer interferência de requisitos materiais, parece que o componente estrutural relacionado ao envolvimento dos profissionais de saúde sobrepõe-se, pressupondo que questões relacionadas ao número de profissionais, capacitação para execução das ações de controle, comprometimento e envolvimento coletivo com o trabalho sejam essenciais para o desempenho das atividades assistenciais, mesmo em situações em que a disponibilidade de insumos é limitada.

O fato de que a produção de ações eficazes em saúde não é produzida apenas pela presença de uma estrutura favorável se confirma em situações em que, para se evitar a interrupção da assistência nos serviços de saúde, supera-se a limitação material por meio da formação de parcerias com outros serviços que remanejam os insumos necessários para a realização das ações de saúde (WEIRICH, et al., 2009; PEDROSA et al., 2011). O mesmo ocorre quando mesmo com a presença dos insumos necessários para realização da baciloscopia de escarro para controle do tratamento da TB, a mesma não é realizada (IGNOTTI et al., 2007; SATYANARAYANA et al., 2011) sugerindo, portanto, que a sustentabilidade das ações de controle da TB está sujeita a interferências de outras naturezas. Neste sentido, ao se revelar a queda abrupta na proporção de baciloscopia de controle na Atenção Básica no ano de 2011, há indícios de que a realização do concurso no município estudado tenha gerado instabilidade dos vínculos empregatícios, resultando na descontinuidade dos cargos ocupados, o que pode ter desmotivado os profissionais, conforme apontado em outros estudos (SÁ et al., 2011; TRIGUEIRO et al., 2011).

Assim, a discussão desse tópico não gira apenas em torno da presença de insumos para o controle da resposta antituberculosática durante o tratamento medicamentoso, envolvendo a busca por respostas que permeiam além da dimensão técnica do acompanhamento do tratamento. O fato de existir dados insatisfatórios quanto à realização da baciloscopia de controle entre doentes de TB em tratamento, sugere que os serviços de saúde da Atenção Básica necessitam rever as estratégias de monitoramento dos casos, o que pode ser alcançado por meio de uma melhora na integração entre os profissionais de saúde e aqueles que prestam retaguarda às ações de controle da TB, desvelando e solucionando as dificuldades operacionais impeditivas à efetividade da organização das práticas nestes serviços.

Apesar de ser observada uma fragmentação entre e dentre os serviços de saúde que compõe o SUS, a articulação dos mesmos e dos diferentes níveis de atenção constitui pré-

requisito essencial para a continuidade do cuidado (ASSIS et al., 2012; COLOMÉ et al., 2008). Neste estudo, ao conceber o indicador “articulação da Atenção Básica com outros serviços” enquanto elemento para a comunicação entre os serviços de saúde avaliados bem como na relação destes com outros níveis assistenciais para o manejo dos casos de TB em que o serviço não oferecia resolubilidade suficiente, identificou-se desempenho satisfatório quando considerada a complexidade do caso clínico (co-morbidades, co-infecção, complicações no tratamento e dificuldade no TDO).

Ressalta-se que, na prática, nem sempre essa comunicação desvela-se de maneira formalizada, prevalecendo a comunicação informal, por telefone, sem posterior registro da mesma, como observado em estudo realizado em Coari-Amazonas (HEUFEMENN et al., 2013). Assim, embora o trânsito entre as instituições e profissionais de saúde ocorra de maneira livre, o que vem a favorecer as respostas às inquietações imediatas, a limitação e a falta de sistematização desta articulação fragiliza a integração da assistência prestada, comprometendo a efetividade do programa (ASSIS et al., 2012; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; HEUFEMENN et al., 2013; COLOMÉ et al., 2008; SILVA et al., 2005), desarticulando o envolvimento dos demais membros da equipe no controle do agravo.

Uma vez que as reuniões de equipe da USF têm assumido papel resolutivo de questões técnico-burocráticas e administrativas do serviço e os processos de tomada de decisão têm se dado no âmbito individual (SILVA; TRAD, 2005; COLOMÉ et al., 2008), a desarticulação entre os membros da equipe bem como a falta de esclarecimento quanto ao fluxo de atendimento no processo de atenção à TB podem ter levado ao desempenho insatisfatório deste indicador em alguns serviços avaliados.

Entende-se que uma vez almejada a efetividade na coordenação do cuidado de modo a atender as necessidades dos usuários, prevê-se uma estrutura de regulação assistencial muito bem definida, concebida enquanto articulação entre os diversos níveis de complexidade, orientada por um sistema de informação ágil e flexível (SANTOS; FERREIRA, 2012; SILVA et al., 2010; ASSIS et al., 2012). No entanto, o desconhecimento de tecnologias de microgestão pelos serviços primários (gestão da utilização de procedimentos, gestão de casos, lista e procedimentos de espera, revisão do usuário, protocolos clínicos e sistema integrado de informação) dificultam a incorporação de sistemas de referência e contra-referência eficazes (MENDES, 2011).

Apesar de as UBS e USF serem constituídas como portas de entrada ao sistema de saúde e centros coordenadores do cuidado, devendo organizar a atenção e orientar o sistema de referência e contra-referência na construção de uma rede de serviços sob a lógica da integralidade e co-responsabilização (ALMEIDA et al., 2011), dificuldades gerenciais são reveladas quanto à forma que se operacionaliza este processo. Embora o município em questão tenha apresentado desempenho do indicador “referência e contra-referência” superior a todos os demais avaliados, há que se refletir sobre as possíveis contradições nesse contexto. De um lado, a normatização municipal que gratifica médicos ao estimular o aumento da resolubilidade da Atenção Básica no atendimento aos indivíduos, de outro a precarização das condições de trabalho destacadas anteriormente que podem contribuir com a realização de encaminhamentos a outros serviços. No entanto, observou-se incipiência na contra-referência aos serviços de saúde de origem, problemática esta também constatada como um dos nós críticos do sistema de saúde brasileiro em diferentes contextos (ALMEIDA et al., 2011; ASSIS et al., 2012; JULIANE; CIAMPONE, 1999; SILVA et al., 2010). Assim, este estudo reafirma a descontinuidade da informação e embora o município possua um complexo sistema regulador, sugere-se a necessidade de aprimoramento na contra-referência.

Perante tal cenário, há um comprometimento da coordenação do cuidado uma vez que compete ao próprio doente, cabendo a ele resgatar as informações geradas em espaços externos aos serviços da Atenção Básica e compartilhá-las aos profissionais responsáveis pelo acompanhamento do tratamento.

Atualmente, dada a demanda de incrementar a coordenação da assistência e acessar as informações sobre os usuários dos serviços de saúde de forma rápida e estruturada, muito têm se discutido sobre a implantação de registros eletrônicos nos serviços de saúde. Desse modo, estratégias de adequação tecnológica como a utilização de sistemas de registro eletrônicos nos serviços de saúde permitiriam melhor operacionalização, controle e avaliação das ações de saúde bem como o controle da TB, potencializando o processo de comunicação entre diferentes níveis organizacionais e qualificando a prática dos profissionais de saúde e o processo decisório (BENITO; LICHESKI, 2009; GODOY et al., 2012; MOLINA; LUNARDELLI, 2010; PATRÍCIO et al., 2011; PERES; CIAMPONE, 2006; SANTOS; FERREIRA, 2012; VASCONCELLOS et al., 2008). Assim, a incorporação de tecnologias (como tablets e celulares *android*) que privilegiem a atualização dos dados de acompanhamento de tratamento, como a observação da dose supervisionada, exames de controle e controle de comunicantes, deveria ser considerada pelas equipes de gestão, dada a

necessidade de dados atualizados, fidedignos e sistematicamente organizados. Dessa forma, os profissionais teriam acesso aos dados dos doentes acompanhados em tempo real, facilitando o monitoramento e realização de intervenções necessárias oportunamente.

Desde 2011 o município de estudo está passando pela implantação do sistema “SISONLINE”, uma ferramenta local de registro eletrônico cujo objetivo é disponibilizar informações sobre os usuários atendidos em todos os serviços da rede pública. Atualmente todos os serviços da Atenção Básica já possuem tal sistema disponível nos consultórios de atendimento, encontrando-se em fase de implantação na atenção especializada e serviços de atenção às urgências e emergências. No entanto, dificuldades operacionais relacionadas à sobrecarga de atendimentos, falta de tempo, inabilidade em operar o sistema bem como lentidão do mesmo dificultam o seu manuseio, fragilizando, deste modo, a obtenção de dados dos pacientes, incluindo aqueles acometidos pela TB. Tais dificuldades também foram relatadas por Godoy et al. (2012), as quais representaram importante impasse na viabilidade desta ferramenta.

Ainda em relação ao sistema de informação local (SISONLINE), há que se destacar a inexistência de campos específicos para o registro de dados pertinentes ao diagnóstico e tratamento da TB, além de não possuir integração com os demais sistemas já implantados no município, como o TBWEB.

Ressalta-se que nesse processo de implantação de um sistema informatizado, um elemento essencial para sua viabilidade refere-se às capacitações e ações gerenciais, que vão de encontro à aceitação e envolvimento dos profissionais de saúde quanto à incorporação da nova ferramenta de trabalho (VASCONCELLOS et al., 2008; BENITO; LICHESKI, 2009; PATRÍCIO et al., 2011; GODOY et al., 2012).

Em relação à realização de ações capazes de envolver a família do doente de TB e a comunidade no âmbito da Atenção Básica, destaca-se o imenso potencial que as mesmas possuem na condução de mudanças no processo diagnóstico, emancipação do doente ao autocuidado e adesão ao tratamento da TB (OBLITAS et al., 2010; CURTO et al., 2010, OLIVEIRA et al., 2009). Neste contexto, o desenvolvimento de atividades de saúde externas aos serviços, como Visitas Domiciliares (VD) e ações educativas em TB se fazem essenciais à adesão ao tratamento e passam a ser concebidas como parte do processo de atenção continuada e multiprofissional, se tornando um espaço no qual os profissionais utilizam o contexto de vida dos usuários e suas prioridades de saúde como fonte de problematização e instrumento de informação para capacitá-los a quanto ao engajamento ativo na busca por

melhores condições de saúde (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009; CURTO et al., 2010; OBLITAS et al., 2010; SÁ et al., 2010; SOUZA; SILVA, 2010).

Neste estudo, no entanto, observou-se que ações voltadas ao acompanhamento do doente de TB e seus familiares, bem como aquelas relacionadas à educação junto à comunidade, não tem feito parte da rotina de trabalho das equipes da Atenção Básica, sejam da UBS ou USF, corroborando com outros estudos (CUNHA et al., 2012; CURTO et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2009; VIANA et al., 2008). Este resultado pode relacionar-se à superposição de tarefas e responsabilidades pelos profissionais de saúde, sobrecarga de trabalho, incapacidade física dos serviços, falta de interesse da comunidade, ACS e médicos (FELICIANO et al., 2010), bem como a aspectos que permeiam a falta de preparo da equipe. Assim, essas situações limitam a atuação profissional das equipes ao desenvolvimento de ações isoladas sobre os casos de TB que demandam atendimento nos serviços, corroborando com o modelo hegemônico pautado na abordagem à doença, o qual persiste mesmo após a introdução da Estratégia Saúde da Família (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009), restando pouco tempo para que as mesmas planejem e implementem ações coletivas considerando a tríade indivíduo, família e comunidade. Tal fato pode ser identificado devido à alta proporção no fornecimento de informações sobre a TB durante as consultas nos serviços bem como a baixa proporção de ações educativas à comunidade.

Embora tanto UBS como USF tenham alcançado desempenho insatisfatório na realização de atividades externas para o controle da TB, observou-se maior proporção de oferecimento de VD entre as USF, o que vai de encontro à utilização das mesmas enquanto ferramenta de trabalho nestes serviços, configurando-se como condição essencial para o acompanhamento dos casos de TB. Novamente, a participação dos ACS neste estudo pode ter interferido nesta avaliação, uma vez que os mesmos se utilizam da VD como instrumento para operacionalizar seu trabalho nestes serviços de saúde. Apesar de a USF ser idealizada como elemento reorientador das práticas com o propósito de transpor as dificuldades encontradas na Atenção Básica, observa-se que as ações realizadas pelos profissionais de saúde da família ainda articulam-se em uma lógica fragmentada, podendo fragilizar o escopo de ações voltadas ao controle da TB junto à comunidade, apontando a existência de limitações estruturais e organizacionais que reproduzem a lógica de atendimento tradicional nas UBS (CLEMENTINO; MIRANDA, 2010).

Ressalta-se que a TB têm sido relegada para segundo plano em detrimento da priorização de condições agudas e sazonais, de modo que intervenções junto às famílias e

comunidades restringem-se às campanhas promovidas pelo MS, como revelado por Ponce et al. (2013) e Curto et al. (2010), resumindo-se a entregas de panfletos e realização de palestras em salas de espera. Assim, destaca-se a necessidade de que novas possibilidades educativas abordando o tema da TB junto à comunidade sejam empregadas na prática, podendo ser operacionalizadas por meio de articulações e parcerias entre instituições de ensino superior e os serviços de saúde, bem como por meio da utilização de espaços grupais já estabelecidos na comunidade, como grupos de hipertensão e diabetes.

Orientações sobre a doença pautadas na abordagem individual configuram importantes elementos para educação e empoderamento do doente de TB, bem como para melhorar a adesão ao tratamento e fortalecimento do vínculo, sendo mais valorizadas quando fazem parte de uma relação de confiança entre o profissional e o doente (CULQUI et al., 2102; BUREGYEYA et al., 2011; QUEIROZ et al., 2012; SOUZA; SILVA, 2010; THU et al., 2012). Embora este indicador tenha alcançado bom desempenho nos serviços da Atenção Básica, na prática ele acaba se limitando a esclarecimentos aos doentes de TB quanto à aspectos técnicos do tratamento durante consultas realizadas. Assim, avançar em propostas de educação em saúde capazes de promover a adesão ao tratamento do doente de TB pressupõe extrapolar questões técnicas e envolver membros familiares e, de forma articulada à subjetividade e ao conhecimento dos mesmos, promover a socialização dos saberes e sensibilizarem-nos à busca dos serviços de saúde ao perceberem a necessidade de atendimento durante o tratamento, possibilitando a identificação de parceiros para a identificação de sintomáticos respiratórios e acompanhamento medicamentoso dos doentes em seguimento (BUREGYEYA et al., 2011; CURTO et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2009; SÁ et al., 2010).

Assim, há que se considerar a relevância de implementação de ações intersetoriais em saúde, capazes de compartilhar com os serviços a responsabilização das demandas, promovendo a participação da comunidade no direcionamento da oferta da atenção de acordo com as necessidades dos usuários (WYSOCKI et al., 2013). Estudo realizado na Flórida sinaliza o sucesso quanto ao envolvimento de parceiros da comunidade na realização de atividades educativas (O'DONNELL et al., 2012), o que poderia ser operacionalizado por meio da atuação da sociedade civil organizada bem como membros representantes dos usuários nos conselhos de saúde.

Essas parcerias também são válidas ao se considerar alternativas e estratégias de operacionalização do TDO nestes serviços de saúde, dada a limitação encontrada quanto à realização do TDO no município estudado.

Sabe-se, no entanto, que viabilizar a prática do TDO enquanto uma tecnologia de gestão do cuidado possui limitações relacionadas ao doente de TB, como aspectos sócio-demográficos, econômicos e culturais, bem como aquelas ligadas ao esquema terapêutico empregado, à forma que os serviços de saúde se organizam para desempenhar esta atribuição e ao comprometimento político, os quais podem comprometer a realização do mesmo fragilizando a adesão do doente ao tratamento (SÁ et al., 2007; QUEIROZ et al., 2012;).

A não valorização do TDO (HEUFEMANN et al., 2013) e o fato dos profissionais se mostrarem resistentes à incorporação do mesmo nos serviços, como identificado em estudo realizado no Rio de Janeiro (CUNHA et al., 2012), pode decorrer tanto da historicidade da implementação das ações de controle da TB, que ocorreu inicialmente de forma centralizada (GAZETTA et al., 2007; SÁ et al., 2011), como da rotatividade dos profissionais nos serviços, o qual prejudicou a fixação daqueles capacitados para tal, da fragilidade das capacitações realizadas e da indisponibilidade de recursos materiais para o oferecimento do TDO no domicílio do doente (GAZETTA et al., 2007). Estes aspectos também podem relacionar-se à limitação na realização da VD nos serviços avaliados, opondo-se às recomendações de se estabelecer articulações intersetoriais e intervenções ampliadas em saúde.

Assim, aspectos relacionados à debilidade de recursos humanos capacitados e comprometidos com as ações de controle da TB, à rotatividade e sobrecarga de trabalho vão de encontro às limitações quanto à operacionalização do TDO pelos serviços de saúde da Atenção Básica (MONROE et al., 2008; QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010; QUEIROZ et al., 2012; SOUZA; SILVA, 2010), bem como à operacionalização das outras ações inerentes ao controle da TB, influenciando a qualidade da assistência e da interação doente/profissionais de saúde. Neste estudo, embora tenha sido identificada a presença de discussões junto ao doente com o propósito de acordar questões relacionadas ao horário e local de realização do TDO, observado principalmente nas USF, nota-se que, na prática, quase todos os doentes o realizam no próprio serviço de saúde, com exceção dos serviços cujo corpo de profissionais era dotado de residentes de enfermagem, os quais se disponibilizavam em realizar o TDO no domicílio dos doentes que apresentavam dificuldades na adesão ao tratamento.

Assim, elementos relacionados aos serviços de saúde e ao modo de agir dos profissionais podem refletir no abandono do tratamento (SÁ et al., 2007) de modo que, ao se conceber o TDO enquanto atividade que extrapola a observação da ingestão medicamentosa (QUEIROZ et al., 2012; GAZETTA et al., 2007; SOUZA; SILVA, 2010), revela-se o desafio que o mesmo impõe à medida em que questões envolvidas no processo de adoecimento e de busca por cuidados de saúde (QUEIROZ et al., 2012; QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010; SOUZA; SILVA, 2010) exigem uma reorganização do processo de trabalho destes profissionais inseridos na Atenção Básica, amparada nos pressupostos do compromisso político e habilidades de gestão, de forma a oferecer uma assistência realizada por uma equipe multidisciplinar integrada, vocacionada e disponível em construir o processo de adesão ao tratamento junto ao doente de TB e sua família.

Nesta lógica, a implementação das ações de controle da TB pressupõe maior investimento entre profissionais de saúde, serviços e comunidade por meio do incremento no compromisso político no município. A necessidade de maior articulação entre a coordenação do PCT e os serviços da Atenção Básica surge então como forma de estabelecer o fluxo de informações sobre a TB, promover o empoderamento dos mesmos visando fortalecer o envolvimento profissional no empreendimento de ações de controle da doença.

Os desfechos do tratamento da TB no município mantiveram coerência com os dados relacionados à estrutura e processo ofertados aos doentes de TB em tratamento identificados no estudo. Observa-se que, entre os anos de 2008 e 2009 nas UBS, o aumento da proporção de abandono e óbitos acompanhou a diminuição da realização do TDO efetivado, impactando negativamente no sucesso do tratamento.

Nas USF, entre os anos de 2008 a 2010 e nas UBS entre os anos de 2009 e 2010, o abandono e o óbito apresentaram essa mesma tendência negativa embora a realização de TDO tenha aumentado nos períodos correspondentes. Isso revela que o abandono do tratamento não é assegurado pela disponibilidade gratuita dos medicamentos tampouco pelo oferecimento de incentivos (SÁ et al., 2010; SILVA et al., 2007) embora estudos revelem a importância dos mesmos na adesão ao tratamento (QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010; SÁ et al., 2010) e estes estivessem disponíveis aos doentes neste período, indicando que a adesão extrapola questões relacionadas à estrutura dos serviços. Assim, questões relacionadas ao estabelecimento de vínculo entre doentes de TB e profissionais, educação sobre a doença oferecida aos indivíduos e à comunidade, envolvimento e capacitação dos profissionais para o seguimento do doente de TB, a não priorização da TB em detrimento de outros programas de saúde, a organização

dos serviços de saúde para ofertar assistência bem como a articulação entre os serviços da Atenção Básica e coordenação do programa podem ter influenciado neste resultado.

Nesta lógica, limitações relacionadas aos aspectos dos doentes de TB que podem tê-los motivado a abandonar o tratamento também podem contribuir para tal panorama, embora a investigação do perfil do doente não fez parte dos objetivos do estudo. No entanto, reconhece-se que a acessibilidade econômica e cultural, além de aspectos individuais, como etilismo, drogadição, presença de co-morbidades e complicações no tratamento também podem ter tido influência de tais resultados.

Questões relacionadas à instabilidade de vínculo empregatício no desempenho dos profissionais da Atenção Básica são relevantes quando se reflete sobre a piora significativa que os indicadores de desfecho do tratamento sofreram no ano de 2011, quando então foi realizado o concurso público no município. Assim, a desmotivação profissional diante da descontinuidade de cargos ocupados na Atenção Básica pode ter comprometido o envolvimento dos profissionais no que se refere às ações de controle da TB.

Destaca-se que apesar da potencialidade deste estudo vislumbrada por meio do método de análise, que permitiu comparações entre os serviços de saúde do município, como limitações destacam-se o viés de informação, uma vez que a avaliação de desempenho realizada pautou-se em dados primários coletados junto aos profissionais dos serviços de saúde; a restrição da avaliação à atenção ofertada, não envolvendo a avaliação da atenção recebida (percepção dos usuários); e a utilização de dados obtidos por meio de fontes secundárias, uma vez que os mesmos estão sujeitos à fragilidades relacionadas ao fluxo informacional, à completude e validade dos mesmos.

7. Considerações finais

Os resultados do presente estudo apontam para o reconhecimento das questões limitantes que perpassam o controle da TB nos serviços de Atenção Básica do município

A análise dos indicadores de resultado de tratamento dos doentes de TB manteve coerência com os indicadores de estrutura e processo, e dificuldades para a condução operacional do tratamento da TB nos serviços da Atenção Básica foram identificadas: 1) debilidades no processo de capacitação de profissionais; 2) verticalização centralizada das ações de controle no âmbito da Atenção Básica; 3) rotatividade de profissionais; 4) fragilidade no envolvimento dos profissionais junto às ações de controle; 5) necessidade de avançar na articulação entre os níveis de atenção da rede municipal; 6) debilidades quanto às estratégias de monitoramento das ações de controle da TB desenvolvidas no contexto da Atenção Básica.

Apesar do esforço de horizontalização das ações de controle da TB, a dinâmica de organização do serviço da Atenção Básica reproduz a centralização e fragmentação da assistência, com enfoque na atuação do enfermeiro enquanto coordenador do cuidado, em um contexto complexo e contraditório no qual a atuação dos demais membros da equipe ocorre de modo pontual e reativo, contrapondo-se às premissas ideológicas e operacionais da Atenção Básica.

Ajustes que privilegiem o cumprimento das ações de controle da TB nos serviços de saúde primários corroboram com os objetivos e funções da Atenção Básica no sistema de saúde. Superar as deficiências quanto ao desempenho destes serviços no controle da TB requer que atores chave do espaço Meso e Micro do Sistema de Saúde se envolvam e se articulem de forma que a fragmentação e centralização do cuidado existentes seja superadas.

Acredita-se que para se alcançar a efetividade da descentralização das ações de controle da TB para os serviços da Atenção Básica estes devam estar preparados para fortalecer os mecanismos da coordenação da assistência, integrando os serviços que compõe a rede de atenção. Neste sentido, urge a necessidade de que estratégias assistenciais, gerenciais e políticas relacionadas às fragilidades da estrutura e oferta de atenção que limitam a operacionalização da Atenção Básica sejam implementadas, de forma a incrementar a integração e monitorização das ações e controle da TB, propiciando o envolvimento de novos atores neste contexto.

Este estudo permitiu reflexões que transcendem a dimensão do desempenho dos serviços da Atenção Básica para o controle da TB, possibilitando discussões acerca das

peculiaridades locais para o envolvimento da Atenção Básica na operacionalização das ações de combate à doença, ressaltando a necessidade de que estudos de avaliação privilegiem não apenas aspectos factíveis e baseados em resultados de ações, mas também incorporem em seu delineamento aspectos descritivos observacionais do contexto em que as práticas são produzidas para que, de forma sistematizada, o juízo do desempenho dos serviços de saúde avaliados seja construído.

Ao priorizar o referencial metodológico ancorado no pressuposto da pesquisa avaliativa há que se destacar a relevância de estudos dessa natureza para compreender o contexto e os desafios que permeiam a capacidade de resposta local frente à políticas atuais que privilegiam a horizontalização de ações e programas para a Atenção básica.

Espera-se que os resultados apresentados contribuam com a reorientação das ações de controle da TB por meio da incorporação de novas práticas sanitárias, fornecendo informações para o estabelecimento de prioridades para a gestão em saúde.

8. Referências

-
- ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T.; SANTELLE, O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 158-63, 2013.
- ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1103-12, maio 2009.
- ALMEIDA, D. B.; MELO, C. M. M. Avaliação na atenção básica em saúde: uma revisão de literatura. **Rev. Baiana Enferm**, Salvador, v. 24, n. 1-3, p.75-80, jan.-dez. 2010.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 375-391, 2012.
- ALMEIDA, S. T. G.; SOUZA, M. A. M.; RODRIGUES, J. A. et al. Atenção à pessoa idosa: fatores que influenciam o desempenho dos profissionais de saúde na atenção básica. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 5, p. 135-44, 2011.
- AMARAL, A. S.; TAMAKI, E. M.; SALES, C. M. et al. Avaliação da Descentralização do Programa de Controle da Tuberculose do Nível Secundário para o Nível Primário do Sistema de Saúde de Dourados-MS. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 19, n. 4, p. 794-802, 2010.
- ASSIS, E. G. A.; BERALDO, A. A.; MONROE, A. A. et al. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 111-8, 2012.
- BARBOSA, S. P.; AGUIAR, A. C. Fatores influentes na permanência dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família em Ipatinga – Minas Gerais – Brasil. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 4, p. 380-88, out/dez., 2008.
- BENITO, G. A. V.; LICHESKI, A. P. Sistemas de informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 447-50, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração Ensino-serviço**. 5ª ed. Brasília; 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76p.

-
- _____. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose**. Brasília; 2010.

 - _____. Ministério da Saúde. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica: Protocolo de Enfermagem**. Brasília; 2011a.

 - _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica (Org.). **Sala de situação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

 - _____. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProgramaTB.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2014.

 - _____. **Nota Técnica nº 15 CGPNCT/DEVEP/SVS/MS**. Brasília, Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_tecnica_prioritarios.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2014.

 - BRUNELLO, M. E. F.; PONCE, M. A. Z.; ASSIS, E. G. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 131-5, 2010.

 - BRUNELLO, M. E. F.; ANDRADE, R. L. P.; MONROE, A. A. et al. Tuberculosis diagnostic pathway in a municipality in south-eastern Brazil. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 17, n. 10, p. S41-47, 2013.

 - BUREGYEYA, E.; KULANE, A.; COLEBUNDERS, R. et al. Tuberculosis knowledge, attitudes and health-seeking behavior in rural area Uganda. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 15, n. 7, p. 938-42, 2011.

 - CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, R. M.; RODRIGUES, O. A. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3139-47, 2010. Suplemento 2.

 - CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. N. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do programa de saúde da família. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-68, mar.-abr. 2008.

-
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.
- CAVALCANTI, M. L. T.; CARVALHO, R. M. G.; SANTOS, M. L. F. et al. Processos de registro e gerenciamento concernentes aos sistemas de informação da tuberculose do estado do Rio de Janeiro prioritários segundo o Fundo Global Tuberculose Brasil, 2009/2010. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 161-8, 2012.
- CLEMENTINO, F. S.; MIRANDA, F. A. N. Acessibilidade: identificando barreiras na descentralização do controle da tuberculose nas unidades de saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 584-90, out.-dez. 2010.
- COLOMÉ, I. C. S.; LIMA, M. A. D.; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre articulações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 256-61, 2008.
- COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 79-90, 2006.
- CULLEN, R.; CLARK, M.; ESSON, R. Evidence-based skills of junior doctors entering the workforce: an evaluation of the impact of information literacy training during pre-clinical years. **Health information & Libraries Journal**, Oxford, v. 28, p. 119-29, 2011.
- CULQUI, D. R.; MUNAYCO, E. C. V.; GRIJALVA, C. G. et al. Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional em Perú. **Arch Bronconeumol.**, Barcelona, v. 48, n. 5, p. 150-5, 2012.
- CUNHA, N. V.; CAVALCANTI, M. L. T.; COSTA, A. J. L. Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia Saúde da Família em jardim Catarina – São Gonçalo (RJ), 2010. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 177-87, 2012.
- CURTO, M.; SCATENA, L. M.; ANDRADE, R. L. P. et al. Controle da tuberculose: percepção dos doentes sobre orientação a comunidade e participação comunitária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, set.-out. 2010.
- DELAI, M. Y.; GOUNDER, S.; TAYLER-SMITH, K. et al. Relationship between education and training activities and tuberculosis case detection in Fiji, 2008-2011. **Public Health Action**, Paris, v. 2, n. 4, p. 142-44, 2012.

-
- DONABEDIAN, A. The effectiveness of quality assurance. **Int J Qual Health Care**, v. 8, n. 4, p. 401-7, Aug 1996. ISSN 1353-4505. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8938502> >. Acesso em: 11 jun. 2011.
- FAÇANHA, M. C.; MELO, M. A.; VASCONCELOS, F. F. et al. Treinamento da equipe de saúde e busca ativa na comunidade: estratégias para a detecção de casos de TB. **J Bras Pneumol.**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 449-54, 2009.
- FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E. et al. Desempenho do PSF no sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Rev. Bras. Saude Fam**, Brasília, v. 8, n. 13, p. 28-41, 2007.
- FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 520-7, 2010.
- FERRACIO, M.; CRUZ, R. A.; BIAGOLINI, R. E. M. Tratamento Supervisionado da tuberculose: a opinião da equipe do programa Saúde da Família. **Saúde Coletiva**, v. 4, n. 14, p. 55-61, 2007.
- FIGUEIREDO, T. M. R. M.; VILLA, T. C. S.; SCATENA, L. M. et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev. Saúde Publica**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 825-31, 2009.
- FONTENELLE, L. F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Rev. Bras. med. Fam. comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 22, p. 5-9, jan.-mar. 2012.
- FRIEDEN, T. R.; DRIVER, C. R. Tuberculosis control: past 10 years and the future progress. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 83, n. 1-3, p. 82-85, 2003.
- GAZETTA, C. E.; VENDRAMINI, S. H. F.; RUFFINO-NETTO, A. et al. Estudo descritivo sobre a implantação da estratégia de tratamento de curta duração diretamente observado no controle da tuberculose em São José do Rio Preto e seus impactos (1998-2003). **J Bras Pneumol.**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 192-98, 2007.
- GODOY, J. S. M.; GONÇALVES, L. S.; PERES, A. M. et al. O uso do prontuário eletrônico por enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde brasileiras. **J. Health Inform.**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 3-9, jan.-mar. 2012.

-
- GONZÁLES, R. I.; MONROE, A. A.; ARCÊNCIO, R. A. et al. Performance indicators of DOT at home for tuberculosis control in a large city, SP, Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 95-100, jan.-feb. 2008a.
- GONZÁLES, R. I.; MONROE, A. A.; ASSIS, E. G. et al. The performance of health services in providing DOTs in households to control tuberculosis. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 628-34, Dec, 2008b.
- HEUFEMANN, N. E. C.; GONÇALVES, M. J. F.; GARNELO, M. L. Avaliação do programa de controle da tuberculose em cenário amazônico: desafios em Coari. **Acta Amazonica**, Amazonas, v. 43, n. 1, p. 33-42, 2012.
- IBAÑEZ, N.; ROCHA, J. S. Y.; CASTRO, P. C. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.
- IGNOTTI, E.; OLIVEIRA, B. F. A.; HARTWIG, S. et al. Análise do Programa de Controle da Tuberculose em Cáceres, Mato Grosso, antes e depois da implantação do Programa de Saúde da Família. **J Bras Pneumol.**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 287-294, 2007.
- JULIANI, C. M. C. M.; CIAMPONE, 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**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 323-33, Dez. 1999.
- KAWATA, L. S.; MISHIMA, S. M.; CHIRELLI, M. Q. et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas de gestão. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 313-20, 2009.
- LEE, T.; PRICE, M. Indicators and research methods for rapid assessment of a tuberculosis control programme: case study of a rural area in South Africa. **Tuber Lung Dis**, v. 76, n. 5, p. 441-9, Oct 1995. ISSN 0962-8479. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7496007>>. Acesso em: 14 jun. 2012.
- MACIEL, E. L. N.; ARAÚJO, W. K.; GIACOMIN, S. S. et al. O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, out. 2009. Suplemento 1.
- MACIEL, E. L. N.; GOLUB, J. E.; PERES, R. L. et al. Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitoria, Brazil. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 14, n. 11, p. 1403-10, 2011.

-
- MACINCKO, J.; ALMEIDA, C. O. E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 243-243, 2003.
- MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 606-10, set/out, 2004.
- MARCOLINO, A. B. L.; NOGUEIRA, J. A.; RUFFINO-NETTO, A. et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux- PB. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 144-157, 2009.
- MARQUIEVIZ, J.; ALVES, I. S.; NEVES, E. B. et al. A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 265-71, 2013.
- MARREIRO, L. S.; CRUZ, M. A.; OLIVEIRA, M. N. F. et al. Tuberculose em Manaus, Estado do Amazonas: resultado de tratamento após a descentralização. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 237-42, jul.-set. 2009.
- MEDEIROS, C. R. G.; JUNQUEIRA, A. G. W.; SCHWINGEL, G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1521-31, 2010. Suplemento 1.
- MENDES, A. M.; FENSTERSEIFER, L. M. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? **Bol Pneumol Sanit**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 25-36, 2004.
- MENDES, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: _____. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998.
- _____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011; 549 p.
- _____. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.
- MOLINA, L. G.; LUNARDELLI, R. S. A. O prontuário do paciente e os pressupostos arquivísticos: estreitas e profícuas interlocuções. **Inf. Inf.**, Londrina, v. 15, n. 1, p. 68-84, jan.-jun. 2010.

-
- MONROE, A. A; GONZALEZ, R. I. C; PALHA, P. F. et al. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no controle da tuberculose. **Rev. Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 262-67, 2008.

 - NATAL, S.; VALENTE, J. V.; GERHARDT, G. et al. Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. **Bol Pneumol Sanit.** Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jan.-jun. 1999.

 - NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.

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

 - OBLITAS, F. Y. M.; LONCHARICH, N.; SALAZAR, M. E. et al. O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, jan.-fev. 2010.

 - O'DONNELL, M. R.; CHAMBLEE, S.; REYN, C. F. et al. Sustained reduction in tuberculosis incidence following a community-based participation intervention. **Public Health Action**, Paris, v. 2, n. 1, p. 23-6, 2012.

 - OLIVEIRA, L. G. D.; NATAL, S. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Tuberculose no município de Niterói/RJ. **Rev. Bras. Pneumol. Sanit.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 29-38, 2007.

 - OLIVEIRA, L. G. D.; NATAL, S.; FELISBERTO, E. et al. Evaluation model for tuberculosis control program. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 997-1008, Jun. 2010. Suplemento 1.

 - OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 65-72, 2007.

 - OLIVEIRA, S. A. C.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. et al. Serviços de Saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, p. 361-367, 2009.

-
- ONOKO-CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S.; FERRES, A. L. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43-50, 2012.

 - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados Inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**: relatório mundial/ Organização Mundial de Saúde. Brasília; 2003. 105p

 - PATRÍCIO, C. M.; MAIA, M. M.; MACHIAVELLI, J. L. et al. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para médicos? **Sci. Med.**, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 121-31, 2011.

 - PEDROSA, I. C. F.; CORRÊA, A. C. P.; MANDÚ, E. N. T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 10, n. 1, p.58-65, jan.-mar. 2011.

 - PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 303-11, 2001.

 - PEREIRA, A. T. S.; NORONHA, J.; CORDEIRO, H. et al. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p.123-33, 2008. Suplemento 1.

 - PEREIRA, M. J. B.; ABRAHÃO-CURVO, P.; FORTUNA, C. M. et al. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 48-55, 2011.

 - PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-9, jul.-set. 2006.

 - PICCINI, R. X.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 657-667, 2006.

 - PONCE, M. A. Z.; VENDRAMINI, S. H. F.; SANTOS, M. R. et al. Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1222-9, set.-out. 2011.

-
- PONCE, M. A. Z.; WYSOCKI, A. D.; SCATOLIN, B. S. et al. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 945-54, 2013.

 - 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**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 453-61, 2010.

 - QUEIROZ, E. M.; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M. C.; FERREIRA, K. R. et al. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, mar.-abr. 2012.

 - RAVIGLIONE, M. C. The new Stop TB Strategy and the Global Plan to Stop TB, 2006-2015. **Bull World Health Organ.**, Geneva, v. 85, n. 5, p. 327-7, 2007.

 - RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 438-46, mar.-abr. 2004.

 - RODRIGUES, I. L. A.; MONTEIRO, L. L.; PACHECO, R. H. B. 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.

 - SÁ, L. D.; SOUZA, K. M. J.; NUNES, M. G. et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 712-8, 2007.

 - SÁ, L. D.; OLIVEIRA, A. A. V.; SOUZA, K. M. J. et al. Abandono do tratamento e elenco de serviços no cuidado ao doente de tuberculose. **Rev enferm UFPE**, v. 4, n. 3, p. 178-86, jul.-set. 2010.

 - SÁ, L. D.; ANDRADE, M. N.; NOGUEIRA, J. A. et al. Implantação da estratégia DOTS no controle da TB na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do Programa Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3917-24, 2011.

 - SÁ, L. D.; OLIVEIRA, A. A. V.; GOMES, A. L. C. et al. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 356-63, 2012.

-
- SALA, A.; LUPPI, C. G.; SIMÕES, O. et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 948-60, 2011.

 - SANTOS, D. C.; FERREIRA, J. B. B. O prontuário da família na perspectiva da coordenação da atenção à saúde. **Physis Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1121-37, 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**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 80-7, 2003.

 - SANTOS, S. S. B. S.; MELO, C. M. M. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1923-32, 2008.

 - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Decreto n.º14.964, de 29 de outubro de 2009. Regulamenta o Art. 4 A da LC nª 240/07, acrescido pela LC nº 292/09, que institui a gratificação por desempenho de Atividade Especial, para os médicos que estão em exercício, com atribuições nos ambulatórios das Unidades de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 out. 2009. Disponível em: <<http://www.riopreto.sp.gov.br/DiarioOficial/Diario.action>> Acesso em: 14 mai. 2012.

 - _____. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. **Plano Municipal de Saúde para São José do Rio Preto 2010-2013**. São José do Rio Preto, 2011. Disponível em: <http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/modules/mastop_publish/?tac=Tran_Plan_Muni> Acesso em: 25 jul. 2013.

 - SPAGNUOLO, R. S.; JULIANI, C. M. C. M.; SPIRI, W. M. et al. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional. **Ciênc. Cuid Saúde**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 226-34, abr.-jun. 2012.

 - SATYANARAYNA, S.; NAGARAJA, S. B.; KELAMANE, S. et al. Did successfully treated pulmonary tuberculosis patients undergo all follow-up sputum smear examinations? **Public Health Action**, Paris, v. 1, n. 2, p. 27-9, 2011.

 - SCATENA, L. M.; VILLA, T. C. S.; RUFFINO NETTO, A. et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 389-97, 2009.

-
- SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-94, 2004.

 - SILVA, A. C. O.; SOUSA, M. C. M; NOGUEIRA, J. A. et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. **Rev Eletrônica Enferm**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 402-16, 2007.

 - SILVA, E. M.; ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S. et al. Coordenação dos serviços de atenção primária em saúde no controle da tuberculose em um município da Bahia, Brasil. **Rev Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n.2, p. 227-239, abr.-jun. 2010.

 - SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p. 25-38, set.2004/fev.2005.

 - SILVA, J. A. M.; OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Rev. Eletrônica Enferm**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 389-401, 2007.

 - SILVA-SOBRINHO, R. A.; ANDRADE, R. L. P.; PONCE, M. A. Z. et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 31, n. 6, p. 461-68, 2012.

 - SOUZA, M. S. P. L.; PEREIRA, S. M.; MARINHO, J. M. et al. Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 998-1005, 2009.

 - SOUZA, S. S.; SILVA, D. M. G. V. Passando pela experiência do tratamento para tuberculose. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 636-43, out.-dez. 2010.

 - STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde; Unesco, 2002; 725p.

 - TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p. 261-81.

 - TEJADA-DE-RIVERO, D. Atenção primária: Frustração e dívida social para o século XXI? **Revista Ser médico**, n. 6, ano II, p. 12-15, jan/fev/mar, 1999.

-
- THU, A.; OHNMAR; WIN, H. et al. Knowledge, attitudes and practice concerning tuberculosis in a growing industrialized area in Myanmar. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 16, n. 3, p. 330-35, 2012.

 - TRIGUEIRO, J. V. S.; NOGUEIRA, J. A.; PALHA, P. F. et al. Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, nov.-dez. 2011.

 - TRIGUEIRO, J. V. S.; SILVA, A. C. O.; GÓIS, G. A. S. et al. Percepção de enfermeiros sobre educação em saúde no controle da tuberculose. **Ciênc. Cuid Saúde**, Maringá, v. 8, n. 4, p.660- 6, 2009.

 - UNIS, D. Papel da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev. Epidemiol Control Infec.**, v. 2, n. 3, p. 120-21, 2012.

 - VAN STRALEN, C. J.; BELISÁRIO, S. A.; VAN STRALEN, T. B. S. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 148-58, 2008. Suplemento 1.

 - VASCONCELOS, F. G. A.; ZANIBONI, M. R. G. Dificuldades do trabalho médico no PSF. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1494-1504, 2011. Suplemento 1.

 - 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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 173-82, 2008. Suplemento 1.

 - VIANA, A. L. D'A.; ROCHA, J. S. Y. R.; ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 79-90, 2008. Suplemento 1.

 - VILLA, T. C. S. Avaliação da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose na perspectiva dos profissionais de saúde e doentes em municípios do Brasil. Ribeirão Preto: 2011, 82p. Relatório de pesquisa Projeto FAPESP Proc.: 2011/09469-6 (Auxílio Regular).

 - VILLA, T. C. S.; FIRMINO, D. R.; ANDRADE, R. L. P. et al. Ensino prático de Tuberculose em cursos de graduação em enfermagem no Brasil – 2004. **Online Braz. J. Nurs. (Online)**, Niterói, v. 5, n. 3, 2006.

-
- VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 610-612, 2009.
- WEIRICH, C. F.; MUNARI, D. B.; MISHIMA, S. M. et al. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 249-57, abr.-jun. 2009.
- WENDLING, A.P.B.; MODENA, C.M.; SCHALL, V.T. O abandono do tratamento da tuberculose sob a perspectiva dos gerentes de diferentes Centros de Saúde de Belo Horizonte-MG, Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 77-85, jan.-mar. 2012.
- WILLIAMS, G.; ALARCON, E.; JITTIMANEE, S. et al. Care during the continuation phase. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 12, n. 7, p. 731-5, Jul 2008a. ISSN 1027-3719. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18544196> >. Acesso em: 11 jun. 2011.
- _____. Care during the intensive phase: promotion of adherence. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 12, n. 6, p. 601-5, Jun 2008b. ISSN 1027-3719. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18492324> >. Acesso em: 11 jun. 2011.
- _____. Starting treatment: caring for patients and their families. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 12, n. 5, p. 493-7, May 2008c. ISSN 1027-3719. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18419883> >. Acesso em: 11 jun. 2011.
- WOITH, W. M.; VOLCHENKOV, G.; LARSON, J. L. Russian health care workers' knowledge of tuberculosis and infection control. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 14, n. 11, p. 1489-92, 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis report, 2012**. Geneva: WHO, 2012. (WHO/HTM/TB/2012.6).
- WYSOCKI, A. D.; PONCE, M. A. Z.; SCATOLIN, B. E. et al. Atraso na procura pelo primeiro atendimento para o diagnóstico da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 440-7, 2013.

Anexos

Anexo I - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa **FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

Autarquia Estadual - Lei n.º 8899 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal n.º 74.179 de 14/06/74)

Parecer n.º 293/2011

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Protocolo CEP n.º 3747/2011 sob a responsabilidade de **Silvia Helena Figueiredo Vendramini** com o título "Avaliação da atenção básica para o tratamento da Tuberculose na perspectiva dos profissionais de saúde e doentes em municípios do Brasil" está de acordo com a Resolução do CNS 196/96 e foi **aprovado por esse CEP**.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, com certeza para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 09 de agosto de 2011.

Prof. Dr. Fernando Batigália
Presidente do CEP/FAMERP

Anexo II – Instrumento de coleta de dados - Entrevista com profissionais de saúde

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS							
Número do questionário: _____				Município: _____			
Nome do serviço de saúde: _____				Telefone: _____			
Responsável pela coleta dos dados: _____				Data da coleta dos dados: ____/____/____			
Digitador: _____				Data da digitação: ____/____/____			
Horário de início da entrevista: _____				Horário de término da entrevista: _____			
I - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE							
1.	Tipo de unidade:	1	UBS	2.	Horário de funcionamento:	1	7:00 às 17:00
		2	UBS/PACS			2	8:00 às 17:00
		3	USF			3	7:00 às 22:00
II - IDENTIFICAÇÃO DO INFORMANTE CHAVE							
RESPONSÁVEL PELAS AÇÕES DE CONTROLE DA TB NO SERVIÇO							
3.	Formação:	1	Enfermeiro				
		2	Auxiliar/técnico de enfermagem				
		3	Médico				
		4	Agente Comunitário de Saúde				
4.	Função exercida no serviço:	1	Enfermeiro assistencial				
		2	Enfermeiro coordenador de equipe de enfermagem/ coordenador de ACS				
		3	Auxiliar/técnico de enfermagem				
		4	Médico				
		5	Agente Comunitário de Saúde				
		6	Gerente				
5.	Tempo de atuação na Atenção Básica: _____ anos			6.	Tempo de atuação no serviço: _____ anos		
ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DE TUBERCULOSE							
III - COMPONENTE DA AVALIAÇÃO 1: ESTRUTURA							
RECURSOS HUMANOS							
7.	Quais são os profissionais de saúde envolvidos com o atendimento aos doentes de TB nesse serviço?	7.1	Enfermeiro	1	SIM	2	NÃO
		7.2	Auxiliar /técnico de enfermagem	1	SIM	2	NÃO
		7.3	Médico	1	SIM	2	NÃO
		7.4	Agente Comunitário de Saúde	1	SIM	2	NÃO
8.	Há outros profissionais (Psicólogo, assistente social) envolvidos com o tratamento da TB nesse serviço?			1	SIM	2	NÃO
9.	Nos últimos 3 anos, quais profissionais foram capacitados para atendimento em TB?	9.1	Enfermeiro	1	SIM	2	NÃO
		9.2	Auxiliar/técnico de enfermagem	1	SIM	2	NÃO
		9.3	Médico	1	SIM	2	NÃO
		9.4	Agente Comunitário de Saúde	1	SIM	2	NÃO
		9.5	Outros (Profissionais da saúde bucal, assistência social, psicologia)	1	SIM	2	NÃO
10.	Nos últimos 12 meses houve capacitação sobre TB realizada pelo Programa de Controle de TB/ Secretaria Municipal de Saúde para este serviço?			1	SIM	2	NÃO
11.	Nos últimos 12 meses houve capacitação sobre TB realizada por este próprio serviço de saúde aos profissionais que aqui trabalham?			1	SIM	2	NÃO
12.	Há nesse serviço de saúde um profissional responsável pelo Tratamento Diretamente Observado (TDO)?			1	SIM Quem? _____	2	NÃO
RECURSOS FÍSICOS							
13.	Nesse serviço há disponibilidade de consultórios/salas para o atendimento ao doente de TB?	13.1	Consultórios médicos	1	SIM	2	NÃO
		13.2	Salas para atendimento de enfermagem	1	SIM	2	NÃO
14.	Há atualmente disponibilidade de cestas básicas ou vale alimentação para entregar aos doentes?			1	SIM	2	NÃO
15.	Há atualmente disponibilidade de vale transporte para entregar aos doentes?			1	SIM	2	NÃO
16.	Os profissionais possuem acesso aos seguintes instrumentos de registros:	16.1	Ficha de notificação	1	SIM	2	NÃO
		16.2	Prontuários	1	SIM	2	NÃO
		16.3	Ficha de acompanhamento mensal de trat/o.	1	SIM	2	NÃO
		16.4	Ficha diária de TDO	1	SIM	2	NÃO

		16.5	Livro verde	1	SIM	2	NÃO
17.	A Unidade de saúde possui os seguintes insumos/equipamentos para controle do tratamento:	17.1	Pote para exame de escarro	1	SIM	2	NÃO
		17.2	Pedido de baciloscopia	1	SIM	2	NÃO
		17.3	Pedido de cultura	1	SIM	2	NÃO
		17.4	Pedido de exame HIV	1	SIM	2	NÃO
		17.5	Ficha de referência e contra referência	1	SIM	2	NÃO
18.	A disponibilidade (entrega) de medicamentos para TB nessa unidade de saúde nos últimos 12 meses atendeu a demanda?			1	SIM	2	NÃO
ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO							
19.	Esse serviço de saúde atende fora do horário comercial (após às 17:00)?			1	SIM	2	NÃO
20.	São realizadas discussões dos casos de TB que realizam tratamento neste serviço pela equipe de profissionais responsáveis pelo tratamento desse agravo?			1	SIM	2	NÃO
21.	Os doentes de TB em tratamento conseguem consulta no prazo de 24 horas nesse serviço se passarem mal por causa da medicação ou da TB?			1	SIM	2	NÃO
22.	Os doentes de TB em tratamento são orientados a procurar pelo serviço de saúde fora da data agendada para retorno, caso apresentem algum problema relacionado à sua doença e tratamento?			1	SIM	2	NÃO
23.	Existe articulação desse serviço com outros níveis de atenção quando:	23.1	O doente necessita de consultas por possuir outras co-morbidades (diabetes, hipertensão, doenças psiquiátricas)	1	SIM	2	NÃO
		23.2	O doente é co-infectado pelo HIV	1	SIM	2	NÃO
		23.3	Há complicações no tratamento	1	SIM	2	NÃO
		23.4	Há dificuldades na realização do TDO	1	SIM	2	NÃO
24.	O nº de vezes que o laboratório passa para buscar os exames de TB durante o tratamento é suficiente para atender a demanda desse serviço?			1	SIM	2	NÃO
25.	O resultado do exame de baciloscopia fica pronto e chega a esse serviço em até 7 dias?			1	SIM	2	NÃO
26.	Há no serviço de saúde um sistema informatizado contendo informações sobre o doente de TB (como consultas agendadas, faltas ao serviço, falta na supervisão medicamentosa...)?			1	SIM	2	NÃO
IV - COMPONENTE DA AVALIAÇÃO 2: PROCESSO – ATENÇÃO PROPORCIONADA							
27.	Os profissionais de saúde que acompanham o tratamento de TB nesse serviço costumam ouvir outros problemas de saúde e necessidades (além da doença) do doente?			1	SIM	2	NÃO
28.	Os doentes de TB são atendidos pelos mesmos profissionais cada vez que demandam ao serviço de saúde?			1	SIM	2	NÃO
29.	São passadas informações sobre a TB quanto à:	29.1	Forma de transmissão da doença	1	SIM	2	NÃO
		29.2	Horário de tomar a medicação	1	SIM	2	NÃO
		29.3	Reações adversas da medicação	1	SIM	2	NÃO
		29.4	Necessidade de examinar seus contatos	1	SIM	2	NÃO
		29.5	Importância da adesão ao tratamento	1	SIM	2	NÃO
30.	Há discussão junto ao doente de TB sobre a forma de ser realizado o seu acompanhamento durante o tratamento em relação à:	30.1	Realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO)	1	SIM	2	NÃO
		30.2	Local de realização do TDO	1	SIM	2	NÃO
		30.3	Dia da semana para realização do TDO	1	SIM	2	NÃO
		30.4	Horário de realização do TDO	1	SIM	2	NÃO
		30.5	Horário da realização das consultas médicas de controle	1	SIM	2	NÃO
		30.6	Entrega da medicação	1	SIM	2	NÃO
31.	Há regularidade no fornecimento da medicação para o doente de TB?	1	SIM	Frequência: Semanalmente: nº vezes _____ Quinzenal _____ Mensal _____ Outro: _____		2	NÃO
32.	Esse serviço de saúde oferece TDO no:	32.1	Domicílio	1	SIM	2	NÃO
		32.2	Unidade de saúde	1	SIM	2	NÃO
		32.3	Trabalho	1	SIM	2	NÃO
33.	Esse serviço de saúde oferece Visitas Domiciliares (VD) aos casos prioritários de TB (doentes com baciloscopia +, soropositivos, alcoolistas, dependentes químicos)?			1	SIM	2	NÃO
34.	As ações educativas em TB voltadas para a comunidade são realizadas:	34.1	De forma rotineira?	1	SIM	2	NÃO
		34.2	Em épocas de campanhas?	1	SIM	2	NÃO
35.	É orientada a realização do exame anti-HIV aos doentes de TB em tratamento?			1	SIM	2	NÃO

36.	Esse serviço de saúde solicita baciloscopia de controle:	Mensal	1	SIM	2	NÃO
		Bimensal (2º; 4º e 6º meses)	1	SIM	2	NÃO
		Esporadicamente	1	SIM	2	NÃO
		No início e no final do tratamento	1	SIM	2	NÃO
37.	A baciloscopia de controle é entregue neste mesmo serviço de saúde?		1	SIM	2	NÃO
38.	Esse serviço de saúde realiza o agendamento de consultas médicas MENSALIS de controle ao doente de TB?		1	SIM	2	NÃO
39.	A consulta médica de controle é realizada na mesma unidade que o doente realiza o TDO?	1	SIM			
		2	NÃO, mas há comunicação entre os serviços (telefone, informações escritas) sobre o tratamento do doente de TB?			
40.	Quando o doente é encaminhado para outros serviços de saúde, os profissionais ajudam na marcação dos exames e consultas?		1	SIM	2	NÃO
41.	Quando o doente é encaminhado para outros serviços de saúde, os profissionais fornecem informações escritas (ficha de referência, resultado de exame, carta, etc) para entregar ao serviço referido?		1	SIM	2	NÃO
42.	Há contra-referência das informações referentes às consultas médicas realizadas fora desse serviço de saúde?		1	SIM	2	NÃO
43.	É realizada busca ao doente de TB quando ele falta a uma consulta médica/enfermagem?		1	SIM	2	NÃO
44.	É realizada busca ao doente de TB quando ele não comparece na tomada da medicação/não busca a medicação na data correta?		1	SIM	2	NÃO

Anexo III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa sobre “Avaliação da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose na perspectiva dos profissionais de saúde em municípios do Brasil”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da instituição: _____. Ela tem como objetivo analisar a atenção prestada pelos serviços da Atenção Básica e os resultados do tratamento da TB.

Sua participação consistirá em responder um instrumento por meio de uma entrevista que poderá durar em média 40 minutos. As informações fornecidas contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde na atenção a Tuberculose.

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

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

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

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

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

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

São José do Rio Preto, ____, de _____ de 2011.

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

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

Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa

CONTATO: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 Campus Universitário – Ribeirão Preto – SP; CEP 14049-900 – SP

Telefone (0XX16) 36023228

e.mail: tite@eerp.usp.br

Anexo V – Instrumento de coleta de dados –
Desfechos do tratamento da TB/ Baciloscopia de acompanhamento/TDO

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – Desfechos do tratamento da TB/ Baciloscopia de acompanhamento/TDO						
1.	Nome do serviço de saúde: _____					
2.	Tipo de serviço	1	UBS			
		2	UBS/PACS			
		3	USF			
			2008	2009	2010	2011
3.	Número de doentes de TB que foram curados					
4.	Número de doentes de TB que abandonaram o tratamento					
5.	Número de doentes de TB que foram à óbito por TB					
6.	Número de doentes de TB que tiveram TDO efetivado nesse serviço de saúde					
7.	Número de doentes de TB que realizaram 3 baciloskopias de controle					
8.	Número de doentes de TB acompanhados no serviço					