

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA**

Érika Andrade e Silva

Avaliação dos profissionais de saúde sobre as ações desenvolvidas para o controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora-MG

**Juiz de Fora
2019**

Érika Andrade e Silva

Avaliação dos profissionais de saúde sobre as ações desenvolvidas para o controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora-MG

Tese de doutorado apresentada ao programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Girlene Alves da Silva

Coorientadora: Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite

Juiz de Fora

2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Silva, Érika Andrade e.

Avaliação dos profissionais de saúde sobre as ações de controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde / Érika Andrade e Silva. -- 2019.

136 f. : il.

Orientadora: Girlene Alves da Silva

Coorientadora: Isabel Cristina Gonçalves Leite

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2019.

1. Tuberculose. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Avaliação em Saúde. 4. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. I. Silva, Girlene Alves da, orient. II. Leite, Isabel Cristina Gonçalves, coorient. III. Título.

ÉRIKA ANDRADE E SILVA

“Avaliação das ações de controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora - MG: a percepção dos profissionais de saúde.”

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

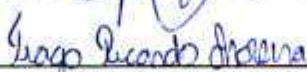
Aprovado em 31/10/2019



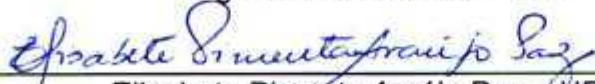
Girlene Alves da Silva – UFJF



Isabel Cristina Gonçalves Leite - UFJF



Tiago Ricardo Moreira – UFV



Elisabete Pimenta Araújo Paz – UFRJ



Angélica da Conceição Oliveira Coelho – UFJF



Daniellé Teles da Cruz – UFJF

Dedico este meu trabalho ao meu pai, Jairo Martins e Silva.
Em meio à confusão do processo seletivo deste doutorado, você partiu e não me deu a oportunidade de chegar a tempo para lhe contar da minha aprovação.
Mas não houve um só dia, nesses quatro anos, que eu não tenha sentido sua presença e seu sentimento de orgulho por tudo que conquistei. Sinto sua falta,
PAI!

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, agradeço a Deus por me guiar, iluminar e dar saúde e sabedoria para seguir em frente com os meus objetivos e não desanimar com as dificuldades. Elas foram muitas e de todos os tipos, mas a certeza do Seu amparo nunca me fez desacreditar na vitória.

À Girlene, minha orientadora. Resumir sua participação a orientação seria injustiça. Tenho certeza de que ela sente a importância que teve e tem para mim não só na condução da pesquisa, mas também no direcionamento de minha profissão docente. Acreditou e confiou em mim e nos meus projetos mais do que eu mesma, deu-me asas para voar onde eu quisesse. Admiro sua garra e sua sabedoria, sua dedicação e liderança, compartilhando suas conquistas, incentivando a busca, superando desafios e enfrentamentos, na certeza de onde queremos e podemos chegar.

À Isabel, a querida Bel! Obrigada por compartilhar seu conhecimento e sabedoria. Obrigada por sua dedicação, paciência e bondade, o que a torna o ser humano e educadora inigualável que é. Obrigada por me ensinar por meio de palavras e exemplos, sempre com muito carinho (às vezes com uns puxões de orelha), mas sempre com muito respeito, atenção e ética, encorajando-me diante de minhas limitações. Foi e sempre será um privilégio tê-la como educadora.

Aos professores Antônio Ruffino Netto e Tereza Cristina Scatena Villa (USP- Ribeirão Preto), como diz Cora Coralina: *“O saber a gente aprende com os mestres e os livros. A sabedoria se aprende é com a vida e com os humildes.”* Não tenho dúvidas de quanto saber e sabedoria vocês me proporcionaram. Obrigada pelas conversas, orientações e discussões diante das incertezas no caminhar. Vocês são minha referência!

À maior razão do meu viver, meu filho Jairo, inspiração da minha vida. Chegar à minha casa e ser recebida por suas histórias, seus beijos e seus abraços é a certeza de que todo esforço e toda dedicação valem a pena. Você é minha grande inspiração!

Ao meu marido, Iata, acima de tudo, obrigada por sempre enxergar o melhor de mim. Obrigada por ser tão companheiro e sempre se dispor a ajudar. Obrigada por ser a parte que me falta, me fazer café nas manhãs e madrugadas. Obrigada por ser um grande pai, principalmente nos momentos em que não estive

presente nessa caminhada. Sabemos o quanto a minha ausência foi sentida e superada por nossa família nesse tempo. O amor de vocês é o que me sustenta!

Agradeço à minha mãe, Marilda, por todo amor, carinho e dedicação a mim e a minha família, nossa família... Obrigada por cuidar de nós, do nosso pequeno Jairo, por me ensinar a acreditar na presença de Deus em minha vida, por ser minha fé quando já me faltava esperança. Você é minha fortaleza!

Às minhas irmãs, minhas melhores amigas, Viviane, Juliany e Thaís, e aos meus sobrinhos, Victor, Lili, Juju, Elisa, Bento e Theodora, por me motivarem, por me fazerem rir e chorar de alegria, por terem entendido as minhas faltas e momentos de afastamento e reclusão. Agradeço principalmente por compartilharem os cuidados com meu filho nos momentos em que precisei me ausentar para cumprir essa etapa. O amor de vocês preenche minha vida!

À Dani, amiga de sonhos, lutas, conquistas...divide comigo as angústias e alegrias da vida, divide comigo uma COREMU. Uma amizade que ultrapassa seus limites e se tornou uma irmandade. Obrigada por fazer parte da minha família, obrigada por nos permitir ser também sua família. Ninguém solta a mão de ninguém!

Aos amigos do AVALIATB, obrigada por tornarem meus projetos, meus sonhos e ideais como de vocês também. Vocês contribuíram com muito amor e dedicação para a construção do “nosso” futuro. Alunos que se tornaram amigos, os colegas que se tornaram cúmplices, os pesquisadores que se tornaram um time. Vocês certamente foram meu alicerce nesta caminhada, e os amigos que ali fiz, levarei comigo para sempre, em especial Denyci, Lillian, Camila, Bárbara e Izabella.

Aos professores e funcionários do PPGSC pelos ensinamentos e suporte desde a época em que cursei o mestrado, que foram e são muito importantes para mim e para a minha vida profissional.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem e Medicina da Universidade Federal de Viçosa e da Disciplina Enfermagem em Saúde da Mulher (Facenf/UFJF). Vocês me deram apoio e suporte quando o processo de doutoramento exigiu de mim mais do que a minha condição de doutoranda/docente/mãe poderia oferecer. Não foi fácil conciliar tudo, e vocês, pelos caminhos mais diversos, me ampararam na caminhada. Minha gratidão!

À UFJF pelo apoio por meio do Programa de Apoio à Qualificação (Proquali)!

À Fapemig pelo apoio financeiro ao projeto pelo Edital 01/2017, Demanda Universal (APQ-0311-17).

A todos os meus amigos, que souberam compreender minhas ausências e cansaço e, ainda assim, continuaram de braços abertos, incentivando-me e impulsionando essa jornada. Foffy e Fadul, em especial, obrigada pelos tantos braços e abraços de apoio!

A todos os profissionais da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora que participaram deste trabalho como sujeitos do estudo, como colaboradores e até pesquisadores. Em especial, à Héliida, que, pelo exemplo de dedicação ao serviço e ao próximo, me faz todos os dias acreditar que nosso esforço sempre vale a pena. Sua amizade é ouro para mim!

Aos membros da banca avaliadora por aceitarem a participação e enriquecerem meus conhecimentos.

“Sempre achei esta a pior parte para escrever. Talvez porque a vida não se coloca em análise estatística e não é pelo valor p que descobrimos a significância das pessoas na nossa trajetória”.

“Não há saber mais ou saber menos: há saberes diferentes.”

(FREIRE, 1987, p. 68)¹

¹ FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

RESUMO

A tuberculose é hoje um dos principais problemas de saúde pública, sendo agravada pelas iniquidades sociais e ineficiência dos serviços de saúde. A avaliação desses serviços permite a melhor monitoração quanto à capacidade de resposta às necessidades dos indivíduos e, sendo a Atenção Primária à Saúde cenário importante de combate aos agravos da doença, faz-se relevante seu monitoramento e avaliação. Objetivou-se avaliar o desempenho da Atenção Primária à Saúde no controle da tuberculose de acordo com os atributos essenciais e derivados, sob a perspectiva de profissionais de saúde no município de Juiz de Fora. Trata-se de um estudo transversal de caráter avaliativo, realizado nas Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, no período de agosto de 2017 a junho de 2018. Participaram do estudo 677 profissionais. Foi aplicado o questionário PCATool – tuberculose. Os dados foram analisados no IBM SPSS versão 15. Atribuíram-se escores geral, essencial e derivado e escores para cada atributo (porta de entrada, acesso ao diagnóstico, acesso ao tratamento, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque na família, orientação para comunidade e formação profissional). Os escores médios iguais ou maiores que 6,6 indicam alta orientação do serviço para os atributos. O estudo identificou alta orientação do serviço (escore geral) dos atributos da Atenção Primária à Saúde para a realização das ações de controle da tuberculose na perspectiva dos profissionais de saúde. Entre os atributos essenciais, a porta de entrada foi o que recebeu melhor avaliação, reafirmando a posição da Atenção Primária à Saúde de ordenadora da rede de atenção à saúde. O acesso ao diagnóstico foi o que recebeu a pior pontuação, revelando a fragilidade do sistema de saúde, que posterga o diagnóstico da doença. Entre os atributos derivados, a orientação comunitária foi avaliada de maneira insatisfatória, evidenciando que o desenvolvimento das ações de controle da tuberculose pelos profissionais de saúde não envolve a comunidade. As equipes de Saúde da Família apresentaram melhores resultados e aquelas localizadas em área urbana avaliaram o serviço com maior orientação para os atributos. As categorias profissionais sinalizaram que o maior tempo de atuação também interfere positivamente no resultado. O estudo permitiu a avaliação da presença e extensão dos atributos, de acordo com as características estruturais e processuais do serviço de Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais, trazendo apontamentos e análises

necessárias dos problemas, para que se busquem estratégias de alcance das metas propostas no Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

Palavras-chave: Tuberculose. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde. Pesquisa sobre serviços de saúde.

ABSTRACT

Tuberculosis is today one of the main public health problems, being aggravated by social inequities and inefficiency of health services. The evaluation of these services allows us to better monitor the ability to respond to the needs of individuals and since Primary Health Care is an important scenario to combat the diseases, their monitoring and evaluation is relevant. To evaluate the performance of PHC in tuberculosis control according to its essential and derived attributes, from the perspective of health professionals in the city of Juiz de Fora. This is an evaluative cross-sectional study carried out at the Primary Health Care Units of Juiz de Fora, Minas Gerais, from August 2017 to June 2018. Professionals participated in 677 study. The PCATool - tuberculosis questionnaire was applied. Data was analyzed in IBM SPSS version 15. General, essential, and derived scores and scores were assigned for each attribute (gateway, diagnostic access, treatment access, bond, service cast, coordination, family focus, orientation to Community scores and vocational training). Average scores equal to or greater than 6.6 indicate high service orientation for the attributes. The study identified high service orientation (overall score) of Primary Health Care attributes to perform tuberculosis control actions From the perspective of health professionals, among the essential attributes, the gateway was the one that received the best evaluation, reaffirming the position of Primary Health Care as the health care network's ordinator. Access to the diagnosis was the one that received the worst score, revealing the fragility of the health system that postpones the diagnosis of the disease. Poorly assessed was also derived from community orientation, showing that the development of Tuberculosis control actions by health professionals does not involve the community. Professional categories indicated that longer working time also interferes with the result positively. The eSFs showed better results and the teams located in urban areas evaluated the service with greater orientation towards the attributes. This study allowed the evaluation of the presence and extension of the attributes, according to the structural and procedural characteristics of the Primary Health Care service from the professionals' perspective, bringing notes and necessary analysis of the problems, so as to seek strategies to reach the goals proposed in the National Tuberculosis Control Program.

Keywords: Tuberculosis. Primary Health Care. Health Assessment. Research on health services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Classificação de países prioritários para TB, TB-HIV e TB-MDR, 2016-2020	22
Figura 2 – Tabela de indicadores operacionais e epidemiológicos do controle da tuberculose, por Unidade da Federação e região, Brasil, 2016 (n = 6.796 casos novos e 12.809 retratamentos)	25
Figura 3 – Distribuição geográfica dos casos novos de tuberculose, por Unidade Regional de Saúde de MG, 2019	26
Figura 4 – Estabelecimentos do sistema municipal de saúde de Juiz de Fora, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.....	49
Figura 5 – Distribuição das UBSs por regiões administrativas, Juiz de Fora, 2019	51
Figura 6 – Organograma de funcionamento da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora.....	54
Figura 7 – Fluxograma de atendimento para desenvolvimento das ações de controle da Tuberculose	55
Figura 8 – Fluxograma da população do estudo	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
Caps	Centros de Atenção Psicossocial
Cnes	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPS	Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária
CR	Consultório na Rua
DAB	Departamento de Atenção Básica
DOTS	Directly Observed Treatment Short-course
DVE	Departamento de Vigilância Epidemiológica
Eab	Equipe de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSFsp	Equipe de Saúde da Família
Fapemig	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais,
Fhemig	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
HIV/aids	Vírus da Imunodeficiência Humana/Acquired Immunodeficiency Syndrome
ICC	Coeficiente de Correlação Intraclasse
ILTB	Infecção Latente de Tuberculose
MDR-TB	Tuberculose multidrogarresistente
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
Pacs	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT	Plano de Controle da Tuberculose
PDAPS	Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde
PECT	Programa Estadual de Controle da Tuberculose
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
Pnab	Política Nacional de Atenção Básica
PNCT	Plano Nacional de Controle da Tuberculose
PSR	População em Situação de Rua

Rede-TB	Rede Tuberculose
Scnes	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde
SR	Sintomáticos Respiratórios
SSAPS	Subsecretaria de Atenção Primária de Saúde
SSVS	Subsecretaria de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TB-MR	Tuberculose multirresistente
TODO	Tratamento Diretamente Observado
TRM-TB	Teste Rápido Molecular de Tuberculose
TS	Tratamento Supervisionado
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	17
2	INTRODUÇÃO	19
2.1	CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE.....	21
2.2	DELINEANDO O OBJETO DE ESTUDO	27
3	OBJETIVOS	30
3.1	OBJETIVO GERAL.....	30
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
4	REFERENCIAL TEÓRICO	31
4.1	MEDIDAS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO CENÁRIO MUNDIAL	31
4.2	A TRAJETÓRIA DO CONTROLE DA TUBERCULOSE NO BRASIL.....	34
4.3	DESAFIOS DA DESCENTRALIZAÇÃO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE	37
4.4	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	40
4.5	AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	42
5	MÉTODOS	46
5.1	TIPO DE ESTUDO	46
5.2	CENÁRIO DE ESTUDO	46
5.3	CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA-MG	47
5.3.1	A organização da atenção à tuberculose em Juiz de Fora- MG	52
5.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO	56
5.4.1	Critérios de inclusão	56
5.4.2	Critérios de exclusão	56
5.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO	58
5.6	A COLETA DE DADOS	59
5.7	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	61
5.7.1	Validação do instrumento: Análise Fatorial Exploratória	66
5.7.1.1	<i>Análise da Consistência Interna: Alfa de Cronbach</i>	66
5.7.1.2	<i>Confiabilidade do instrumento: teste-reteste</i>	67
5.7.1.3	<i>Metodologia de análise referente ao artigo: Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde nas ações de controle da tuberculose</i>	68

5.7.1.4	<i>Metodologia de análise referente ao artigo: “Desempenho da atenção primária à saúde no controle da tuberculose: aspectos profissionais e do serviço”</i>	68
5.8	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	69
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
6.1	ARTIGO 1: Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde nas ações de controle da tuberculose	71
6.2	ARTIGO 2: Desempenho da atenção primária à saúde no controle da tuberculose: aspectos profissionais e do serviço.....	87
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
	REFERÊNCIAS	108
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	116
	ANEXO A – Relatório da Visita de Monitoramento e Avaliação do Programa de Controle de Tuberculose	117
	ANEXO B – Fluxograma para coleta e encaminhamento de amostra para TRM	122
	ANEXO C – Fluxograma para identificação e controle dos contatos ..	123
	ANEXO D – Fluxograma para investigação dos contatos adultos	124
	ANEXO E – Fluxograma para investigação dos contatos menores de 18 de anos	125
	ANEXO F – Planilha para controle de contatos	126
	ANEXO G – Tela de acompanhamento de tuberculose	127
	ANEXO H – <i>Check list</i> para acompanhamento dos casos de tuberculose	128
	ANEXO I – Questionário aplicado aos profissionais para coleta de dados	129
	ANEXO J – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	134
	ANEXO K – Comprovante de submissão do artigo “Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde nas ações de controle da tuberculose”	137

1 APRESENTAÇÃO

É importante destacar que esta tese de doutorado é um desdobramento do projeto matriz desenvolvido pela Profa. Dra. Girlene Alves da Silva na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). O projeto matriz *Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Juiz de Fora-MG* tem o intuito de avaliar as ações de controle da tuberculose nos diferentes níveis de atenção do município, na perspectiva dos diversos atores envolvidos neste contexto.

Meu interesse pela tuberculose e de modo geral pelas doenças negligenciadas surgiu no decorrer dos dez anos de experiência profissional como enfermeira do serviço público de saúde de Juiz de Fora, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS). No mestrado, a proposta de investigação com a tuberculose buscava a subjetividade da representação do doente sobre a doença e, agora no doutorado, novas inquietações, amadurecidas por outras experiências surgiram e por isso a busca pela avaliação dos serviços de APS, desta vez sob a perspectiva de colegas profissionais da rede básica de saúde. Afinidades e interesses pessoais, somados à grandiosidade e à ousadia deste projeto, levaram-me a somar esforços junto a esta equipe, que busca em seu trabalho coletivo a construção do debate sobre os desafios do sistema de saúde e da sociedade no enfrentamento da doença.

O grupo de trabalho do projeto de pesquisa matriz congrega hoje a parceria da gestão municipal de saúde, sobretudo da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SSAPS) e do Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (DVEA) do município de Juiz de Fora, que se amparam neste projeto para a edificação e o fortalecimento do terceiro pilar do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que trata do incentivo à pesquisa. O grupo ainda conta com a participação de alunos da graduação em enfermagem, empenhados com iniciação científica e atividades extensionistas e, também, com alunos de Programas de Pós-graduação *stricto sensu* da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Este projeto recebeu apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig), pelo edital de Demanda Universal de 2017, que tem por objetivo apoiar a execução de projetos de pesquisa que apresentem mérito científico e relevância, avaliados pela contribuição potencial ao

desenvolvimento do estado, visando fortalecer a comunidade científica da unidade federada. Contudo, devido às políticas de contingenciamento, esta etapa do projeto não foi contemplada com recurso financeiro.

O primeiro desdobramento deste projeto matriz está apresentado nesta tese de doutoramento.

2 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença milenar, acomete principalmente os pulmões e recrudescer nas últimas décadas do século XX em decorrência do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) (RUFFINO-NETTO, 2002).

Elencada como a oitava principal causa de morte no mundo, sendo ainda a principal causa de morte em pessoas com HIV e a principal causa de óbitos relacionados à resistência antimicrobiana (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Tem alcance em todos os grupos etários, é caracterizada pelas profundas raízes sociais, reforçadas pela pobreza e a má distribuição de renda, além do estigma que resulta na não adesão dos doentes, dos familiares e dos contactantes ao tratamento. O surgimento da epidemia de Aids e o aparecimento de focos de tuberculose multirresistente agravam ainda mais o problema da doença no mundo. E é esta condição de vulnerabilidade que mantém a doença na posição de um dos principais problemas sociais, econômicos e de saúde pública no mundo, o que exige o desenvolvimento de estratégias para o seu controle (BRASIL, 2011a; SÁ *et al.*, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016; ZAGMIGNAN *et al.*, 2014).

É uma doença de evolução crônica, sendo o agente etiológico o *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch, por ter sido descrito pela primeira vez pelo médico alemão Robert Koch, em 1882. É um bacilo de crescimento lento, aeróbio estrito e álcool-ácido resistente (BAAR), que afeta principalmente os pulmões, entretanto, pode ainda acometer outros órgãos e sistemas (BRASIL, 2011a; GONÇALVES, 2009).

Os sinais e sintomas mais comuns da doença são tosse, seca ou produtiva, com duração de três ou mais semanas, dor torácica, dispneia, perda ponderal, hemoptise, inapetência, febre e sudorese noturna (ZAGMIGNAN *et al.*, 2014). A transmissão ocorre predominantemente por vias aéreas a partir da emissão de partículas produzidas pela tosse, fala ou espirro de um indivíduo com infecção ativa. Após a inalação, os bacilos alcançam os alvéolos, onde se desenvolvem. Estima-se que um indivíduo com baciloscopia positiva pode infectar

por ano, em média, 10 a 15 pessoas numa comunidade (ALMEIDA, 2015; ZAGMIGNAN *et al.*, 2014).

Mais de um terço das pessoas com tuberculose no mundo não são diagnosticadas ou notificadas; algumas não recebem cuidados e outras recebem cuidados de qualidade questionável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Entre as pessoas infectadas por *M. tuberculosis*, apenas uma pequena proporção irá desenvolver a doença. No entanto, a probabilidade de desenvolver a doença é muito maior entre pessoas infectadas com HIV, pessoas com sistema imunológico comprometido e populações vulneráveis, como as pessoas privadas de liberdade, pessoas em situação de rua e indígenas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Um fator muito relevante para o surgimento de novos casos é o tempo em que o paciente permanece sem diagnóstico e tratamento. Um diagnóstico precoce é fundamental para dar início ao tratamento e assim evitar a transmissão da doença (HUF; KRITSKI, 2012).

Atividade essencial para o êxito no diagnóstico precoce é avaliação clínica e social dos contactantes de TB. Ela deve ser realizada de forma contínua, objetivando identificar ou excluir casos de tuberculose ativa e de infecção latente de tuberculose (ILTB). Por meio dessa estratégia, é possível detectar precocemente os casos de tuberculose e iniciar o tratamento oportunamente, visando à interrupção da cadeia de transmissão da doença. A identificação dos casos de ILTB e a adequada avaliação quanto à indicação da profilaxia são ações essenciais para a prevenção de futuros casos de tuberculose (BRASIL, 2017c; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

O tratamento dura no mínimo seis meses e é feito por meio de esquemas terapêuticos padronizados. A associação medicamentosa adequada, as doses corretas e o uso por tempo suficiente são os princípios básicos para o tratamento, evitando a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência aos fármacos e, assim, assegurando a cura do paciente. A esses princípios soma-se o Tratamento Diretamente Observado (TDO) como estratégia fundamental para o sucesso do tratamento. O tempo de tratamento dos casos de tuberculose droga resistente varia conforme o padrão de resistência. No Brasil, todo o tratamento é fornecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011a, 2017c; HUF; KRITSKI, 2012).

2.1 CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que, no mundo, 10,4 milhões de pessoas tiveram tuberculose em 2016 e que houve cerca de 1,7 milhão de mortes, sendo que 1,3 milhão morreram por conta da doença e mais 0,37 milhão de pessoas HIV-positivas morreram também com TB. Nesse mesmo ano, cerca de 1 milhão de crianças ficaram doentes com TB e 250 mil crianças morreram de tuberculose (incluindo crianças com TB associada ao HIV) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

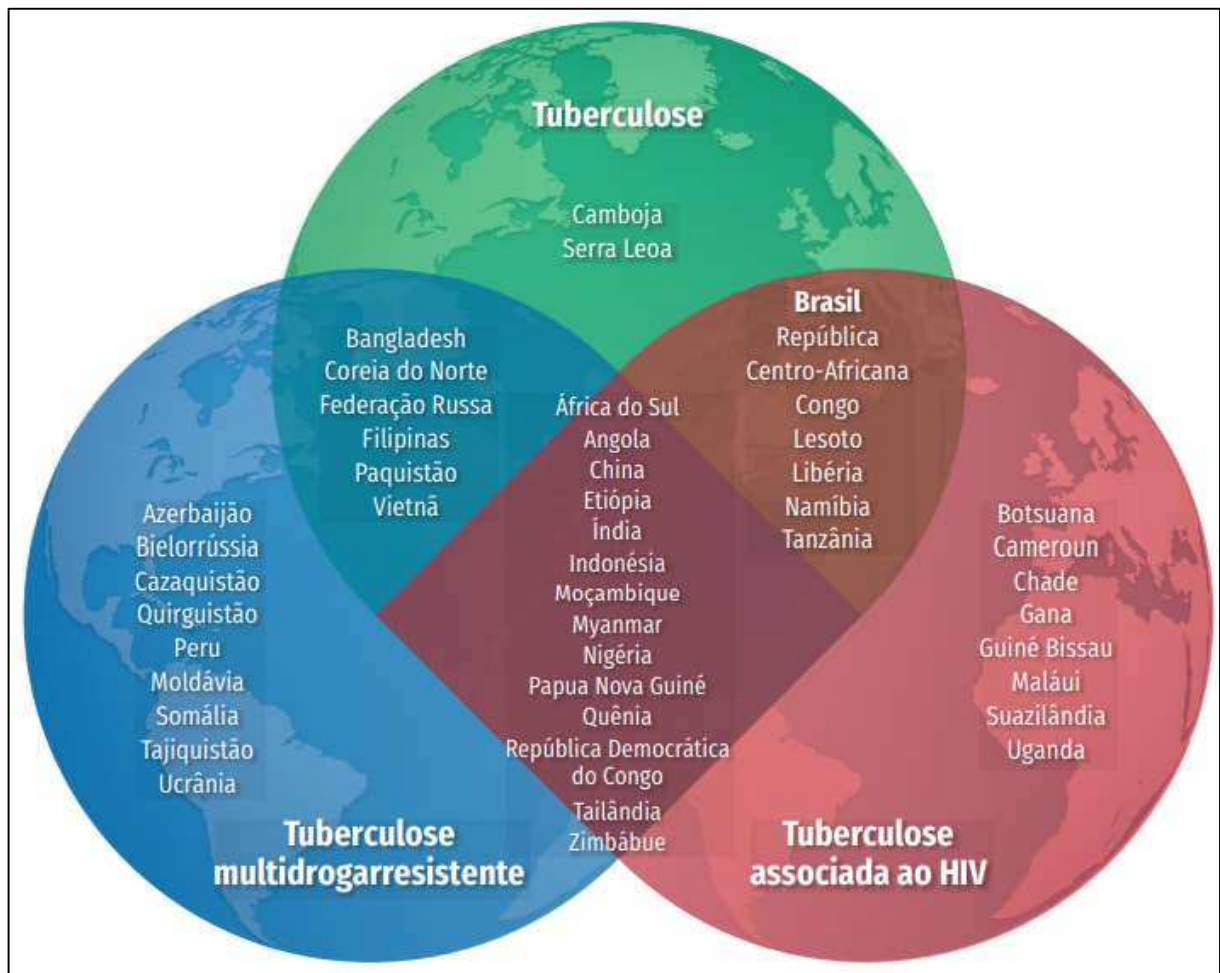
A OMS estima que houve 600 mil casos novos com resistência à rifampicina, considerado o medicamento de primeira linha mais efetivo. Destes, 490 mil tinham TB-MR, o que comprova que a TB multirresistente (MDR-TB) continua a ser uma crise de saúde pública e uma ameaça à segurança da saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). É certo que a incidência de TB está caindo em cerca de 2% ao ano em todo o mundo. Contudo este avanço ainda não é suficiente. Faz-se necessário um declínio anual de 4-5% para alcançar os marcos de 2020 da *Estratégia End TB* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017), que será abordada adiante.

Segundo a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017), 53 milhões de vidas foram salvas através do diagnóstico e tratamento da tuberculose entre 2000 e 2016. Atribui-se esse resultado aos esforços coletivos mundiais em combater a doença. Um grande avanço resultante desse esforço coletivo foi o uso do teste rápido Xpert MTB / RIF®, que ganhou notoriedade mundial em 2010, quando a OMS recomendou pela primeira vez seu uso. O teste detecta simultaneamente TB e resistência à rifampicina, considerado hoje o medicamento mais importante para a tuberculose. O diagnóstico pode ser feito dentro de 2 horas e o teste agora é recomendado pela OMS como o teste diagnóstico inicial em todas as pessoas com sinais e sintomas de TB. Mais de cem países já estão usando o teste, e, em 2016, 6,9 milhões de exames foram realizados no mundo.

De acordo com a nova classificação da OMS 2016-2020 (Figura 1), o Brasil ocupa 20ª posição na lista dos 30 países prioritários para TB e a 19ª posição na lista dos 30 países prioritários para TB-HIV. E é nesse contexto que o Brasil ocupa hoje o 16º lugar no ranking entre os 22 países com 80% da carga de TB. Na

Região das Américas, o Brasil e o Peru são responsáveis por 50% dos casos de TB notificados por ano. O país tem destaque, ainda, por sua participação no Brics, bloco formado por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul. Esses países somam cerca de 50% dos casos de tuberculose no mundo e mobilizam mais de 90% dos recursos necessários às ações de controle da tuberculose por meio de fontes domésticas de financiamento (BRASIL, 2017b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Figura 1 – Classificação de países prioritários para TB, TB-HIV e TB-MDR, 2016-2020



Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE apud BRASIL, 2017b, p. 9

O Brasil apresenta uma grande extensão territorial, com 8.514.876.599 km². Sua população estimada em 2017 é de 207.660.929 habitantes, distribuída em

26 estados e o Distrito Federal, com alta densidade populacional nas capitais e grandes metrópoles (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017a). Isso propicia uma considerável desigualdade social, pobreza e violência urbana, condições de vulnerabilidade diretamente associadas à TB (REDE TB, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

No país, estimativas sinalizam uma prevalência de 50 milhões de infectados pelo bacilo da TB, sendo a doença, no cenário nacional, a nona causa de internação hospitalar e a quarta causa de mortalidade por enfermidades infecciosas (REDE TB, 2016).

No ano de 2016, o Brasil notificou 66.796 casos novos de TB e 12.809 casos de retratamento. No período de 2007 a 2016, o coeficiente de incidência da doença apresentou uma variação média anual de -1,7%, passando de 37,9/100 mil habitantes em 2007 para 32,4/100 mil habitantes em 2016, estando ainda distante da meta brasileira que é menos de dez casos para cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Em 2015, dos casos novos de tuberculose pulmonar, somente 36,3% em TDO, com destaque para o Estado do Paraná (74,8%) e o município de Palmas/TO (65,4%), que alcançaram os maiores resultados para esse indicador. Nesse mesmo ano, 71,9% dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial evoluíram para cura. Esse resultado ficou aquém do alcançado no ano de 2014 e merece destaque, dado que a cura de pessoas com tuberculose e o não abandono do tratamento contribuem para a interrupção da cadeia de transmissão. Por sua vez, percebe-se que a proporção de abandono do tratamento de tuberculose nesse mesmo grupo, no Brasil, ainda é alta (10,4%). Esse resultado está acima do que é preconizado pela OMS, contudo ainda é insuficiente para erradicação da doença (BRASIL, 2017c).

Em 2016, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 1.044 casos com resistência a medicamentos para tuberculose, graças aos resultados adquiridos pelo Teste rápido molecular-TB (TRM-TB) ou pelo teste de sensibilidade. Desses, 700 foram registrados como casos novos e 344 como retratamento (recidiva ou reingresso após abandono). Nesse período, evidenciou-se que, com a implantação do TRM-TB, o diagnóstico da resistência foi aprimorado (BRASIL, 2017c).

Segundo Hijjar *et al.* (2007), a distribuição geográfica da TB no Brasil concentra-se nos grandes centros urbanos, ou seja, as capitais dos estados e as regiões metropolitanas. Observa-se que, nesses municípios, normalmente há baixa cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e da Estratégia Saúde da Família (ESF). Assim se faz necessária a busca ágil de soluções que possam ajudar no combate à TB, oportunizando proximidade dos doentes com o serviço de saúde, criação de vínculo entre o profissional e paciente e possibilidade de implantação de TDO como uma das estratégias terapêuticas

O Brasil possui elevada variabilidade entre os estados, no que se refere aos indicadores selecionados para o monitoramento do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), conforme demonstrado na tabela apresentada na Figura 2

Figura 2 – Tabela de indicadores operacionais e epidemiológicos do controle da tuberculose, por Unidade da Federação e região, Brasil, 2016 (n = 6.796 casos novos e 12.809 retratamentos)

Unidade da Federação/ Região	Coeficiente de incidência do TB (/100 mil hab.)	Coeficiente de mortalidade de TB por TB (/100 mil hab.)	Contatos examinados com TB confirmada laboratorial (%)	Casos de TB no Sinais como pós-óbito (n)	Casos novos de TB confirmados por critério laboratorial (%)	Cultura de escarro entre os casos de TB pulmonar (%)	Teste de sensibilidade entre os casos de TB pulmonar com cultura positiva (%)	Realização de testes para HIV entre os casos novos de TB (%)	Terapia antirretroviral entre os casos novos de TB-HIV (%)	Casos novos de TB pulmonar que realizaram o TDO (%) ^a	Cura de casos novos de TB pulmonar que confirmaram o laboratorial (%) ^b	Abandono de tratamento de TB pulmonar com confirmação laboratorial (%) ^b	Cura de casos novos de TB MDR (%) ^c
Roraima	33,1	1,4	27,9	0	80,1	15,6	61,5	84,1	39,3	22,9	71,1	15,8	100
Acre	41,4	2,5	86,1	0	84,3	35,7	50	94,7	57,1	54,3	84,8	4,2	100
Amazonas	67,2	3,2	54,1	3	67,7	46,4	21,1	68,8	29,5	20,5	77,2	12,5	55,6
Roraima	27,6	0,8	56,4	2	85,1	61,5	50	87,3	64,3	51,6	74,8	7,8	*
Para	39,3	2,6	32,9	11	73,8	12,5	35,6	57	44,7	25,8	55,1	8	53,6
Amapá	28,4	1,8	53,8	0	82,6	18,2	0	83,8	68,8	40,5	83,3	8,3	100
Tocantins	10,7	0,5	48	2	76,4	56,5	14,3	68,9	46,2	68,1	84	5,9	100
Região Norte	41,8	2,3	44,3	18	73,1	29,1	29,3	66,8	37,4	26,6	67	9,9	61,1
Maranhão	29	2,2	45,9	8	62,9	22,4	56,1	66,2	37,8	25,7	70,3	11	40
Piauí	18,5	1,4	42,6	2	69,8	25,9	18,2	62,6	49	48,6	73,9	4,8	100
Ceará	33,5	2,4	46,1	6	69,5	21,1	27,8	60,4	58,4	33,3	64	11,4	57,7
Rio Grande do Norte	27	1,9	38,8	14	67,4	12,6	66,7	64,2	36,7	22,4	70,5	8,4	75
Paraná	27	2,2	29,4	2	75,6	18,2	24,3	59,7	43,2	21,2	64,7	9,2	83,3
Pernambuco	45	4,5	50,6	124	63,3	16,2	20,8	62	25,5	37,6	72,4	8,3	72
Alagoas	27,2	2,3	47,2	26	66,7	22,4	68	74,5	14,3	29,4	74,3	9,1	83,3
Sergipe	28,6	2	51,5	1	76	8,9	16,7	64,7	21,9	37,2	71,6	13,1	0
Bahia	26,1	2,5	31,6	7	70,2	22,5	26,5	58	41	20,7	67,8	7	57,6
Região Nordeste	30,6	2,6	44,4	190	67,7	19,2	31,1	62,1	35,7	29,7	69	9	62,5
Minas Gerais	15,8	1,1	65,1	12	72,6	28,2	40	66,8	38,5	43	71	9,5	41,2
Espirito Santo	26,2	1,9	63,4	16	85	55,1	26,7	84,9	43,7	29,6	80,8	8,6	100
Rio de Janeiro	61,2	5	39,8	71	65,8	24,9	47,6	73,3	45,5	35,7	70,6	12,3	72,4
São Paulo	36,4	1,9	59,2	175	80,1	55	62,2	84	25,6	44,7	78,9	10,2	68,4
Região Sudeste	35,7	2,3	55,8	274	74,6	41,3	56,9	78,7	34,7	40,9	75,7	10,7	67,5
Paraná	18,9	1,1	75,2	4	73,9	52,3	49,4	88	69,4	74,8	80,6	5,6	71,4
Santa Catarina	24,7	0,8	76,6	3	71,1	45,9	40	83,6	56,7	58,3	73,9	8,8	80
Rio Grande do Sul	37,5	2,5	45,7	13	71,5	32	57,6	83,7	45,6	17,2	63,4	16,8	54,5
Região Sul	27,4	1,5	62,3	20	72	36,8	53,5	84,8	52,4	40	70	12,3	63
Mato Grosso do Sul	30,9	1,9	57	5	69,2	36,3	11,9	66,5	33,8	39,2	45,7	11,4	20
Mato Grosso	31,3	2,2	36,8	3	39,7	13,8	21,4	64,4	37	39,1	70,7	8,4	75
Goiás	13	1,1	77,7	7	73,3	53,7	48	66,5	65,9	37	70,3	13,4	100
Distrito Federal	10,5	0,5	51,2	0	71,5	39,4	80	79,2	70	50,2	76,5	3,3	*
Região Centro-Oeste	19,4	1,4	57,7	15	60,4	33,3	32,4	67,1	49	39,5	64	10,5	50
Brasil	32,4	2,2	51,9	517	71,6	33,6	50,2	73,2	39,7	36,3	71,9	10,4	66,5

Fonte: SES/MS/Sinais, SIMS/MS/MS, IBGE, SITE-TB. Base de dados do Sinais gerada em fevereiro de 2017.

^aDados referentes ao ano de 2015.

^bDados referentes ao ano de 2014.

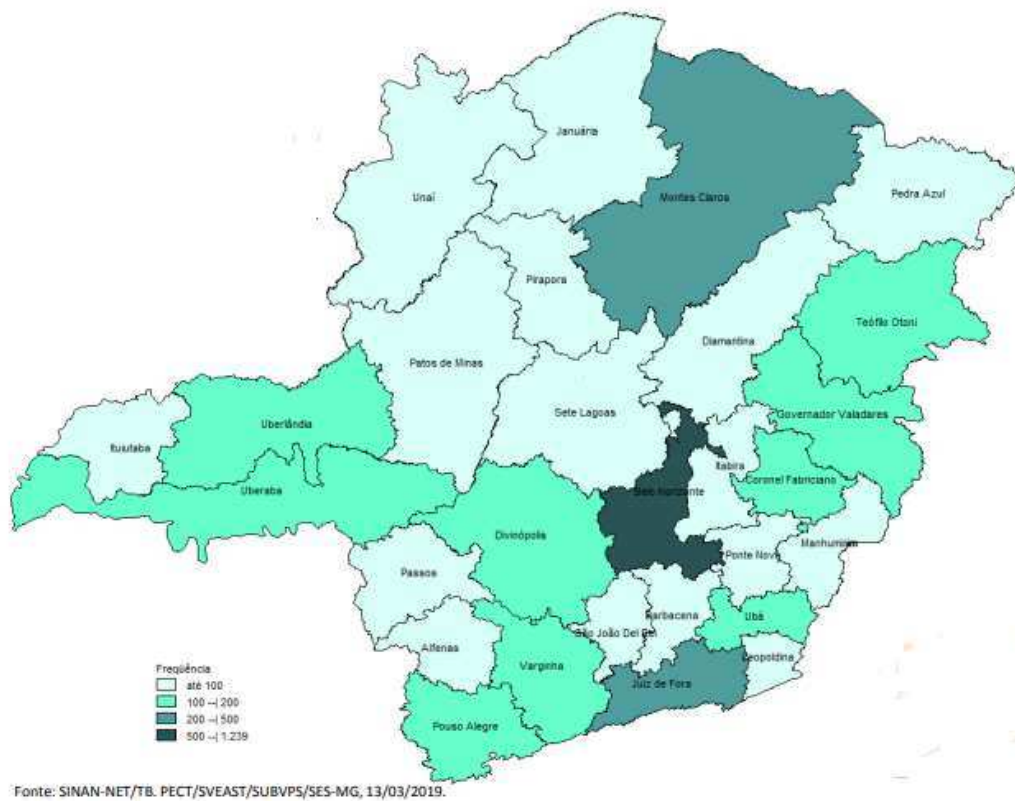
^cSem casos.

MDR – multidroga resistente; TDO – tratamento diretamente observado.

O maior percentual de casos novos de TB com confirmação laboratorial foi na região Sudeste do Brasil. Minas Gerais (MG) é o 5º estado com o maior número de casos no país. No ano de 2018, foram notificados 4.223 casos de TB em MG. O estado possui o menor coeficiente de incidência da região Sudeste, contudo apresenta outros indicadores com números preocupantes quando comparados aos demais estados da região, como, por exemplo, baixo percentual de cura em casos novos de TB pulmonar e também baixo percentual de cura em casos novos de TB MDR, evidenciando fragilidades no manejo da infecção (VELOSO, 2019)².

Sendo assim, a distribuição geográfica dos casos novos de tuberculose, por Unidade Regional de Saúde de MG, no ano de 2019, configura-se da seguinte maneira (Figura 3) (VELOSO, 2019):

Figura 3 – Distribuição geográfica dos casos novos de tuberculose, por Unidade Regional de Saúde de MG, 2019



Fonte: VELOSO, 2019, slide 4

² Apresentação realizada na Visita de Monitoramento e Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose, ocorrida durante os dias 24 e 25 de setembro de 2019, em Juiz de Fora-MG.

Entre os municípios mineiros, podem-se destacar dez que apresentaram, no ano de 2018, o maior número de casos de TB do estado, a saber: Belo Horizonte (819 casos), Juiz de Fora (384), Contagem (132), Uberlândia (116), Montes Claros (94), Governador Valadares (90), Ipatinga (85), Santa Luzia (82), Ribeirão das Neves (80), Betim (74) (VELOSO, 2019). No estado mineiro, Juiz de Fora (JF) ocupa a segunda colocação em número de casos de TB. É também o terceiro município com maior percentual de abandono de tratamento entre os casos novos de TB e o terceiro em percentual de óbitos por TB. A regional de saúde da cidade ainda chama atenção por ser a que apresenta maior coeficiente de incidência da doença e menor percentual de TDO realizado entre todos os casos de TB no ano de 2016. (VELOSO, 2017).

No ano de 2016, foram notificados em JF 301 casos de TB, sendo 223 de TB pulmonar. No que tange ao desfecho desses casos, 168 foram curados, 79 abandonaram o tratamento, 18 vieram a óbito por TB e 16 por outras causas, 12 receberam mudança de diagnóstico, cinco evoluíram para tuberculose droga resistente (TBDR) e três foram transferidos de município de tratamento³.

No perfil do abandono dos casos de JF, chama atenção o fato de 64% dos pacientes que abandonaram o tratamento terem como unidade de referência para o acompanhamento da doença as Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família (ESF)⁴.

No ano de 2018, foram notificados em Juiz de Fora, 288 casos de TB da forma pulmonar².

2.2 DELINEANDO O OBJETO DE ESTUDO

Os dados epidemiológicos mostram que, apesar de haver grande conhecimento científico e tecnológico sobre a doença, ela ainda permanece como uma enorme contenda para a saúde pública em âmbito global. Fatores como as desigualdades sociais, insuficiência de pesquisas destinadas a novos tratamentos

³ Informações obtidas na Vigilância Epidemiológica de Juiz de Fora, em 2017, por meio do Sinan, com acesso restrito.

⁴ Apresentação realizada na Visita de Monitoramento e Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose, ocorrida durante os dias 24 e 25 de setembro de 2019, em Juiz de Fora-MG.

e vacinas, fluxos migratórios, deficiências do sistema de saúde, alta prevalência dos casos de tuberculose multidrogas resistentes e associados à infecção pelo HIV podem ser citados como entraves para a superação da TB (BRASIL, 2016).

Aos comprometidos com a saúde pública questionar o desempenho de intervenções estabelecidas por meio de programas e políticas é uma atitude constante e acima de tudo necessária, pois se trata da instrumentalização da luta por um modelo de atenção que concretize um projeto de saúde integral para indivíduos e comunidades (VIACAVA *et al.*, 2012).

Compreende-se, então, que, para que o PNCT e toda a rede instituída no controle da TB de fato funcionem, é necessária constante avaliação do desempenho deles. A avaliação desses serviços permite a melhor monitoração quanto a capacidade de resposta às necessidades de saúde, produção de evidência, retroalimentação das equipes, identificação e correção dos problemas encontrados, acompanhamento das intervenções e consequentes resultados, avaliação da assistência prestada ao usuário do serviço, assim como sua família e comunidade, a fim de subsidiar e regulamentar as políticas de TB e a divulgação e propagação de seus pontos positivos e melhoria dos negativos (FELISBERTO, 2006).

Embora existam estudos de avaliação do controle da TB no mundo, há carência de informações para o Brasil e seus municípios sobre o desempenho no PNCT. Esse conhecimento nacional e local pode ser utilizado para orientar e contribuir para tomada de decisão na política de controle da TB, direcionar os esforços para os municípios com mais risco à coletividade ou onde a situação operacional do programa esteja aquém das metas estabelecidas. Entende-se que analisar o desempenho dos municípios no PNCT é necessário, pois a mensuração por meio de indicadores exprime, por aproximação, a situação do programa, contribuindo assim para a tomada de decisão, a qual consiste de um julgamento de valor sobre uma intervenção envolvendo informações sobre as características, atividades, processos e resultados a respeito do PNCT (GONÇALVES; PENNA, 2007).

Diante de estímulos do Ministério da Saúde (MS), que fomenta ações de controle da doença na APS (BRASIL, 2006), há que se refletir sobre as divergências e contradições do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) no nível primário de saúde. Exemplo disso são estudos que mostram que, apesar dos inúmeros avanços

obtidos no processo de ampliação da APS, essa lógica que visa promover o acesso ao portador de TB não se configurou como um aspecto facilitador para a realização do diagnóstico dessa doença nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), tendo em vista dificuldades enfrentadas pelos municípios na integração das ações de controle da TB, de ordem organizacional, econômica e geográfica (BERTOLOZZI *et al.*, 2014; CLEMENTINO; MIRANDA, 2015).

Sendo assim, há necessidade de realização de pesquisas avaliativas em relação às ações de controle da TB na APS. Apesar das contribuições científicas, são poucos os estudos operacionais, como este, referentes ao desempenho do PCT em contextos descentralizados. Não existe unanimidade sobre os aspectos relacionados ao contexto e aos serviços de saúde que interferem no desempenho das ações de controle da doença, surgindo reflexões quanto à efetividade da descentralização (WYSOCKI *et al.*, 2017).

Diante do exposto, surgem as seguintes inquietações: Como a APS do município tem desempenhado as ações de controle de TB? Como está a orientação da APS na realização das ações de controle da Tuberculose? Em que aspectos este nível de atenção revela suas potencialidades e fragilidades no enfrentamento da TB? Os usuários da atenção primária à saúde têm suas necessidades de saúde atendidas?

Para respondê-las, torna-se necessária a utilização de instrumentos que permitam avaliar o alcance dos atributos da APS na atenção à tuberculose. Para isso, esta pesquisa propõe uma metodologia de avaliação baseada nos pressupostos dos atributos da APS e das ações de controle da tuberculose, que são preconizadas pelo MS para serem desempenhadas na APS. A hipótese de trabalho para esta pesquisa é de que há iniquidades no grau de orientação dos serviços da APS na realização das ações de controle da tuberculose.

Diante dos argumentos expostos acima e da necessidade de pesquisas de avaliação do PCT, em especial na APS, justificou-se a realização do presente estudo, que teve como intuito investigar o desempenho da APS nas ações de controle da TB em Juiz de Fora. Os resultados trazem evidências que poderão apoiar a gestão do PCT no município, como também a gestão da APS na organização das ações de combate à TB, além ainda de colaborar com a construção científica acerca da avaliação de programas de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o desempenho da APS no controle da tuberculose de acordo com os atributos essenciais e derivados, sob a perspectiva de profissionais de saúde no município de Juiz de Fora.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar o desempenho dos atributos da APS quanto a aspectos do serviço: a localização das unidades (urbanas e rurais), as modalidades de serviços de APS: Equipes de Atenção Básica (eABs) e Equipes de Saúde da Família (eSFs);
- Comparar o desempenho dos atributos da APS segundo aspectos profissionais: categorias profissionais e tempo de atuação profissional.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 MEDIDAS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO CENÁRIO MUNDIAL

Em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) determinou a TB como um problema de saúde pública mundial, sendo então estabelecido o controle da doença como uma prioridade. Nessa ocasião, estabeleceu-se a recomendação da estratégia DOTS (sigla em inglês que significa Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração para o controle da tuberculose), tendo sido apresentada formalmente em 1994 como resposta global para o controle da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

A estratégia DOTS deve ser compreendida como um conjunto de boas práticas para o controle da TB e ancora-se em cinco estruturas: compromisso político com o fortalecimento de recursos humanos, a garantia de recursos financeiros, a elaboração de planos de ação e a mobilização social; diagnóstico de casos por meio de exames bacteriológicos de qualidade; tratamento padronizado com a supervisão da tomada da medicação e apoio ao paciente; fornecimento e gestão eficaz de medicamentos e sistema de monitoramento e avaliação ágil que possibilite o monitoramento dos casos, desde a notificação até o encerramento do caso doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

A Organização das Nações Unidas (ONU), no ano de 2000, levantou e analisou os mais relevantes problemas mundiais, o que resultou na declaração de oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs). O sexto ODM referia-se ao combate ao HIV/aids, malária e outras doenças, incluindo a TB, e tinha como uma das metas cessar a transmissão e reverter a incidência da doença, apresentando indicadores determinantes definidos: diminuição da prevalência e número de óbitos associados à TB e aumento da proporção de casos de TB tratados e curados pela estratégia DOTS (STOP TB PARTNERSHIP; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Na ocasião, esperava-se que, até o ano de 2015, houvesse uma redução pela metade da prevalência e das mortes causadas pela TB em relação ao ano de 1990 e que a incidência global de TB ativa estivesse menor que 1/1.000.000

habitantes por ano, deixando de ser problema de saúde pública até o ano de 2050 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2000; STOP TB PARTNERSHIP; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

No que diz respeito à TB, na intenção de alcançar o ODM, a OMS apresentou no ano de 2001 um documento para aplicação mundial: A estratégia Stop TB, que resultou então na criação do *Stop TB Partnership*, constituído por organizações internacionais e técnicas, programas governamentais, agências de pesquisa e financiamento, fundações, Organizações Não Governamentais (ONGs), grupos da sociedade civil e comunidade e o setor privado (STOP TB PARTNERSHIP; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Nos últimos 15 anos, a Stop TB Partnership emitiu planos globais, fornecendo orientações e estimativas de como alcançar as metas estabelecidas mundialmente para o fim da TB (STOP TB PARTNERSHIP; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

O primeiro plano abrangeu o período de 2001 a 2005. O plano era audacioso e foi o primeiro de seu gênero, seguindo os ODMs. Conseguiu reunir novos parceiros, impulsionar pesquisas e proporcionou um impacto rápido sobre a tuberculose nas áreas que mais sofriam com a epidemia. Enfocou a expansão da estratégia DOTS e o desafio emergente de aumentar a descoberta de medicamentos para TB e infecção por HIV (STOP TB PARTNERSHIP; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Em 2006, a *Stop Tb Partnership* lançou a segunda fase do Plano Global pelo fim da TB 2006-2015, em Davos, Suíça, no Fórum Econômico Mundial. O custo total do Plano foi de US \$ 56 bilhões e representou um aumento triplo do investimento anual no controle da TB em comparação com o primeiro Plano Global. O Plano visava ao alcance das metas globais para 2015 e apresentava seis componentes: expansão e aperfeiçoamento da qualidade da estratégia DOTS; tratamento da coinfeção TB/HIV, TB-MDR (Tuberculose multidroga resistente) e outros desafios; contribuição para o fortalecimento do sistema de saúde; envolvimento de todos os provedores da saúde, empoderamento de portadores de TB e comunidades e a capacitação e promoção da pesquisa. Neste plano, a estratégia DOTS continuava sendo o eixo central de ação (STOP TB PARTNERSHIP; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Um terceiro plano forneceu uma atualização para o período 2011-2015. O plano centrou-se na ampliação das intervenções existentes para o diagnóstico e tratamento da tuberculose e a introdução de novas tecnologias e, em especial, novos testes de diagnóstico (STOP TB PARTNERSHIP; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Com tantos avanços registrados e incorporados nos planos expostos nessas estratégias, o panorama mundial da tuberculose melhorou. De fato, o diagnóstico eficaz e o tratamento da doença salvaram, no mundo, 43 milhões de vidas no período de 2000 a 2014 e, em 2015, a prevalência estimada de tuberculose foi 42% menor do que em 1990 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Em 2014, foi aprovada na Assembleia Mundial de Saúde a Estratégia Global e Metas para a Prevenção, Atenção e Controle da Tuberculose pós-2015 – Estratégia pelo Fim da Tuberculose (*END TB strategy*), que tem como visão “Um mundo livre da tuberculose: zero morte, adoecimento e sofrimento devido à tuberculose”, e como objetivo o “fim da epidemia global da doença”. Na ocasião, o Brasil teve um papel de destaque, primeiramente por seu protagonismo na proposição da estratégia, por sua experiência com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com a Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose (Rede-TB) e também pelo fato de o país abrigar o maior programa de transferência de renda no mundo, o Bolsa Família (BRASIL, 2017b; MACIEL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Seguindo o posicionamento de 54 países, a *Estratégia global e metas para prevenção, atenção e controle da tuberculose pós-2015* – ou estratégia *Fim da TB* – foi aprovada em plenária, representando um acordo mundial para acabar com a TB como uma pandemia, firmado em metas estabelecidas de redução da incidência para menos de dez casos por 100 mil habitantes e redução da mortalidade pela doença em 95% até 2035. Por meio desta estratégia também espera-se eliminar a TB no mundo até 2050 (BRASIL, 2017b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Esta estratégia está fundamentada em três pilares: o cuidado e as ações de prevenção da doença centrados no usuário; o fortalecimento das políticas e dos sistemas de suporte e a intensificação da pesquisa e inovações relacionadas à temática (STOP TB PARTNERSHIP; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

No Brasil, coadunando com o esforço global para redução do coeficiente de incidência e mortalidade, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (CGPNCT), iniciou a construção do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil. Esse traça estratégias com o objetivo de acabar com a tuberculose como problema de saúde pública no país até o ano de 2035, bem como definir indicadores para o monitoramento do progresso das ações empregadas (BRASIL, 2017b).

4.2 A TRAJETÓRIA DO CONTROLE DA TUBERCULOSE NO BRASIL

Em 1996, a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (CNPS) lançou o Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, cujo principal objetivo era aumentar a cobertura do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), com ênfase ao diagnóstico e tratamento da doença nos municípios prioritários. A princípio foram considerados prioritários 230 municípios, tendo em vista a alta carga da doença. Nestes, concentravam-se 75% dos casos de TB estimados para o Brasil. Os critérios para escolha foram baseados na população e dados epidemiológicos e na operacionalização do PCT (RUFFINO-NETTO; VILLA, 2000; SANTOS, 2007).

Em 1998, a CNPS lançou o Plano Nacional de Tuberculose, com a finalidade de ampliar as ações em todo o território nacional, adotando como metas diagnosticar pelo menos 92% dos casos esperados e tratar com sucesso pelo menos 85% dos casos diagnosticados, até 2001 (RUFFINO-NETTO; VILLA, 2000).

Em 1999, o Ministério da Saúde (MS) formalizou a recomendação mundial da implantação da estratégia do Tratamento Supervisionado (*Directly Observed Treatment Strategy* – DOTS) denominado no Brasil como TS-DOTS. Contudo, naquele momento, o Brasil enfrentava importantes mudanças estruturais no setor de saúde, o que significou um grande obstáculo para sua implantação (RUFFINO-NETTO; VILLA, 2000).

Em janeiro de 2000, a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária foi integrada no Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), sendo então necessárias novas estratégias de controle da tuberculose em consonância com as atividades já desenvolvidas pelo DAB.

Buscaram-se, dessa forma, avanços qualitativos e quantitativos no Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) (RUFFINO-NETTO; VILLA, 2000).

A partir de então, o PNCT vem sendo desdobrado em atividades com as esferas federal, estadual e municipal e está integrado à rede de serviços de saúde brasileira (BRASIL, 2011b). Dessa maneira o PCNT atribui competências às três esferas governamentais, que se dividem de acordo com a complexidade exigida em formas de organização administrativa, política e/ou geográfica de modo a garantir à população um cuidado em saúde universal, integral e equânime a cada esfera do poder público (BRASIL, 2011b; SANTOS, 2007).

A União tem atribuições normativas, de provimento de recursos financeiros; assessoria técnica e capacitação de recursos humanos para estados; avaliação, monitoramento e difusão de informação do país; desenvolvimento tecnológico e política de aquisição, distribuição e controle de medicamentos e imunobiológicos. Os estados da Federação desempenham o papel de assessoria técnica e capacitação de recursos humanos para municípios; realizam avaliação e monitoramento das ações e a difusão de informação do estado. E os municípios planejam e executam as ações de vigilância, prevenção e controle da TB em seus territórios (BRASIL, 2011b; SANTOS, 2007).

O Sistema Único de Saúde (SUS), em seus preceitos, rege que a organização dos serviços deve ser ordenada por princípios e diretrizes específicos, de modo que as ações e serviços se articulem, buscando prevenção e cura do indivíduo e comunidade em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2017a).

Por isso, as atividades do PNCT estão presentes em todos os níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária), sendo essencial a busca ativa dos sintomáticos respiratórios, assim como a referência e contrarreferência dos casos para o serviço especializado. No contexto da descentralização dos serviços de saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) é admitida como eixo orientador dos serviços de saúde do SUS, em busca de ampliação do acesso à saúde por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como proposta de reorganização do modelo de atenção (MENDES, 2001; VIACAVA *et al.*, 2012).

Na operacionalização das ações de controle da TB, preconiza-se a descentralização desse serviço para a Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que a mesma possui maior proximidade e vínculo com usuário, família e

comunidade, de maneira que os demais níveis sejam utilizados quando a estrutura e a complexidade da atenção primária sejam insuficientes. Além disso, trata-se de um modelo assistencial centralizado em uma prática de saúde participativa, coletiva e ao mesmo tempo integral, permanentemente vinculada à realidade da comunidade, assistida por uma equipe multiprofissional, cujos objetivos de trabalho transcendem e ultrapassam as fronteiras das Unidades de Saúde (RUFFINONETTO; VILLA, 2000; SÁ *et al.*, 2012).

Mas, na realidade, a TB recebeu destaque na agenda nacional e de fato é considerada prioridade pelo governo desde 2001. A doença esteve na lista das principais normatizações e pactuações nacionais: NOAS 01/2001, Pacto pela Saúde; Programa Mais Saúde; Programação das Ações de Vigilância em Saúde; Pacto da Atenção Básica e, mais recentemente, na Agenda Estratégica da Secretaria de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2012b; CLEMENTINO *et al.*, 2016).

Em 2006, quando a OMS lançou a estratégia STOP TB, o Brasil como resposta apresentou Plano Estratégico para o controle da tuberculose no Brasil no período de 2007-2015, lançado pelo Ministério da Saúde, período no qual também houve o lançamento do Pacto pela Vida. Este formalizou como umas das prioridades pactuadas o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, incluindo a TB.

Em sequência, no ano de 2007, deu-se início ao Projeto Fundo Global da Tuberculose no Brasil. Houve a criação dos Comitês Metropolitanos de tuberculose em 11 estados para o acompanhamento das ações do projeto no Brasil (BRASIL, 2017b).

O ano de 2014 foi o momento memorável para toda a comunidade científica do campo da TB, pois representou a soma e intensificação dos esforços mundiais para o controle da doença com a aprovação na Assembleia Mundial de Saúde da Estratégia pelo Fim da Tuberculose, da qual o Brasil foi o principal proponente. Nesse ano também, marcando época, o Brasil enfim realizou a implantação da Rede de Teste Rápido Molecular para o diagnóstico da tuberculose. E, por fim, em 2017, à luz do modelo proposto pela OMS, o Brasil lançou o “Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como problema de saúde pública”, servindo então de subsídio para o planejamento das ações que permitam a melhoria dos indicadores da tuberculose nos municípios brasileiros.

O plano contempla os objetivos propostos até o ano de 2035, cuja execução foi dividida em quatro fases. Ao final de cada fase, indicadores do programa serão avaliados e seus resultados servirão de subsídio para o desenvolvimento das fases subsequentes. Em consequência, o monitoramento e a avaliação das ações orientarão a tomada de decisão e qualificarão o processo de gestão (BRASIL, 2017b).

Para maior êxito em suas ações, o PNCT recomenda a utilização de rotinas de monitoramento e avaliação como ferramenta para a priorização de ações em todas as esferas de gestão de forma direta e indireta, propiciando a oportunidade para orientação e motivação dos profissionais, visando ao aperfeiçoamento de habilidades e de aprendizagem (BRASIL, 2017b).

4.3 DESAFIOS DA DESCENTRALIZAÇÃO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

Diante do histórico que revela uma trajetória de esforço e trabalho para o controle da TB no Brasil, é preciso reconhecer que houve avanços importantes, especialmente no direcionamento da incorporação das ações de TB nos serviços que compõem os sistemas municipais de saúde tanto da rede básica como nos serviços especializados. Destarte, os municípios são condicionados a serem responsáveis pela organização da rede municipal de atenção à pessoa doente de TB e seus comunicantes (RUFFINO-NETTO, 2002; VILLA *et al.*, 2008).

Mas a realidade é que sempre houve dificuldades no processo de descentralização do PNCT para os municípios brasileiros, mesmo reconhecendo a importância de horizontalizar o combate à TB e estendê-lo para todos os serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2011b; SILVA, 2016).

No caso da TB, apesar de o aparato normativo-legal do SUS explicitar a necessidade de municipalização e descentralização de ações para a APS, esse processo ocorreu de maneira disforme entre os municípios brasileiros. Em muitos lugares, a assistência aos pacientes continuava, e ainda continua ocorrendo em ambulatórios especializados, sem expansão para a APS, mesmo sendo uma das prioridades para que o PNCT atinja a meta de curar 85% dos doentes, diminuindo

assim a taxa de abandono, evitando o surgimento de bacilos resistentes e possibilitando um efetivo controle da tuberculose no país (BRASIL, 2011b; SILVA, 2016).

Por isso, é determinante a condição de monitoramento e a comunicação efetiva entre a gestão municipal e os profissionais da rede de atenção à saúde para que as ações sejam realizadas em harmonia com a política proposta pela OMS e assumida pela gestão nacional de saúde do país. O fato é que essa comunicação pode acontecer por meio de diferentes estratégias, que tenham intenção final de sensibilizar aqueles que estão na linha de frente do cuidado à pessoa com TB (BRASIL, 2011b; MONROE *et al.*, 2008).

Com a introdução do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), desde 2013, o Ministério da Saúde visa estimular o fortalecimento das ações ofertadas na APS. Esta é a atual estratégia de avaliação dos serviços de atenção básica utilizada pelo MS, que tem como objetivos ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários; fornecer padrões de boas práticas e organização das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) que norteiem a melhoria da qualidade da AB; promover maior conformidade das UBSs com os princípios da AB; promover a qualidade e inovação na gestão da AB; melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação; institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e no acompanhamento de processos e resultados; estimular o foco da AB no usuário (BRASIL, 2012a; CLEMENTINO *et al.*, 2016).

A TB está contemplada no PMAQ-AB, na área de Vigilância e monitorada pelo indicador Média de atendimentos de tuberculose. Este indicador afere o número médio de atendimentos por pessoas com tuberculose, avaliando a suficiência da oferta desses procedimentos frente à demanda potencial, supondo que esses atendimentos fossem igualmente distribuídos para cada uma das pessoas com tuberculose cadastradas na área da equipe. Contudo, não permite a avaliação da cobertura ou acesso real das pessoas com tuberculose, mas apenas da adequação do volume de atendimentos às necessidades potenciais da população cadastrada pela equipe. Esse indicador contribui para a análise das condições de saúde da população e para a avaliação das ações das equipes para o controle da tuberculose. Também pode subsidiar processos de planejamento,

gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência das principais doenças transmissíveis (BRASIL, 2012b).

Estudos recentes já demonstram que a avaliação externa do PMAQ-AB já permitiu uma análise sistemática da realidade da Atenção Básica brasileira, sendo capaz de fornecer as fragilidades da PNCT no seu próprio fazer entre as equipes de saúde da família e a oportunidade de repensar a efetivação da descentralização da atenção ao usuário com TB no primeiro nível de atenção à saúde (CLEMENTINO *et al.*, 2016).

Dessa forma, as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde podem estabelecer como rotina o monitoramento dos indicadores relacionados à TB, por meio de atividades coordenadas pelos Programas de Controle da Tuberculose em parceria com os diversos atores. Busca-se assim a definição e implementação de estratégias para o fim da TB como problema de saúde pública no país (BRASIL, 2017c).

Em Juiz de Fora, um dos instrumentos utilizados para estabelecer este canal de comunicação foi o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (Pdaps), que se constitui na principal diretriz para a estruturação da ESF no âmbito da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, cujo desenvolvimento objetiva a melhoria dos processos da APS. O Pdaps buscou normatizar a APS à luz da gestão do cuidado e qualificar os profissionais de todas as UBSs do município, reorganizando o sistema e tornando a saúde mais acessível e equitativa aos seus cidadãos. No caso da TB, o instrumento sugere a elaboração de um diagnóstico local e somente a partir disso a organização das ações e serviços na APS, utilizando da Planilha de Programação Local, planejando ações que promovam o controle da doença e, ainda, respeitando as particulares de serviço e individualidade do usuário e condição de saúde associada (HORTA *et al.*, 2014).

Com o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose, o Brasil ratifica seu compromisso com o desafio global de acabar com a TB como problema de saúde pública e oferece aos programas federal, estaduais e municipais diretrizes e recomendações para definição de suas estratégias locais. Embora nos últimos dez anos, o número de casos tenha reduzido a uma média de 2% ao ano, para que se atinja a meta proposta pela OMS, é necessária a redução do indicador de incidência em 10% ao ano, durante os próximos 20 anos, fazendo-se urgente a apresentação de novas estratégias. De modo emergencial, é preciso efetivar avanços no

diagnóstico e tratamento da TB e também fortalecer a rede de Atenção Básica (BRASIL, 2017b; MACIEL, 2016).

4.4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O conceito de APS, segundo Starfield (1998), embasado na Declaração de Alma-Ata de 1978 e na reformulação do conceito até então, é definido como: oferta de ações de atenção à saúde, integradas e acessíveis segundo as necessidades locais, desenvolvidas por equipes multiprofissionais responsáveis por abordar uma ampla maioria das necessidades individuais e coletivas em saúde, desenvolvendo uma parceria sustentada com as pessoas e comunidades.

Este estudo corrobora a definição de APS como sendo primeiro nível de atenção dentro de um sistema de serviço de saúde, habitualmente representada pelos serviços ambulatoriais direcionados a responder às necessidades de saúde mais comuns de uma população, considerando ainda suas condições de vida e trabalho (STARFIELD, 2002).

A opção pelo combate às iniquidades, no Brasil, garantiu à APS a condição de reordenadora do sistema de atenção à saúde. Contudo, no país, foi adotada a designação Atenção Básica, para contrapor-se à perspectiva assumida por muitos países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, que entendem a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicadas a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

A partir dessa caracterização, espera-se que a APS seja o primeiro contato e a referência de cuidado preferencial das pessoas e famílias com o sistema de saúde ao longo de suas vidas, não havendo restrição de qualquer tipo ao acesso às ações e serviços de saúde, independentemente de gênero, condições socioculturais e problemas de saúde; com abrangência e integralidade das ações individuais e coletivas; além de continuidade (longitudinalidade) e coordenação do cuidado individual e coletivo, ao longo do tempo, mesmo quando houver necessidade de se referenciar as pessoas para outros pontos de atenção do

sistema de saúde. Deve ser idealmente praticada e orientada para os contextos familiar e comunitário, entendidos em sua estrutura e conjuntura socioeconômica e cultural (STARFIELD, 1998; 2002).

Fundamentados nesse pressuposto, será apresentada a seguir cada uma das dimensões organizacionais, definidas por Starfield (2002) como princípios estruturais da APS ou atributos essenciais:

- *Acesso* (porta de entrada): configura-se na busca pelo primeiro atendimento, como fonte de cuidado, a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas, seja para ações de prevenção à saúde, seja para busca do cuidado aos primeiros sinais e sintomas da doença;
- *Longitudinalidade*: construção de uma base continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde, definindo assim o vínculo entre o profissional do serviço de saúde e usuário dele;
- *Integralidade*: elenco de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS, como encaminhamentos para especialidades médicas, hospitais, etc.;
- *Coordenação da atenção*: pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.

A autora ainda define outras três características, chamadas atributos derivados, que qualificam as ações dos serviços de APS (STARFIELD, 2002):

- *Atenção à saúde centrada na família* (orientação familiar): na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e também de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar;
- *Orientação comunitária*: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços;
- *Competência cultural*: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com ela, habilidades fomentadas inclusive pela formação profissional, que capacita os profissionais a desempenhar suas funções de acordo com as dimensões mencionadas anteriormente.

Destaca-se que este referencial também foi utilizado em outros estudos de intervenções para o controle da TB, como foi apresentado no compilado intitulado “*Tuberculose: pesquisas operacionais*” (VILLA; RUFFINO-NETTO, 2009), que apresenta mais de uma dezena de estudos com mesmo referencial.

Assim sendo, considerando a posição estratégica da APS para desenvolvimento de ações primordiais de controle da TB, faz-se notório que o funcionamento do PNCT e toda a rede instituída no controle da TB estão condicionados a constante avaliação do desempenho destes atributos.

4.5 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Avaliação é “um processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância, efetividade e impacto das atividades, tendo em

vista seus objetivos” (DONABEDIAN, 1984). A prática da avaliação sempre foi utilizada pelo ser humano de modo informal na rotina da sua vida através de percepções altamente subjetivas, baseadas em evidências coletadas formalmente no instinto, na experiência, na generalização ou na falta de procedimentos sistemáticos (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 1997).

Para Contandriopoulos *et al.* (1997), a avaliação consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, com o objetivo de auxiliar a tomada de decisão. Esse julgamento poderá ser resultado da aplicação de critérios e normas, o que o caracterizaria como uma avaliação normativa, construída a partir de um procedimento científico, caracterizando assim a pesquisa avaliativa. Em 2006, o autor ampliou o seu conceito de avaliação, definindo-a como:

[...] uma atividade que consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou, ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Por um lado, esta definição permite considerar a avaliação como intervenção formal, mobilizando recursos e atores em torno de uma finalidade explícita, em outras palavras, como um sistema organizado de ação. Por outro lado, permite visualizar as ligações e diferenças entre três áreas distintas: pesquisa, avaliação e tomada de decisão (CONTANDRIOPOULOS, 2006, p. 706).

Para um questionamento no modelo lógico da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, é necessário colocar a aquisição de novos conhecimentos e a melhoria de desempenho do SUS como suas principais finalidades. Antes de institucionalizar a avaliação, é preciso questionar a capacidade da avaliação de produzir as informações e julgamentos necessários para ajudar instâncias decisórias e melhorar o desempenho do SUS (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

No Brasil, até o final de 1980, a avaliação em saúde estava submetida às áreas de política e planejamento, concentradas apenas no campo de Saúde Coletiva. Os estudos avaliativos começam a ser impulsionados pela criação do SUS. Este marco iniciou reflexões em torno dos serviços, principalmente por

instituições governamentais e universidades, abarcando iniciativas entre o campo burocrático e científico, que serviram de base para sua expansão no país (AKERMAN; FURTADO, 2015).

No campo científico, “Avedis Donabedian (1919-2000) e Zulmira Maria de Araújo Hartz contribuíram significativamente com o campo da avaliação no país” (AKERMAN; FURTADO, 2015, p. 44). Donabedian instituiu o enfoque tradicionalmente mais utilizado para avaliação em saúde, até os dias atuais. Seu modelo de avaliação permite a mensuração da qualidade a partir dos conceitos organizativos de estrutura-processo-resultados, conhecidos como tríade Donabedian (BERWICK; FOX, 2016). De forma simplificada, pode-se dizer que a estrutura engloba os recursos utilizados para prestar a assistência, físicos, humanos ou materiais. Já o processo se caracteriza pelas ações desenvolvidas pelos profissionais em prol dos usuários, como, por exemplo, diagnósticos, tratamentos e relações interpessoais. E o resultado corresponde ao produto da atenção à saúde (DONABEDIAN, 2005; SILVA; FORMIGLI, 1994).

A pesquisa avaliativa tem o objetivo de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, por meio da utilização de métodos científicos, mensurando a relação entre um problema de saúde, a coerência entre os objetivos e a adequação entre os recursos investidos e os efeitos de uma intervenção. Baseado nessa conceituação, considera-se que este tipo de pesquisa é muito útil no embasamento da tomada de decisão (HARTZ, 1997). Por isso a avaliação pressupõe um julgamento de valor de intervenções ou de suas partes com intuito de subsidiar a tomada de decisão, utilizando-se de informações válidas e legítimas (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

No campo da gestão pública, a avaliação ganhou notoriedade devido à necessidade de potencializar o uso dos recursos aplicados nos programas sociais (SCALCO; LACERDA; CALVO, 2010), respaldando o mecanismo de responsabilização da gestão perante os gastos públicos (FREITAS, ALAN; FREITAS, ALAIR; FERREIRA, 2016) e ainda possibilitando intervenções de saúde ancoradas em informações confiáveis, trazendo então para destaque a relevância da pesquisa avaliativa. E, para efetivação desse processo, “os profissionais de saúde precisam estar prontos para avaliar e usar os resultados da avaliação no seu

cotidiano de trabalho; os usuários precisam ser capazes de compreender como a avaliação resulta a seu favor” (OLIVEIRA; REIS, 2016, p. 14) e a gestão deve reconhecê-la como instrumento de trabalho.

O instrumento mais utilizado para pesquisas avaliativas na APS no Brasil é o PCATool. Acredita-se o seja por ser um instrumento aceito e validado em vários países, por ter sido amplamente divulgado (através do manual para sua utilização), validado e referenciado pelo MS. Além disso, é considerado o instrumento que mais se adapta às propostas das eSFs e da Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) (BRASIL, 2010a; FRACOLLI *et al.*, 2014).

5 MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa avaliativa, com abordagem quantitativa, que utilizou o desenho transversal (ou seccional), ancorado pela interpretação teórica proposta por Starfield (2002) que atribui as dimensões da Atenção Primária à Saúde.

O estudo seccional é um estudo epidemiológico observacional descritivo, que se caracteriza pela observação direta de uma população em um único momento do tempo, sem período de seguimento. Ele é adequado para identificar características passíveis de intervenção e gerar hipóteses das causas dos problemas (KLEIN; BLOCH, 2008).

5.2 CENÁRIO DE ESTUDO

Elegeu-se como cenário da pesquisa o município de Juiz de Fora – Minas Gerais, em consequência de algumas características peculiares ao município, que são:

- É um município prioritário para TB, sendo o maior coeficiente de incidência de TB no Estado de MG e o segundo com maior número de casos de TB em 2016 (BRASIL, 2017b);
- É o quarto maior município do estado, com um sistema de saúde robusto, que garante suporte à rede assistencial de saúde aos municípios da macrorregional de Juiz de Fora, sendo polo de referência em saúde (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017b);
- Há necessidade de avaliação do Programa de Controle da Tuberculose no município, o que foi reafirmado pela visita de monitoramento, realizada em junho de 2017, pelo Programa Estadual de Controle da TB (PECT), em conjunto com o Ministério da Saúde

(MS), com o objetivo de analisar e propor ações para aumentar a efetividade dos resultados epidemiológicos referentes ao controle da TB em JF (Anexo A).

5.3 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA-MG

O município de Juiz de Fora é o quarto maior do estado, está situado no sudeste do Estado de Minas Gerais; mesorregião geográfica da Zona da Mata Mineira, a 272 km de distância da capital Belo Horizonte, com área de 1.429,875 km². Este território é subdividido em quatro distritos. Um distrito urbano, que é Juiz de Fora (sede) com 725,975 km² e três distritos rurais. Os distritos rurais são compostos por Torreões com 374,5 km², tendo como núcleo Torreões (sede do distrito), Humaitá, Monte Verde, Toledos e Pirapitinga; Rosário de Minas com 225,6 km², tendo como núcleo Rosário de Minas (distrito sede), Penido e Valadares e por fim, Sarandira com 103,8 km², tendo como núcleo Sarandira (sede) e Caeté.

Juiz de Fora é uma cidade de clima tropical de altitude, com dois períodos distintos, um mais quente e chuvoso e um menos quente e mais seco. A temperatura média é 20.1 °C, que variam 6.2 °C durante o ano. É um importante polo econômico, científico e cultural para região. A economia da cidade é voltada basicamente para o setor de serviços (JUIZ DE FORA, 2016c).

O município é habilitado na Gestão de Prestadores do Sistema Municipal, o que lhe confere autonomia e gerência dos serviços ofertados em todos os níveis de atenção à saúde, assumindo as responsabilidades relativas a seleção, cadastramento, contratação, estabelecimento de contratos, regulação, controle, avaliação e pagamento dos prestadores, utilizando os recursos financeiros de Média e Alta Complexidade (MAC) (MINAS GERAIS, 2015).

O Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais – PDR/MG, 2014-2017 divide o estado em 13 macrorregiões de saúde, com 18 cidades-polo, e 75 microrregiões sanitárias. Juiz de Fora é sede da Macrorregião de Saúde Sudeste de Minas Gerais, composta de 94 municípios. A macro-sudeste engloba oito microrregiões de saúde: Além Paraíba, Carangola, Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas, Leopoldina/Cataguases, Muriaé, Santos Dumont, São João Nepomuceno/Bicas e Ubá. A microrregião Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de

Minas é formada por 25 municípios, com população total de 642.353 habitantes. Juiz de Fora possui uma população de 516.427, segundo o último censo, e uma população estimada de 564.310 habitantes em 2018, distribuídos em sete regiões urbanas, uma região do campo e 12 regiões sanitárias (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018b; MINAS GERAIS, 2014).

Ancorada na proposta do Plano Diretor de Regionalização Estadual, Juiz de Fora se apresenta hoje como um importante polo assistencial de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. A rede de serviços de saúde, a critério da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Juiz de Fora, está constituída e distribuída nas sete regiões administrativas e em 12 regiões sanitárias. O Sistema Municipal de Saúde é composto por serviços públicos, filantrópicos e privados, sendo 136 estabelecimentos de Saúde do SUS, conforme Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) (Figura 4).

Figura 4 – Estabelecimentos do sistema municipal de saúde de Juiz de Fora, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde



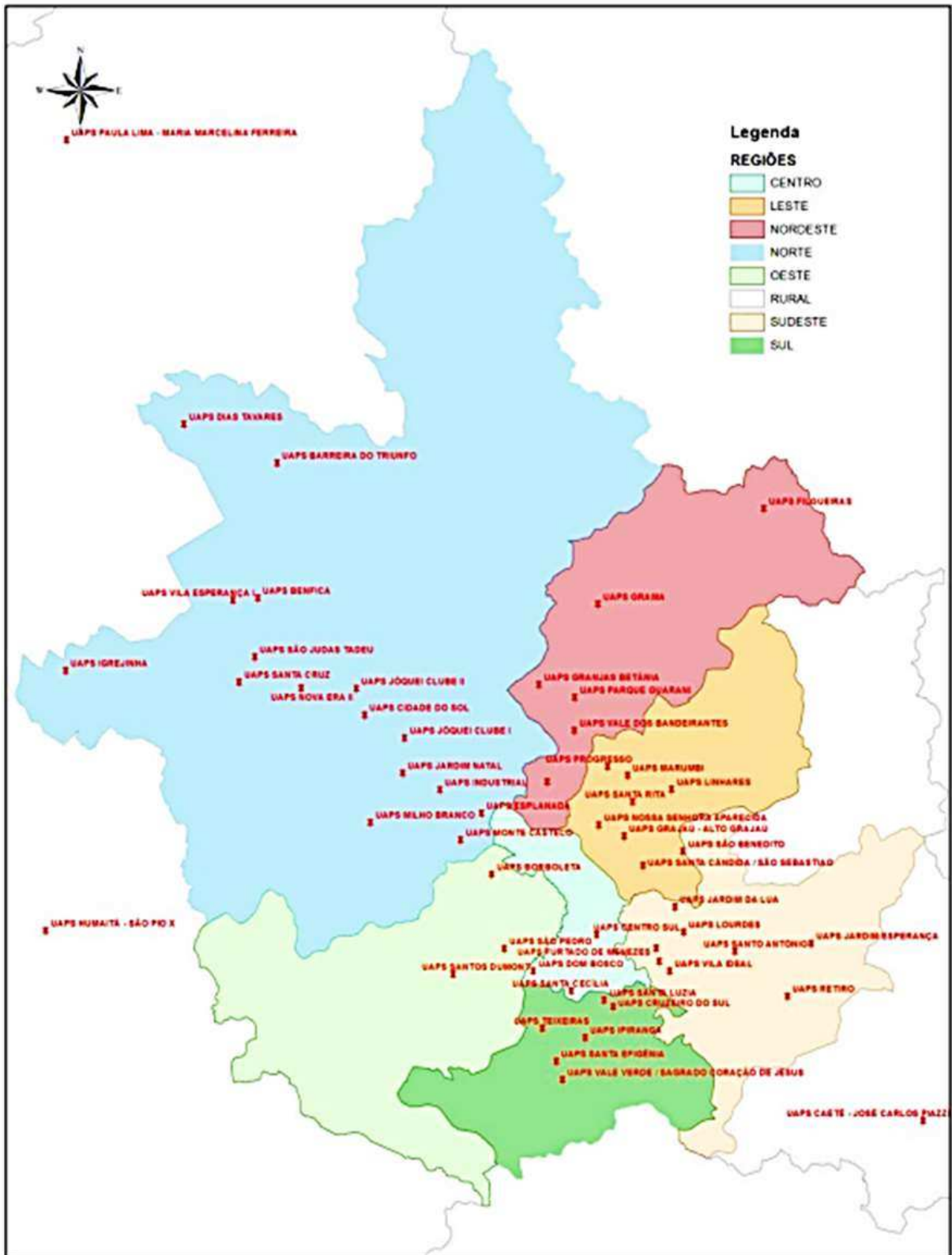
EQUIPAMENTOS					
Identificação do ente municipal					
Município	Juiz de Fora				
Número de estabelecimentos por natureza jurídica segundo tipo de estabelecimento					
Tipo de Estabelecimento	Administração Pública	Entidades Empresariais	Entidades sem fins lucrativos	Pessoa Física	Total
Central de Gestão em Saúde	2	-	-	-	2
Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos Estadual	-	-	-	-	0
Central de Regulação de Serviços de Saúde	-	-	-	-	0
Central de Regulação do Acesso	2	-	-	-	2
Central de Regulação Médica das Urgências	1	-	-	-	1
Centro de Apoio à Saúde da Família	-	-	-	-	0
Centro de Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica	1	-	-	-	1
Centro de Atenção Psicossocial	4	-	-	-	4
Centro de Saúde/Unidade Básica	52	-	-	-	52
Clínica/Centro de Especialidade	16	159	6	-	181
Consultório Isolado	2	159	1	598	760
Cooperativa ou Empresa de Cessão de Trabalhadores na Saúde	-	3	-	-	3
Farmácia	1	-	-	-	1
Hospital Especializado	1	3	-	-	4
Hospital Geral	4	4	5	-	13
Hospital/Dia - Isolado	-	4	1	-	5
Laboratório de Saúde Pública	2	-	-	-	2
Oficina Ortopédica	-	-	-	-	0
Policlínica	11	89	11	-	111
Pólo Academia da Saúde	-	-	-	-	0
Pólo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde	-	-	-	-	0
Posto de Saúde	15	-	-	-	15
Pronto Atendimento	4	-	-	-	4
Pronto Socorro Especializado	-	-	-	-	0
Pronto Socorro Geral	-	-	-	-	0
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	-	3	-	-	3
Telessaúde	-	-	-	-	0
Unidade de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT Isolado)	1	131	4	-	136
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	-	-	-	-	0
Unidade de Atenção em Regime Residencial	-	-	3	-	3
Unidade de Vigilância em Saúde	2	-	-	-	2
Unidade Mista	-	2	-	-	2
Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na área de urgência	8	3	-	-	11
Unidade Móvel Terrestre	7	-	-	-	7
TOTAL	136	560	31	598	1325

Fonte: Adaptado de MINAS GERAIS, 2017³

A rede de serviços de atenção básica em Juiz de Fora está constituída por 63 UBSs, distribuídas nas oito regiões administrativas (sete urbanas e uma rural) e em 12 regiões sanitárias. Deste total, 42 UBSs são Equipes de Saúde da Família (eSFs), totalizando 94 eSFs, e 21 UBSs tradicionais, com equipes de

atenção básica (eABs). Destas, são 42 UBSs com eSFs, 38 estão em região urbana e quatro, na área rural, sendo uma destas unidade volante com uma eSF. Nesta conformidade, o município de Juiz de Fora tem uma cobertura da APS de 324.300 pessoas, totalizando 57,95% da população total do município, distribuídos conforme a Figura 5 (HORTA *et al.*, 2014).

Figura 5 – Distribuição das UBSs por regiões administrativas, Juiz de Fora, 2019



Fonte: HORTA *et al.*, 2014, p. 51

A rede de APS do município conta ainda com uma equipe de Consultório na Rua (CR), estando esta equipe cadastrada com o Cnes da UBS que lhe é de referência (UBS Vila Ideal). Os CRs são formados por equipes multiprofissionais, composta por enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social, agente de ação social, que realizam suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às UBSs. Elas lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da População em Situação de Rua (PSR), desenvolvendo ações compartilhadas e integradas também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário (BRASIL, 2010a). Assim, o CR é a porta de entrada da PSR nos serviços de saúde e uma estratégia de aproximação que desenvolve cuidados específicos, em especial àqueles acometidos por tuberculose.

No ambulatório de referência (Tisiologia), o atendimento é realizado por uma equipe composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e uma assistente social. O atendimento neste serviço acontece de segunda a sexta, das 9h30 às 12h, sendo atendidos os casos referenciados pelos serviços primários e terciários, mas acolhendo também a demanda espontânea que surge.

O município conta hoje com dois hospitais de referência para o tratamento da TB: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais -Hospital Regional João Penido (Fhemig) e o Hospital Universitário da UFJF, sendo o primeiro a referência que recebe o maior número de casos.

5.3.1 A organização da atenção à tuberculose em Juiz de Fora- MG

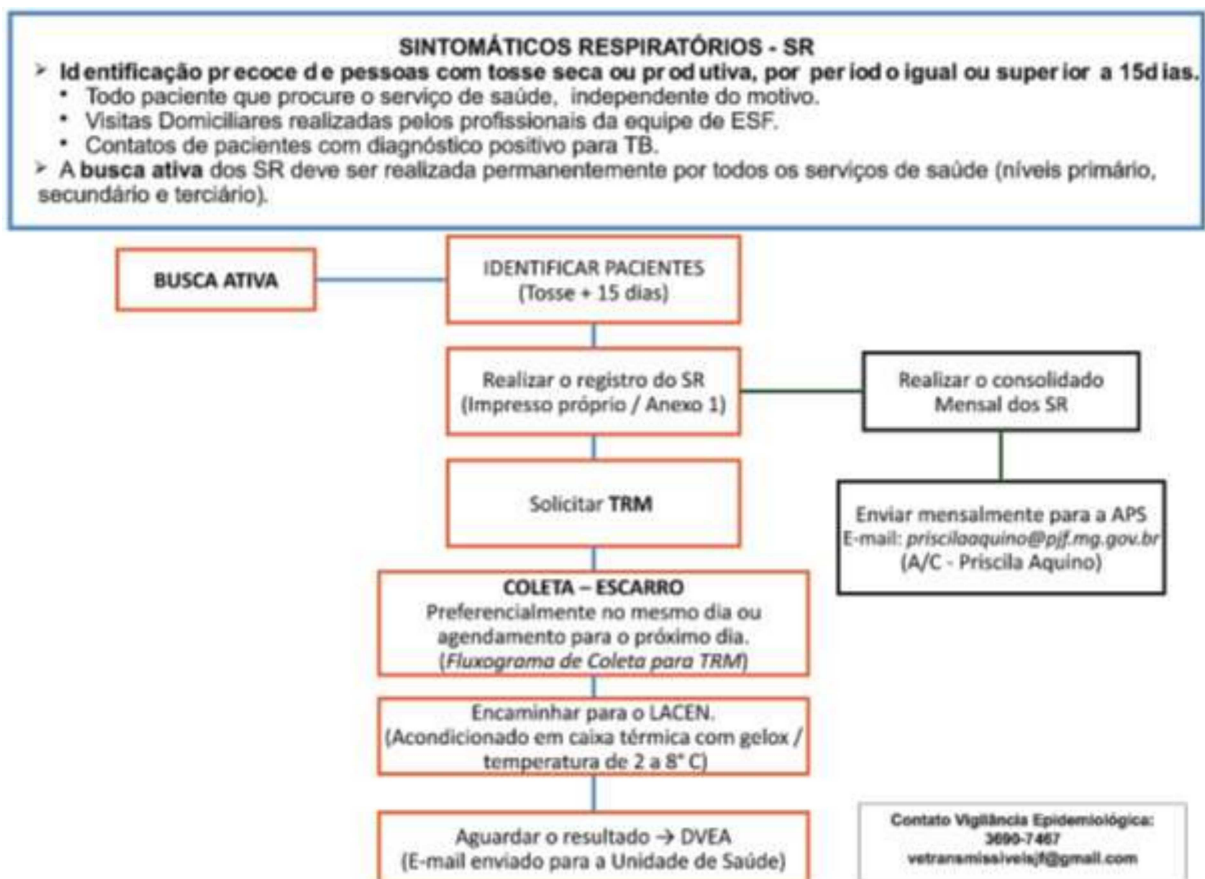
Como já dito, a partir de 2001, a tuberculose passou a ser uma doença sob responsabilidade de todos os municípios, de acordo com a Norma Assistencial de Saúde (BRASIL, 2001), reconhecendo as ações do Programa de Controle da Tuberculose/PCT como competência da atenção básica à saúde. Essas ações podem ser desenvolvidas tanto nas unidades básicas de saúde quanto nos ambulatórios de referência.

Dessa forma, pode-se considerar que o município de Juiz de Fora demorou a efetivar as ações do PCT em seu cenário. Embora não se encontrassem registros sobre isso, em levantamento com funcionários da Vigilância Epidemiológica, tomou-se conhecimento de que a descentralização do tratamento de TB iniciou-se em JF no ano de 2004, com o treinamento das equipes da APS do município, tendo sido operacionalizada de fato em janeiro de 2005. Até essa data, todos os casos eram tratados nas unidades de referência secundária ou, se necessário, em ambiente hospitalar. Contudo, o município acompanhou a tendência nacional, evidenciando seus obstáculos e até resistência à descentralização das ações de TB para os níveis de atenção, conforme descrito.

Atualmente, a Coordenação do PCT é subordinada à Coordenação do Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (Dvea), que é subordinado à Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SSVS) e esta última à Secretaria de Saúde (Figura 6) (JUIZ DE FORA, 2016c).

O Dvea elaborou um fluxograma (Figura 7) de atendimento para que as ações de controle da TB sejam desenvolvidas nas 115 equipes de saúde que prestam atendimento na APS e também no ambulatório de referência (Tisiologia), definindo, dessa forma, o fluxo de busca de sintomáticos respiratórios (SR), (investigação de TB em casos novos e retratamentos), de coleta e encaminhamento de amostras de Teste Rápido Molecular (TRM) e *check list* de consulta de acompanhamento de casos de TB (Anexos B, C, D, E, F, G e H)⁵.

Figura 7 – Fluxograma de atendimento para desenvolvimento das ações de controle da Tuberculose



Fonte: Arquivo pessoal da autora⁴

⁵ O fluxograma da Figura 7, bem como os documentos constantes nos anexos mencionados, foi disponibilizado à autora pessoalmente pelo Dvea.

5.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população do estudo foram todos os profissionais de saúde que atuam diretamente nas ações de controle da TB em serviços da APS: médicos (clínico geral, generalista, médico de família), enfermeiros, técnico/auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e agentes de ação social (consultório na rua), atuantes na APS do município no período de agosto a junho de 2018.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão e exclusão dos participantes deste estudo:

5.4.1 Critérios de inclusão

- Profissional de saúde da APS do município de Juiz de Fora;
- Profissional de saúde da equipe consultório na rua.

5.4.2 Critérios de exclusão

- Profissional de saúde da APS que estava desempenhando função exclusiva de gestão/administração; sem atuação na assistência direta à população;
- Profissional de saúde da APS das seguintes categorias profissionais: farmacêutico, cirurgião-dentista, técnico de saúde bucal, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo, recepcionista em geral, assistente administrativo, educador físico, médico ginecologista, pediatra e homeopata;
- Profissional de saúde listado do Cnes, mas que já tenha rompido vínculo empregatício;

- Profissional de saúde da APS que estava afastado do serviço por motivo de saúde, licença-maternidade, treinamento profissional, férias.

Conforme o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Scnes), a APS do município conta atualmente com 1.065 profissionais. No entanto, deste total, 914 representam de fato as categorias profissionais definidas para compor a população deste estudo: médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e agentes de ação social (Tabela 1 e Figura 8).

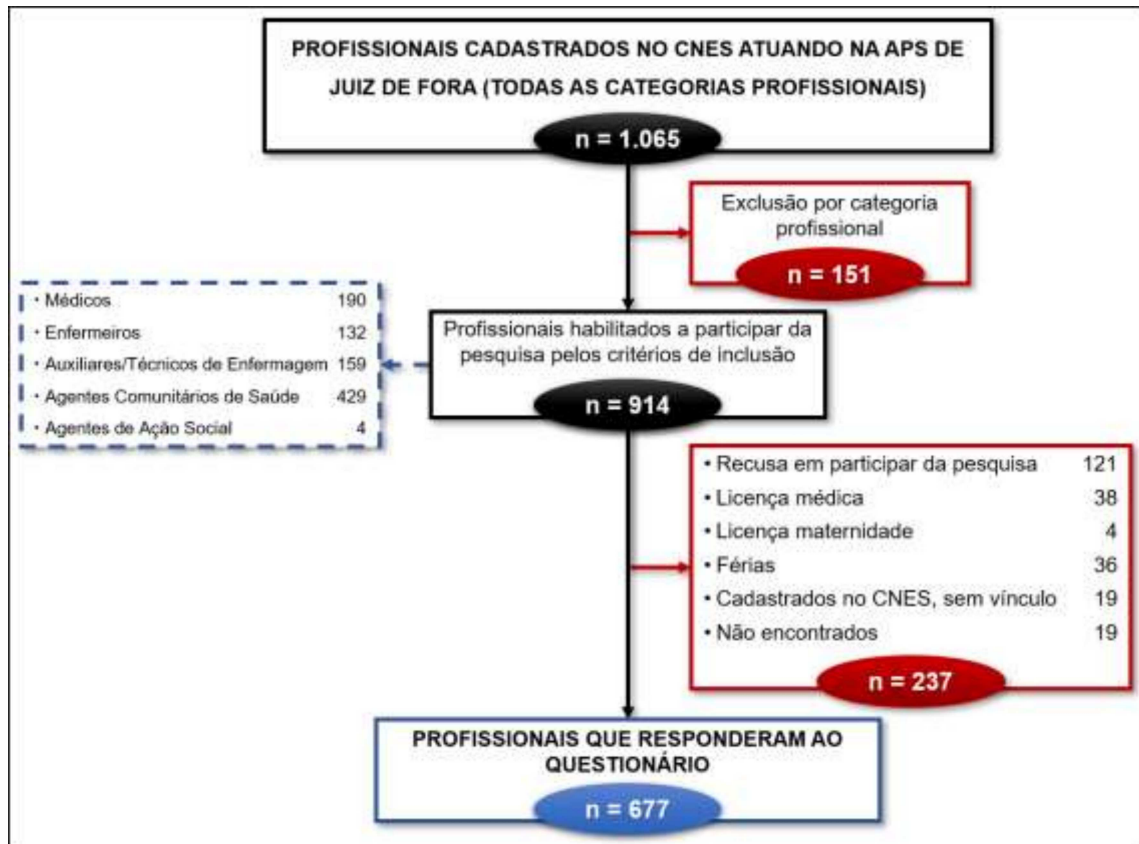
Tabela 1 – Amostra da pesquisa estratificada por categoria profissional

	Nº de profissionais na APS	Participantes do estudo	Perdas - Participantes do estudo
Médicos	190	89	101
Enfermeiros	132	123	09
Técnicos e Auxiliares de enfermagem	159	103	56
Agentes Comunitários de saúde	429	358	71
Agentes Sociais	04	04	00
Total	914	677	237

Legenda: APS – Atenção Primária à Saúde

Fonte: A autora, 2019

Figura 8 – Fluxograma da população do estudo



Fonte: A autora, 2019

5.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis de desfecho (ou dependentes) do estudo foram os escores geral, essencial e derivado dos atributos da APS para ações de controle da TB. E as variáveis de exposição (ou independentes) foram compostas pela localização da unidade (urbana ou rural), tipo de equipe (eSF ou eAB), ocupação profissional e tempo de atuação profissional (analisada segundo sua mediana de 14,9).

5.6 A COLETA DE DADOS

Com intuito de viabilizar e otimizar a coleta de dados, a pesquisadora realizou, no início de julho de 2017, uma reunião com o subsecretário de Atenção Primária à Saúde, com a gerente de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde e com a chefia do Departamento de Vigilância Epidemiológica Municipal, objetivando apresentar o projeto e solicitar a colaboração dos atores na coleta de dados.

A reunião aconteceu em momento oportuno, pois, no mês anterior (junho/2017), o município recebeu uma visita de monitoramento e avaliação do PCT, com representantes do PNCT do Ministério da Saúde (MS) e do programa Estadual de Controle da Tuberculose (PECT), com objetivo de avaliar e propor ações para aumentar a efetividade dos resultados epidemiológicos referentes ao controle da TB neste cenário. Foi então emitido relatório dessa atividade, o qual elencou os principais problemas observados nas ações e serviços para o controle da TB em JF, recomendações de atividades para início imediato e recomendações pactuadas no plenário de encerramento, com agendamento de retorno para novembro do mesmo ano, para discutir e avaliar as ações executadas e propor ações para 2018 (Anexo A).

Considerando que a intensificação de pesquisas e inovação constitui um dos três pilares do Programa Nacional pelo Fim da TB como problema de saúde pública, a gestão municipal recebeu prontamente esta iniciativa de pesquisa, oferecendo apoio e suporte para execução dela.

Após esse momento com a gestão, a pesquisadora participou da reunião mensal de supervisores das UBSs, oportunidade na qual, juntamente com a gestão, apresentou o projeto de pesquisa aos profissionais do serviço e proposta de calendário para coleta de dados.

A cada início de semana dos trabalhos de coleta de dados, as UBSs eram lembradas via *e-mail* da visita e, no dia da atividade em campo, era realizado um contato telefônico previamente para reafirmar o agendamento de visita da equipe do projeto à UBS para aplicação dos questionários.

A coleta de dados foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde de localização urbana e rural e com a equipe de consultório da rua. Os dados foram

coletados, no período de agosto de 2017 a junho de 2018. Para essa etapa, a pesquisadora treinou previamente sete alunos (quatro da graduação e três da pós-graduação), para contribuir com a aplicação do questionário com supervisão dela. Cinco enfermeiras da rede municipal se dispuseram a aplicar o questionário em suas unidades de saúde, sendo submetidas também ao treinamento prévio.

A coleta foi realizada de segunda a sexta-feira, preferencialmente no turno da tarde. Semanalmente o grupo de pesquisadores se reunia para recolhimento da produção da semana, discussão de dúvidas e sugestões no processo de coleta de dados. Todos os questionários respondidos foram conferidos pela pesquisadora e, em caso de respostas em branco ou registros que permitissem equívocos de interpretação, na semana seguinte, era agendado retorno ao serviço para nova abordagem ao profissional.

Esta proximidade com a gestão municipal, realçando a parceria ensino-serviço, foi fundamental para viabilidade do projeto, pois garantiu algumas facilidades no momento de coleta de dados: envolvimento dos atores-chave (gestores) e sujeitos da pesquisa com o projeto, viabilização de espaços nos serviços para esta atividade e sensibilização dos profissionais da rede com a questão da TB. Contudo, houve ainda dificuldades nesse processo, como a difícil localização geográfica e de risco social de algumas UBSs e descomprometimento de alguns profissionais com as entrevistas agendadas.

Para coleta dos dados quantitativos, foi utilizado um instrumento componente do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), formulado e validado para avaliar os aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, desenvolvido na Universidade de Johns Hopkins (STARFIELD, 2002). Este instrumento foi adaptado e validado para o Brasil por Macinko, Almeida e Oliveira (2003) em Petrópolis/RJ. Também foi adaptado para avaliar a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino-Netto (2009). Foram elaboradas três versões do instrumento: uma para ser aplicada ao doente de TB residente no município do estudo, maior de 18 anos, sendo excluídos os doentes do sistema prisional; outra, para os profissionais de saúde que atuam diretamente nas ações de controle da TB em serviços de AB (Unidades Básicas de Saúde - UBSs e Programas de Saúde da Família - PSFs) e Unidades de Referência (com equipes especializadas do Programa de Controle da Tuberculose - PCT); e outra para os gestores da Secretaria Municipal de Saúde

(SMS) (Anexo I). No caso desta pesquisa, foi utilizada então a versão aplicável aos profissionais de saúde.

O questionário contém questões específicas para avaliação do desempenho dos serviços de saúde na atenção ao doente de TB e inclui questões referentes às dimensões da Atenção Básica (AB). Cada uma dessas dimensões está relacionada a um conjunto de ações na prática clínica, de saúde pública ou de implementação de políticas de controle da TB em nível municipal. Cada pergunta contém cinco possibilidades de resposta tipo Likert (nunca, quase nunca, algumas vezes, quase sempre, sempre) e sua aferição se dá por meio de escala, na qual 1 (um) corresponde ao pior desempenho e 5 (cinco) ao melhor.

Para cada profissional entrevistado, explicaram-se as diferentes opções de resposta, apresentando-se a cada pergunta um cartão com as possibilidades de respostas. Para captar todas as possibilidades de resposta, foi oferecida também uma nova categoria de possibilidade de resposta, que corresponde ao “*Não sei/ Não me lembro*”.

Todos os sujeitos participaram do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). A coleta dos dados com os profissionais de saúde da APS – médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e agentes sociais – foi realizada no ambiente de trabalho, marcada em horário de acordo com a disponibilidade do profissional e preferência da gerência do serviço, em um local reservado para não ocorrerem interrupções e garantir a privacidade do informante. O tempo de aplicação do questionário variou entre 30 e 60 minutos.

5.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 15*. O *software SPSS* também foi utilizado para as análises estatísticas.

Para o cálculo dos escores, seguiram-se os passos da metodologia proposta no manual do PCATool-Brasil (BRASIL, 2010b). Como o instrumento foi fundamentado nos componentes do *Primary Care Assessment Tool* infantil e adulto

adaptados e validados para o contexto brasileiro (BRASIL, 2010b; VILLA; RUFFINO-NETTO, 2009), este instrumento também produziu escores de cada atributo da APS e um escore geral sobre a *qualidade* de atenção da tuberculose na APS.

No instrumento, as respostas possíveis para cada um dos itens são:

- “*Nunca*” (valor = 1);
- “*Quase nunca*” (valor = 2);
- “*Às vezes*” (valor = 3);
- “*Quase sempre*” (valor = 4);
- “*Sempre*” (valor = 5);
- “*Não se aplica*” (valor = 0).

Embora não conste no instrumento, ofereceu-se ao entrevistado a possibilidade de resposta “*não sei/não me lembro*” (valor = 9), conforme orientação original do PCATool-Brasil. Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo ou seu componente.

As questões de 19 a 25 e 31 a 36 foram formuladas de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Sendo assim, esses itens tiveram seus valores invertidos para: (valor 5 = 1), (valor 4 = 2), (valor 3 = 4) e (valor 2 = 5).

Realizou-se a frequência das respostas de cada item do questionário, atentando na ocorrência de *missings*, o que não aconteceu em nenhuma situação. Como não houve *missings*, seguiu-se somente a transformação do valor “9” (não sei/não me lembro) para o valor “2” (quase nunca). Essa transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado (BRASIL, 2010b). Sendo assim, não houve exclusão de nenhum item e nenhum escore foi deixado em branco para qualquer entrevistado, seguindo a recomendação da versão original, que orienta não calcular o escore de determinado componente de um entrevistado se a soma de respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9” (“*não sei/não me lembro*”) atingir 50% ou mais do total de itens de um componente, deixando-o em branco (“*missing*”) no banco de dados. A recomendação original também orienta que, para

o entrevistado cuja soma de respostas em branco (“missing”) com respostas “9” (“não sei/não me lembro”) for inferior a 50% do total de itens de um componente, deve-se transformar o valor “9” para valor “2” (“provavelmente não”), como foi feito no caso do banco de dados deste estudo.

Chama-se atenção para uma peculiaridade no “Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil”, pois as duas primeiras dimensões, “Porta de Entrada” (Item 12 e 13) e “Acesso ao diagnóstico” (Item 14, 15, 16 e 17), apresentam possibilidades de respostas diferentes do restante do questionário, fugindo ao padrão original do PCATool-Brasil. Sendo assim, foi necessário a atribuição dos valores às possibilidades de resposta, de acordo com significado da palavra no contexto da pergunta, garantindo uniformidade no padrão de respostas de todo o questionário, conforme definido nos Quadros 1 e 2.

Quadro 1 – Correspondência de valores de possibilidades de resposta do questionário no atributo *Porta de Entrada*

B – Porta de entrada		
<ul style="list-style-type: none"> Item 12 – Quando os usuários precisam de algum controle de saúde preventivo (vacinar BCG, exames de escarro), qual serviço de saúde eles procuram? Item 13 – Qual o primeiro serviço de saúde que o usuário procura quando apresenta sinais/sintomas da TB? 		
Possibilidade de resposta	Valor atribuído	Equivalência de resposta nos demais itens
1. UBSF/PACS	5 pontos	<i>Sempre</i>
2. UBS	5 pontos	<i>Sempre</i>
3. Ambulatório de referência	4 pontos	<i>Quase sempre</i>
4. Hospital Público	2 pontos	<i>Quase nunca</i>
5. Hospital Privado	2 pontos	<i>Quase nunca</i>
6. Consultório particular	3 pontos	<i>Às vezes</i>
7. Pronto atendimento	1 ponto	<i>Nunca</i>
8. Outros Não sei/Não me lembro	0 ponto	<i>Não se aplica</i> <i>Não sei/ Não me lembro</i>

Fonte: A autora, 2019

Quadro 2 – Correspondência de valores de possibilidades de resposta do questionário no atributo *Acesso ao Diagnóstico*

C – Acesso ao diagnóstico		
<ul style="list-style-type: none"> Item 14 – Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB, quanto tempo demoram para conseguir consulta? 		
Possibilidade de resposta	Valor atribuído	Equivalência de resposta nos demais itens
1. 5 dias ou mais	1 ponto	<i>Nunca</i>
2. 4 dias	2 pontos	<i>Quase nunca</i>
3. 3 dias	3 pontos	<i>Às vezes</i>
4. 2 dias	4 pontos	<i>Quase sempre</i>
5. 1 dia – 24 horas	5 pontos 9 pontos	<i>Sempre</i> <i>Não sei/Não me lembro</i>
<ul style="list-style-type: none"> Item 15 – Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para conseguirem atendimento? Item 16 – Os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para realizarem o diagnóstico de TB? 		
Possibilidade de resposta	Valor atribuído	Equivalência de resposta nos demais itens
1. 5 ou mais vezes	1 ponto	<i>Nunca</i>
2. 4 vezes	2 pontos	<i>Quase nunca</i>
3. 3 vezes	3 pontos	<i>Às vezes</i>
4. 2 vezes	4 pontos	<i>Quase sempre</i>
5. 1 vez	5 pontos	<i>Sempre</i>
6. Não se aplica	0 pontos	<i>Não se aplica</i>
7. Não sei/Não me lembro	9 pontos	<i>Não sei/Não me lembro</i>
<ul style="list-style-type: none"> Item 17 – Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quanto tempo leva para receberem o diagnóstico de TB? 		
Possibilidade de resposta	Valor atribuído	Equivalência de resposta nos demais itens
1. 5 ou mais semanas	1 ponto	<i>Nunca</i>
2. 4 semanas	2 pontos	<i>Quase nunca</i>
3. 3 semanas	3 pontos	<i>Às vezes</i>
4. 2 semanas	4 pontos	<i>Quase sempre</i>
5. 1 semana	5 pontos	<i>Sempre</i>

Fonte: A autora, 2019

Os escores para cada atributo da APS foram calculados pela média dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo ou seu componente. Por exemplo: o atributo porta de entrada possui dois itens, portanto, para calcular

seu escore, somaram-se os itens 12 e 13 e dividiu-se o resultado por 2. O escore de cada atributo representa a sua medida e extensão na atenção à tuberculose:

$$\text{Escore do atributo Porta de entrada} = \frac{\text{item 12} + \text{item 13}}{2}$$

Para transformação dos escores de cada atributo ou componente em uma escala de 0 a 10, foi utilizada a seguinte fórmula:

$$\text{Escore de cada atributo} = \frac{[\text{escore obtido} - 1(\text{valor mínimo})] \times 10}{5(\text{valor máximo}) - 1(\text{valor mínimo})}$$

O escore essencial da APS foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais: porta de entrada, acesso ao diagnóstico, acesso ao tratamento, vínculo, elenco de serviços e coordenação, dividido pelo número de componentes (= 6).

$$EE = \frac{\sum \text{componentes dos atributos essenciais}}{6}$$

O escore derivado da APS foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos derivados – enfoque familiar, orientação para comunidade e Formação profissional - dividido pelo número de componentes. Soma dos Componentes dos Atributos derivados / número de componentes (=3).

$$ED = \frac{\sum \text{componentes dos atributos derivados}}{3}$$

O escore geral foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais, somado aos atributos derivados, dividido pelo número total de componentes (n = 9). O escore geral representa o desempenho geral da APS no controle da tuberculose

$$EG = \frac{\text{componentes dos atributos essenciais} + \text{componentes dos atributos derivados}}{9}$$

Para avaliar o resultado dos escores, utilizou-se a mesma padronização do PCATool-Brasil (BRASIL, 2010b), que determina: escores iguais ou acima de 6,6: indica alta orientação do serviço para a APS. No caso desta pesquisa, significou que o serviço está orientado para realizar ações de controle da tuberculose na APS. Escores abaixo de 6,6: indicam que o serviço possui baixa orientação para a APS. No caso desta pesquisa, significou que o serviço possui fragilidades em realizar as ações de controle da tuberculose na APS.

5.7.1 Validação do instrumento: Análise Fatorial Exploratória

5.7.1.1 Análise da Consistência Interna: Alfa de Cronbach

Para determinar a precisão de um instrumento de medida, utiliza-se a análise da consistência interna pelo coeficiente alfa de Cronbach. O alfa de Cronbach é uma ferramenta estatística que quantifica, numa escala de 0 a 1, a confiabilidade de um questionário. Com relação à confiabilidade, foi observada consistência interna desejável, descrita como a capacidade de verificar a correlação (homogeneidade) entre os itens de um instrumento com formato de escala, verificar se medem o mesmo construto teórico a que se propõem. A medida de consistência interna obtida pelo alfa de Cronbach é importante e desejável quando se trabalha com instrumentos que objetivam medir construto único por meio de múltiplos itens (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2008) Os valores recomendados para o alfa de Cronbach são entre 0,7 e 0,9 (70% a 90%). Baixos

valores sugerem que a escala não é homogênea (FIELD, 2009), ou seja, não apresenta qualquer consistência em diferentes condições de utilização (SÁNCHEZ; ECHEVERRY, 2004).

Foi realizada a análise da consistência interna de cada item, de cada atributo do instrumento e da medida geral. Considerou-se, para o exame da consistência interna, um valor de alfa para a medida como um todo de, no mínimo 0,70 (FIELD, 2009). O valor obtido para o alfa de Cronbach é de 0.88, o que sugere uma escala homogênea.

5.7.1.2 *Confiabilidade do instrumento: teste-reteste*

Para a avaliação da fidedignidade do instrumento, optou-se por utilizar o método do teste-reteste. Foi realizada a reavaliação (reteste) do instrumento em 10% da amostra após 30 dias do término da coleta de dados (teste).

A fidedignidade de um teste ou de qualquer outro instrumento de medida é condição necessária para a validade do instrumento. Indica até que ponto as diferenças nos escores são decorrentes de variações na característica examinada e não de erros casuais (RAYMUNDO, 2009, p. 88–89).

O coeficiente de correlação intraclasse (ICC) foi utilizado para a análise da confiabilidade no critério da estabilidade da medida dos itens utilizados nos dois momentos da coleta. Os parâmetros utilizados na interpretação dos resultados do ICC foram: valores acima de 0,75 mostram repetibilidade excelente; valores entre 0,40-0,75, repetibilidade moderada/satisfatória e valores abaixo de 0,40 mostram repetibilidade pobre (MENZ *et al.*, 2004).

O coeficiente de correlação intraclasse (ICC) encontrado foi de 0,74, considerado então de repetibilidade moderada/satisfatória.

Para melhor compreensão, a metodologia usada para análise dos dados será apresentada referente a cada um dos artigos produzidos nesta tese.

5.7.1.3 Metodologia de análise referente ao artigo: Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde nas ações de controle da tuberculose

A estatística descritiva foi utilizada para a caracterização da amostra e para a descrição do desempenho dos serviços da APS na atenção à TB no município de Juiz de Fora:

- Medidas de tendência central: média;
- Medidas de posição: valor mínimo e valor máximo;
- Medidas de dispersão: desvio-padrão;
- Frequências absolutas e relativas.

5.7.1.4 Metodologia de análise referente ao artigo: “Desempenho da atenção primária à saúde no controle da tuberculose: aspectos profissionais e do serviço”

A verificação da normalidade dos dados relativos à pontuação dos atributos da APS foi realizada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Como a análise de normalidade dos dados resultou em um valor de p inferior a 0,05, foram utilizados testes não paramétricos para as comparações.

Para a comparação dos escores entre tipo e localização da unidade de saúde e tempo de atuação no serviço pelos profissionais, foi utilizado o teste de *Mann-Whitney*⁶. O teste de *Kruskal-Wallis*⁷ foi utilizado para comparar os escores entre os profissionais de saúde. Foi adotado 5% como nível crítico para a rejeição da hipótese nula.

⁶ O teste de Mann-Whitney é um teste não paramétrico que procura diferenças entre duas amostras independentes (FIELD, 2009, p.658).

⁷ O teste de Kruskal-Wallis é um teste não paramétrico para verificar se mais de dois grupos independentes diferem (FIELD, 2009, p. 658).

5.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), com parecer de número 2.085.061 (Anexo J). O grupo de profissionais foi constituído a partir do desejo de participar do estudo, mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), em duas vias, sendo uma cópia disponibilizada para o entrevistado e outra arquivada, cumprindo-se assim os princípios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos conforme a Resolução do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o intuito de atender aos objetivos da presente tese, os resultados e a discussão serão apresentados nos seguintes artigos⁸:

- *Artigo 1: Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde nas ações de controle da tuberculose.*
- *Artigo 2: Desempenho da atenção primária à saúde no controle da tuberculose: aspectos profissionais e do serviço.*

⁸ Os artigos seguem as orientações de apresentação fornecidas pelas revistas a que foram/serão submetidos.

6.1 ARTIGO 1: *Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde nas ações de controle da tuberculose*

Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde nas ações de controle da tuberculose

Resumo

Objetivo: avaliar a presença e a extensão dos atributos da atenção primária nas ações de controle da tuberculose, na perspectiva dos profissionais de saúde.

Método: estudo descritivo, tipo inquérito, feito de forma transversal, envolvendo 677 profissionais da atenção primária. Utilizou-se o Primary Care Assessment Tool (versão adaptada para tuberculose), sendo o escore calculado por meio da média das respostas dadas pela Escala de Likert.

Resultados: foi identificado alta orientação do serviço ($\geq 6,6$) nos atributos porta de entrada, integralidade dos serviços disponíveis e prestados e orientação familiar; e fragilidades ($< 6,6$) no acesso ao diagnóstico, ao tratamento e na orientação comunitária.

Conclusão: o desempenho da atenção primária nas ações de controle da tuberculose é satisfatório, porém os profissionais sinalizam os pontos críticos que interferem negativamente na qualidade das ações de controle da doença no município, identificados no acesso, elenco de serviços e na orientação comunitária. Torna-se necessário repensar a oferta de cuidados e serviços, condizentes com a necessidade de saúde da população e, assim, eliminar esse grave problema de saúde pública.

Descritores: Tuberculose; Atenção Primária à Saúde; Pesquisa sobre serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) é protagonista no cenário de organização da rede assistencial⁽¹⁾. Os atributos essenciais que a APS deve apresentar são o acesso de primeiro contato; longitudinalidade; integralidade e coordenação. As ações de APS são direcionadas também por dois atributos derivados que se correlacionam na prática assistencial, individual ou coletiva, dos serviços: orientação familiar ou atenção à saúde centrada na família e a orientação comunitária, que é a definição, por meio de dados epidemiológicos e da inserção na comunidade, das necessidades de saúde da população de abrangência da APS⁽²⁾.

O Ministério da Saúde (MS) e o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) recomendam que a APS se posicione como eixo orientador e cerne das ações de controle da TB por meio da implementação e fortalecimento de ações de vigilância, prevenção e controle da doença, permitindo assim o aumento da detecção de casos nos diferentes cenários socioeconômicos e clínico-epidemiológicos⁽³⁾.

Por ser uma doença com características crônicas, as pessoas com TB necessitam de gerenciamento individualizado de seus casos, em cenários favoráveis à responsabilização e à formação de vínculo, constituindo a APS o lugar ideal para os doentes de TB, que necessitam de continuidade da assistência para garantir a adesão ao tratamento, que é longo e complexo, além de ambiente favorável para a efetiva busca dos sintomáticos respiratórios⁽⁴⁾.

Em 2017, 10 milhões de pessoas adoeceram por TB e a doença causou 1,3 milhão de mortes no mundo, o que mantém a TB entre as dez principais causas de morte no planeta⁽⁵⁾. No Brasil, em 2018, foram diagnosticados 72.788 casos novos de TB, o correspondente a um coeficiente de incidência de 34,8 casos/100 mil hab. Para 2020, a previsão é de 1 bilhão de pessoas infectadas mundialmente, das quais 200 milhões adoecerão e 35 milhões poderão morrer^(6,7).

Estudos nacionais que buscam avaliar os serviços de APS e o processo de cuidado são necessários para assegurar melhor direcionamento das ações e investimento adequado na atenção à saúde do usuário e da organização das redes de atenção do SUS⁸. Ressalta-se a relevância deste estudo, que busca identificar fragilidades e potencialidades do primeiro ponto de atenção do SUS e que teve por objetivo avaliar a presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde na realização das ações de controle da tuberculose, sob a percepção dos profissionais de saúde que atuam nos serviços da APS.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Pesquisa avaliativa, com abordagem quantitativa, modelo descritivo, tipo inquérito, feito de forma transversal e ancorado na interpelação teórica proposta por Starfield⁽²⁾.

Cenário

Escolheu-se Juiz de Fora, Minas Gerais (MG), por se tratar de um município considerado prioritário para o controle da TB pelo Ministério da Saúde (MS), uma vez que

apresentou o maior coeficiente de incidência de TB no Estado de MG e foi o segundo com maior número de casos de TB no estado em 2016⁽⁹⁾.

No momento da coleta de dados, havia no município 94 eSFs (Equipes de Saúde da Família) e 21 eABs (Equipes de Atenção Básica), distribuídas em 63 unidades de APS, 42 na modalidade eSF (Unidade de Saúde da Família-USF) e 21 eAB (Unidades Básicas de Saúde-UBS), distribuídas em oito regiões administrativas (sete urbanas e uma rural), existia ainda um serviço ambulatorial denominado tisiologia e um hospital de referência, sendo todos os serviços subordinados à mesma política de atenção à tuberculose.

Critérios de seleção

Foram convidados a participar do estudo todos os profissionais de saúde que atuavam diretamente nas ações de controle da TB em serviços da APS (eSF e eAB) e consultório na rua (CR): médicos (clínico geral, generalista, médico de família), enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e agentes de ação social (consultório na rua), correspondendo ao número de 914 profissionais. A equipe do CR foi incluída por corresponder na rede assistencial de saúde à porta de entrada e à assistência primária à população em situação de rua. Os critérios de inclusão foram fazer parte da equipe mínima da APS preconizada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁽¹⁾. Foram excluídos os profissionais da APS que estavam desempenhando funções estritamente administrativas, que se encontravam de férias regulamentares, licença médica, licença-maternidade e que não foram encontrados após três tentativas.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2017 a junho de 2018 e foi realizada por 12 pesquisadores treinados. Os agendamentos prévios com os participantes foram realizados via Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SSAPS).

Para a coleta dos dados quantitativos, foi utilizado um instrumento componente do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), formulado e validado para avaliar os aspectos críticos da atenção primária⁽²⁾. Esse instrumento foi adaptado e validado para o Brasil ⁽⁹⁾, e posteriormente adaptado para avaliar a atenção à tuberculose ⁽¹⁰⁾. Foram elaboradas três versões do instrumento, sendo utilizada neste estudo a versão aplicável aos profissionais de saúde.

O questionário contém 97 questões específicas para a avaliação do desempenho dos serviços de saúde na atenção ao doente de TB e inclui questões referentes às dimensões da APS: porta de entrada, acesso (subdividido em acesso ao diagnóstico e acesso ao tratamento), vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque na família, orientação para a

comunidade e formação profissional. Cada uma dessas dimensões está relacionada a um conjunto de ações na prática clínica, de saúde pública ou de implementação de políticas de controle da TB em nível municipal⁽¹⁰⁾.

Os entrevistados responderam cada item, atribuindo respostas do tipo Likert, com valores entre zero e cinco. O valor zero foi atribuído para resposta “não se aplica” e os valores de 1 a 5 registraram o grau de relação de preferência (ou adesão/concordância) com as afirmações. Seguindo orientação da versão do PCATool-Brasil, adicionou-se uma opção de resposta à questão de número 9: Não sei/Não lembro, que posteriormente é convertida no valor 2 (quase nunca). Essa transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelos entrevistados⁽¹¹⁾.

Análise e tratamento dos dados

Para o cálculo dos escores, foram seguidos os passos da metodologia proposta no manual do PCATool-Brasil⁽¹¹⁾. Como resultado geral da avaliação pelo PCATool-tuberculose, permitem-se três medidas: escore essencial (EE), que corresponde à média dos atributos essenciais (porta de entrada, acesso ao diagnóstico, acesso ao tratamento, vínculo, elenco de serviços e coordenação); escore derivado (ED), que é a média dos atributos derivados (enfoque na família, orientação para comunidade e formação profissional); e escore geral (EG), representado pela média dos componentes dos atributos essenciais acrescida dos derivados, caracterizando, dessa forma, o grau de orientação. Também foi produzido um escore médio (EM) para cada um dos atributos e seus componentes, calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas para cada item que compõe os atributos. O valor obtido para esses escores foi, então, convertido para uma escala de 0 a 10, conforme padronização. Determina-se alta orientação para APS quando a média do escore for igual ou superior a 6,6⁽¹¹⁾.

Os indicadores correspondem aos atributos analisados no referido questionário. Eles foram analisados de forma descritiva, produzindo medidas de tendência central e dispersão, valores mínimos e máximos, percentuais de avaliação satisfatória. A descrição da amostra foi apresentada por medidas de frequência absolutas e relativas e de tendência central e dispersão. A análise foi conduzida no programa SPSS 15.0.

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), atendendo à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde (parecer de nº 2.085.06/ 2017).

RESULTADOS

Foram entrevistados 677 profissionais, que compreendem 74,1% dos profissionais habilitados a participar do estudo; 31,3% deles são profissionais de nível superior, sendo médicos e enfermeiros; 15,2%, técnicos/ auxiliares de enfermagem; 53,5%, Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e Agente Social (AS). Houve maior proporção de profissionais do sexo feminino (87,7%), de formação em nível médio (64,5%) e trabalhadores de unidades USF/PACS (80,8%), localizadas em região urbana, com média de 14,9 anos de atuação profissional na APS, conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2. Caracterização dos profissionais de saúde que atuam nas ações de controle da TB no serviço de Atenção Primária à Saúde, no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2019 (n=677)

Variáveis descritivas	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Ocupação		
Médico	89	13,1
Enfermeiro	123	18,2
Técnico de enfermagem	87	12,7
Auxiliar de Enfermagem	18	2,5
Agente Comunitário de Saúde	358	52,9
Agente Social	02	0,6
Sexo		
Masculino	83	12,3
Feminino	594	87,7
Titulação profissional		
Ensino médio	336	49,6
Técnico profissionalizante (Ensino Médio)	101	14,9
Graduação	100	14,8
Pós-graduação lato sensu	131	19,4
Pós-graduação stricto sensu	9	1,3

Tipo de unidade onde o profissional atua

UBS	130	19,2
USF/ PACS	547	80,8

Localização da unidade de saúde de atuação

Urbana	642	94,8
Rural	35	5,2

Tempo de atuação profissional (em anos) **μ (\pm DP)**

Média (Desvio-padrão)	14,9 (8,1)
Mínimo/máxima	0,0 ----- 53

Ao avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS para tuberculose na perspectiva dos profissionais, obteve-se escore geral (EG=7,1), escore essencial (EE=6,9) e escore derivado (ED=7,2), o que indica alta orientação para APS ($\geq 6,6$) e demonstra a presença e a extensão dos atributos da APS no município para ações de controle da Tuberculose. A Tabela 3 apresenta os escores médios dos atributos e dos escores essencial, derivado e geral da APS, assim como os valores mínimo e máximo que foram atribuídos a cada um desses itens e mediana correspondente.

Tabela 3. Descrição dos escores geral, essencial, derivado e por atributos de orientação da APS para a realização das ações de controle da tuberculose na perspectiva de profissionais de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2019

Escores	Mínimo/Máximo	Mediana	Média/ DP
Porta de Entrada	8,3 ----- 10,0	10,0	9,2 (1,77)
Acesso ao diagnóstico	1,5 ----- 9,6	5,8	5,7 (1,14)*
Acesso ao tratamento	1,6 ----- 9,1	5,7	5,6 (0,12)*
Vínculo	2,5 ----- 10,0	7,5	7,4 (0,99)
Elenco de serviços	0,0 ----- 9,3	6,3	6,1 (1,27)*
Coordenação	2,5 ----- 10,0	9,2	8,9 (0,96)
Orientação Familiar	2,5 ----- 10,0	9,4	8,8 (1,37)

Orientação Comunitária	0,0 ----- 10,0	5,0	5,2 (2,12)*
Formação Profissional	0,0 ----- 10,0	7,2	6,9 (2,03)
Escore essencial (EE)	2,4 ----- 10,0	7,1	6,9 (1,41)
Escore derivado (ED)	4,0 ----- 8,5	7,3	7,2 (0,64)
Escore geral (EG)	3,6 ----- 8,7	7,2	7,1 (0,77)

*Escore não satisfatório ($\leq 6,6$)

O escore geral foi fortemente pontuado (EG=7,2), contribuíram para essa melhor avaliação a porta de entrada, o vínculo, coordenação do cuidado e orientação familiar. Os atributos derivados foram mais bem avaliados que os atributos essenciais. O maior escore de APS avaliado correspondeu ao atributo Porta de entrada (EM=9,2). O atributo orientação comunitária foi o mais mal avaliado (EM=5,2).

As tabelas 4 e 5 apresentam, respectivamente, os escores médios e o desvio-padrão, assim como a frequência de alto escore ($\geq 6,6$) na avaliação dos profissionais de saúde em relação a cada um dos itens que compõem os atributos que foram mais mal avaliados ($\leq 6,6$), sendo eles: acesso ao diagnóstico, acesso ao tratamento, elenco de serviços e orientação para comunidade.

Tabela 4. Descrição dos itens do atributo essencial acessibilidade (acesso ao diagnóstico e acesso ao tratamento) com respectivos escores médios, desvio-padrão e frequência de alto escore na avaliação dos profissionais da APS, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2019

Atributo da Atenção Primária/ Itens que compõem o atributo essencial	Escore médio (DP)	Proporção de alto escore ($\geq 6,6$) n(%)
C- Acesso ao diagnóstico		
14.Usuários com sinais/sintomas de TB, quanto tempo demora para conseguir consulta?	6,07 (3,13)*	450 (66,5)
15.Usuários com sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para conseguir atendimento?	6,48 (2,84)*	489 (72,2)
16.Usuários com sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar o serviço para realizar o diagnóstico de TB?	5,56 (2,50)*	232 (34,3)

17. Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quanto tempo leva para receberem o diagnóstico de TB?	6,14 (2,58)*	356 (52,6)
18. Para consulta de diagnóstico de TB, os usuários procuram a unidade de saúde mais próxima da casa deles?	5,79 (2,09)*	218 (32,2)
19. Usuários com sinais/sintomas de TB esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?	4,24 (2,33)*	106 (15,7)
20. Usuários com sinais/sintomas de TB têm dificuldade para obter informações por telefone na unidade de saúde?	4,16 (2,99)*	166 (24,5)
21. Usuários com sinais/sintomas de TB têm dificuldade para marcar consulta por telefone na unidade de saúde?	2,48 (3,16)*	114 (16,8)
22. Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, têm dificuldade para se deslocarem até a unidade de saúde?	4,39 (2,77)*	148 (21,9)
23. Para a consulta de diagnóstico de TB, usuários precisam de algum tipo de transporte motorizado para vir à unidade de saúde?	3,80 (2,50)*	88 (13,0)
24. Durante as consultas para diagnóstico da TB, os usuários gastam dinheiro com transporte para vir à unidade de saúde?	3,62 (2,50)*	83 (12,3)
25. Os usuários perdem o turno de trabalho ou compromisso para a consulta nos serviços de saúde?	3,73 (2,30)*	73 (10,8)
D- Acesso ao tratamento		
26. Se doentes em tratamento passarem mal por causa da medicação ou da TB, conseguem uma consulta médica em 24 horas?	6,78 (1,88)	423 (62,5)
27. Durante o tratamento, os doentes de TB conseguem obter informações por telefone na unidade de saúde?	5,35 (2,74)*	253 (37,4)
28. Durante o tratamento, os doentes de TB conseguem marcar consulta por telefone na unidade de saúde?	3,00 (3,20)*	134 (19,8)
29. Os profissionais realizam visitas domiciliares aos doentes de TB?	5,94 (2,69)*	355 (52,4)

30. Qual a frequência com que os doentes de TB tratados nesta unidade de saúde pertencem à área adscrita?	6,22 (2,83)*	423 (62,5)
31. Durante o tratamento da TB, os doentes perdem o turno de trabalho ou compromisso para serem atendidos?	3,88 (2,27)*	84 (12,4)
32. Os usuários têm dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde onde fazem tratamento para serem consultados?	4,68 (2,14)*	116 (17,1)
33. Os doentes de TB têm que utilizar algum tipo de transporte motorizado para se deslocar até a unidade de saúde?	4,44 (2,07)*	101 (14,9)
34. Os doentes de TB têm que pagar pelo transporte?	3,88 (2,66)*	122 (18,0)
35. Durante os últimos 12 meses, houve falta de medicamentos para TB?	4,52 (3,34)*	261 (38,6)
36. Os doentes de TB esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?	4,36 (2,44)*	129 (19,1)

*Escore não satisfatório ($\leq 6,6$)

Tabela 5. Descrição dos itens do atributo derivado orientação comunitária com respectivos escores médios, desvio-padrão e frequência de alto escore de avaliação dos profissionais da APS, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2019

Atributo da atenção primária/ itens que compõem o atributo essencial (elenco de serviços) e derivado (orientação para comunidade)	Escore médio (DP)	Proporção de alto escore ($\geq 6,6$) n(%)
F- Elenco de serviços (Com que frequência a unidade oferece os seguintes serviços?)		
50. Pote para exame de escarro para diagnóstico de TB	9,48 (0,76)	652 (96,3)
51. Exame para HIV/AIDS	9,56 (0,86)	640 (94,5)
52. Pote para exame de escarro com controle mensal da TB	9,36 (0,86)	642 (94,8)
53. Consulta mensal de controle para tratamento da TB	9,46 (0,89)	632 (93,4)
54. Cestas básicas ou vale-alimentação	1,96 (0,96)*	25 (3,7)
55. Vale-transporte	1,90 (0,93)*	24 (3,5)
56.a. Informações sobre sintomas de TB	8,60 (1,26)	552 (81,5)
56.b. Informações sobre transmissão de TB	8,60 (1,27)	554 (81,8)

56.c. Informações sobre tratamento de TB	8,74 (1,26)	563 (83,2)
57. Informações sobre outros temas de saúde	8,77 (0,95)	561 (82,9)
58. Visitas domiciliares durante o tratamento	8,02 (1,39)	492 (72,7)
59. Visitas domiciliares para realização do tratamento Supervisionado	6,32 (1,77)*	332 (49,0)
60. Visitas domiciliares para outros tratamentos além da TB	8,32 (1,34)	522 (77,1)
61. Disponibilidade de profissional na unidade de saúde sempre que o doente procura	8,78 (0,93)	584 (86,3)
62. Grupos de doentes de TB na unidade de saúde	2,80 (1,25)*	61 (9,0)
63. Tratamento supervisionado (TS)	6,54 (1,68)*	335 (49,5)
I-Orientação para a comunidade		
84. Os profissionais de saúde solicitam exame de escarro e/ou raio X e/ou PPD p/ as pessoas que trabalham e/ou estudam com os doentes de TB?	4,77 (2,96)*	235 (34,7)
85. Os profissionais realizam propagandas/campanhas/ trabalhos educativos para informar à comunidade sobre a TB?	5,15 (2,40)*	211 (31,2)
86. Os profissionais desenvolvem ações de saúde com igrejas e associações de bairro para identificar sintomáticos respiratórios?	2,70 (2,49)*	57 (8,4)
87. Os profissionais solicitam a participação de um representante da comunidade para discutir o problema da TB?	2,43 (2,57)*	61 (9,0)
88. Os profissionais realizam busca de sintomáticos respiratórios na comunidade?	5,39 (2,71)*	281 (41,5)

*Escore não satisfatório ($\leq 6,6$)

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados mostram que, nas unidades de saúde, a média de tempo de serviço dos profissionais é de 12,8 anos (DP=8,1). Essa situação pode contribuir com o sucesso no manejo da doença, pois o maior tempo de atuação na APS favorece a criação de vínculo entre profissional e usuário, o desenvolvimento de habilidades para operacionalização nos serviços disponíveis, promovendo a aproximação de famílias e equipamentos sociais, além de aquisição de experiência profissional⁽¹²⁾.

Na avaliação do município, observou-se homogeneidade positiva na análise dos escores dos atributos essencial, derivado e geral, o que significa que os profissionais classificam o serviço com alta orientação para a APS nas ações de controle da tuberculose. No entanto há heterogeneidade quando os atributos são avaliados individualmente,

demonstrando de modo específico os pontos críticos da APS para o enfrentamento da doença. Estes resultados são convergentes com outros estudos que identificaram alta orientação dos serviços para a APS sem, contudo, considerar a especificidade da doença^(13,14).

No presente estudo, a porta de entrada foi o atributo mais bem avaliado (EM=9,2) entre todos. Porém os atributos acesso ao diagnóstico (EM=5,7) e acesso a tratamento^(6,7) apresentaram variabilidade importante, ficando com as piores avaliações. Essa variação também é percebida em outras pesquisas que utilizaram o PCATool-Brasil^(15,16) e PACTool-Tuberculose⁽¹⁷⁾. A APS assume seu lugar de porta de entrada na rede de atenção à saúde (RAS), contudo sinaliza aspectos negativos referentes à acessibilidade.

Dados deste estudo apontam que nenhum dos itens que constituem a categoria acesso ao diagnóstico recebeu escore satisfatório ($\geq 6,6$), revelando as muitas fragilidades que a rede possui para o enfrentamento da doença. O diagnóstico da doença é essencial para o alcance da redução da morbimortalidade e da eliminação das fontes de infecção na comunidade, que, além de favorecerem a transmissão contínua do bacilo, influenciam no prognóstico dos indivíduos adoecidos, oportunizando o desenvolvimento de resistência aos fármacos hoje disponíveis e predisposição à morte^(9,18).

Na categoria que se refere ao acesso ao diagnóstico, os resultados deste estudo também revelam as fragilidades da APS, que precisa romper barreiras de ordem estrutural e institucional para garantir a adesão ao tratamento de TB, já dificultada pelas questões sociais, econômicas, culturais e clínicas, historicamente impostas à doença^(18,19).

Na avaliação da categoria vínculo da APS no contexto da TB, foi evidenciada a presença do atributo (EM=7,1), o que se contrapõe aos resultados de outros estudos com o mesmo objetivo^(9,18). Entende-se que, uma vez estabelecido o diagnóstico e o tratamento da doença, há continuidade na relação entre o usuário e o serviço de saúde, com construção de vínculo e de responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, com acompanhamento dos efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida do usuário, constituindo assim a longitudinalidade no cuidado prestado^(1,18).

A categoria elenco de serviço recebeu avaliação insatisfatória (EM=6,1), contudo, ao analisar os itens que compõem esta categoria (Tabela 4), compreendem-se quais os pontos de estrangulamento da APS no que se refere ao cuidado com a TB. Dos 16 itens analisados, somente cinco receberam escores abaixo do desejável, sendo atribuídos aos demais escores relativamente altos quando comparados a todos os outros itens do questionário.

É comprovada a influência de fatores socioeconômicos na adesão ao tratamento de TB e, por isso, torna-se imprescindível a oferta de apoio para subsidiar despesas com transporte e alimentação, objetivando a adesão ao tratamento, como as cestas básicas e vales-transporte. Embora a oferta desses itens não seja uma prática habitual no município, faz-se necessária a busca de alternativas por parte da rede de serviços de saúde para uma articulação com outros equipamentos de assistência social disponíveis, buscando soluções reais e permanentes^(19,20).

Outro fator preocupante é a ausência de visita domiciliar pelo profissional à pessoa com TB para realização do TS. Com base nos resultados, infere-se que não há objeção em relação à prática da visita domiciliar, pois outros itens que a abordam foram bem avaliados (F. 58 e F. 61), mas há fragilidade na realização do tratamento supervisionado, fato que fica constatado no escore no item F.63, também $\leq 6,6$. Destaca-se, no entanto, que o tratamento diretamente observado (*Directly Observed Treatment, Short-course – DOTS*) é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e está alicerçado em componentes fundamentais. Entre estes, tratamento padronizado, com supervisão da tomada da medicação e apoio aos doentes^(4,6,7), que pode ser oferecido com qualidade durante uma visita domiciliar, oportunidade na qual podem ser identificadas pela observação do domicílio e do contexto familiar as potencialidades e fragilidades para a superação da doença⁽⁴⁾.

Dentro da categoria elenco de serviço, outro item que contribuiu para a baixa avaliação foi a oferta de grupos voltados para doentes de TB na unidade de saúde (F.62, EM=2,80). Um estudo de revisão realizado por Menezes e Avelino⁽²¹⁾ concluiu que os grupos operativos estão inseridos no cuidado à saúde na Atenção Primária como um processo prático e eficiente, que permite espaço para a escuta das necessidades e para a informação, melhorando o autocuidado, estilo de vida, abandono de vícios e comportamentos de riscos, elementos importantes para a melhor condução do tratamento da TB⁽²¹⁾.

O atributo coordenação obteve alto escore médio para APS (EM=8,9), corroborando com outros estudos que chegaram à mesma conclusão^(4,16), dado este relevante e significativo já que doentes portadores de enfermidades com características crônicas como a TB necessitam de gerenciamento rigoroso para manejo e cuidado ao longo do tempo, que favoreçam a continuidade da assistência e adesão terapêutica.

Orientação familiar obteve alto escore médio (EM=8,8), divergindo de outros estudos que avaliaram negativamente o desempenho da APS para esse atributo^(15,22). A partir dos resultados, infere-se o que os profissionais de saúde têm envolvido a família dos usuários

nos cuidados referentes à doença e a outros problemas de saúde, potencializando as redes de apoio ao doente.

Ao componente “orientação para comunidade” foi atribuído com baixa extensão para APS (EM=5,2), sendo inclusive o mais mal avaliado, com todos os itens que o compõem, apresentando avaliação abaixo da média ideal. Este resultado é convergente com o de outros estudos que avaliam negativamente o atributo^(16,22), contrariando inclusive a PNAB⁽¹⁾, que, em suas diretrizes para a organização da Atenção Básica, aponta a participação da comunidade como ferramenta importante para estimular a participação das pessoas a fim de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território.

No contexto da tuberculose, esse atributo se faz essencial para produzir meios de enfrentamento dos determinantes e condicionantes da doença, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde. Tão grave quanto não inserir a comunidade nas estratégias de enfrentamento da doença é a não realização da busca de sintomáticos respiratórios na comunidade, descumprindo assim uma das principais recomendações do PNCT⁽¹⁰⁾, que orienta a busca ativa de sintomáticos respiratórios no município, bem como a supervisão e participação na investigação e no controle dos contatos de pessoas com tuberculose na comunidade.

Na versão do PCAToll-Tuberculose, foi incluído o componente formação profissional, que recebeu score médio de 6,9, demonstrando que os profissionais se consideram capacitados e qualificados para o atendimento às pessoas com tuberculose, o que é extremamente relevante considerando que entraves no processo de capacitação profissional vêm sendo apontados, em vários estudos, como barreira imponente para o controle da TB^(23,24).

Entre as limitações do estudo, destaca-se a dificuldade apresentada pelos profissionais em responder ao questionário, devido á demandas no serviço de saúde e à extensão do instrumento de coleta de dados. Outra limitação do estudo foi a não definição como critério de inclusão a experiência de ter assistido pelo menos uma pessoa com a doença na APS, como também a limitação de um tempo mínimo de trabalho na rede. A não experiência com o serviço e com o atendimento a pessoas com suspeita, em diagnóstico e tratamento de TB pode ter interferido na qualidade da resposta, que pode ter se baseado em meras suposições. Como aspecto positivo, destaca-se a parceria com a gestão municipal, que permitiu, inclusive, uma maior sensibilização dos profissionais em relação à doença.

CONCLUSÃO

Só haverá uma atenção primária à saúde de qualidade quando esses atributos estiverem funcionando de forma integrada. O desempenho da APS pode ser melhorado se houver mudanças substanciais na acessibilidade e oferta de serviços pela rede, bem como na inserção da comunidade nas ações de controle da doença. As estratégias de cooperação entre gestão e serviço, o apoio institucional e o incentivo à participação da comunidade podem contribuir para reorganização e melhor desempenho da APS no município.

Apesar dos importantes avanços alcançados na APS, ainda prevalece um descompasso entre a responsabilização das ações de controle da doença e a resposta das equipes para o manejo clínico e epidemiológico, tendo em vista as inúmeras dificuldades enfrentadas pelos serviços/ profissionais na integração das ações de controle da TB na oferta de serviços da APS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília; 2017 [citado 2019 maio 30]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde; 2002.
3. Paiva RCG, Nogueira JA, Sá LD, Nóbrega RG, Trigueiro DRSG, Villa TCS. Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica. *Rev Eletrônica Enferm.* 2014;16(3):520-6. DOI: 10.5216/ree.v16i3.23491.
4. Assis EG, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM, Cardozo-Gonzales RI, Palha PF, *et al.* A coordenação da assistência no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(1):111-118. DOI: 10.1590/S0080-62342012000100020.
5. Baumgarten A, Rech RS, Bulgarelli PT, Souza KR, Santos CM, Frichebruder K, *et al.* Ações para o controle da tuberculose no Brasil: avaliação da atenção básica. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22. DOI: 10.1590/1980-549720190031.
6. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2018 [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado 2019 maio 30]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274453>
7. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil Livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. *Bol Epidemiológico.* 2019;50(9):1-18.

8. Macinko J, Almeida C, Oliveira E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. *Saúde Debate*. 2003;27(65):243–56
9. Veloso MAP. Visita de monitoramento e avaliação do programa de controle da tuberculose [slides]. Juiz de Fora: Coordenação do Programa Estadual de Controle da Tuberculose/Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2017.
10. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. *J Bras Pneumol*. 2009;35(6):610-612. DOI: 10.1590/S1806-37132009000600020.
11. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool PCATOOL - Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
12. Pinto ESG, Queiroz RF, Carreiro GSP, Morais LJ, Medeiros ER, Villa TCS. Articulação da saúde com a comunidade no manejo clínico da tuberculose. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(3):1122-1127. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0255.
13. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(spe):158-164. DOI: 10.1590/S0034-71672013000700020.
14. Pinheiro P. GOD, Sá LD, Palha PF, Oliveira RCC, Nogueira JA, Villa TCS. Pontos de estrangulamento sobre o controle da tuberculose na atenção primária. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(6):1227-1234. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0467.
15. Araújo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM, Almeida Júnior HJB. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3521-3532. DOI: 10.1590/1413-81232014198.21862013.
16. Silva SA, Nogueira DA, Paraizo CMS, Fracolli LA, Silva SA da, Nogueira DA, *et al*. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(SPE):122-128. DOI: 10.1590/S0080-62342014000600000.
17. Vidal TB, Tesser CD, Harzheim E, Fontanive PVN. Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional. *Epidemiol E Serviços Saúde*. 2018;27(4):DOI: 10.5123/s1679-49742018000400006.
18. Cecilio HPM, Teston EF, Marcon SS. Acesso ao diagnóstico de tuberculose sob a ótica dos profissionais de saúde. *Texto Contexto - Enferm*. 2017;26(3):e0230014. DOI: 10.1590/0104-07072017000230014.
19. Furlan MCR, Marcon SS. Avaliação do acesso ao tratamento de tuberculose sob a perspectiva de usuários. *Cad Saúde Coletiva*. 2017;25(3):339-347. DOI: 10.1590/1414-462x201700030139.

20. Arakawa T, Arcêncio RA, Scatolin BE, Scatena LM, Ruffino-Netto A, Villa TCS. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(4):994-1002. DOI: 10.1590/S0104-11692011000400020.
21. Menezes KKP, Avelino PR. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. *Cad Saúde Coletiva*. 2016;24(1):124-130. DOI: 10.1590/1414-462X201600010162.
22. Prates ML, Machado JC, Silva LS da, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET, *et al*. Performance of primary health care according to PCATool instrument: a systematic review. *Cienc Saude Coletiva*. 2017;22(6):1881-1893. DOI: 10.1590/1413-81232017226.14282016.
23. Cunha NV, Cavalcanti MLT, Costa AJL. Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia Saúde da Família em Jardim Catarina - São Gonçalo (RJ), 2010. *Cad Saúde Coletiva*. 2012;20(2):177-87.
24. Wysocki AD, Ponce MAZ, Brunello MEF, Beraldo AA, Vendramini SHF, Scatena LM, *et al*. Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(1):161-175. DOI: 10.1590/1980-5497201700010014.

6.2 ARTIGO 2: *Desempenho da atenção primária à saúde no controle da tuberculose: aspectos profissionais e do serviço*

Desempenho da atenção primária à saúde no controle da tuberculose: aspectos profissionais e do serviço

RESUMO

Objetivo: avaliar a presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde na realização das ações de controle da tuberculose, quanto a: localização do serviço de saúde, tipo de unidade, categoria profissional e tempo de atuação dos atores sociais envolvidos na produção do cuidado.

Método: estudo transversal, de abordagem quantitativa, realizado com 677 profissionais de um município mineiro. Foi aplicado o questionário PCATool – tuberculose. Os dados foram analisados no IBM SPSS versão 15.

Resultados: os atributos essenciais foram bem avaliados para todas as variáveis e não associados significativamente apenas à variável tempo de atuação do profissional. Os atributos derivados destacaram-se pelo bom desempenho segundo tipo de equipe e tempo de atuação. O escore geral dos atributos apresentou boa avaliação para tempo de atuação e ocupação (exceto para agente social).

Conclusão: o desempenho da atenção primária nas ações de controle da tuberculose é satisfatório, contudo, a avaliação dos profissionais sinaliza os pontos críticos da rede assistencial, que exercem influência no desempenho delas.

Descritores: Tuberculose; Atenção Primária à Saúde; Pesquisa sobre serviços de saúde; Pessoal de Saúde; Estudos de avaliação como assunto; Saúde Pública.

Descriptors: Tuberculosis; Primary Health Care; Health Services Research; Health Personnel; Evaluation Studies as Topic; Public Health.

Descriptores: Tuberculosis; Atención Primaria de Salud, Investigación sobre Servicios de salud; Personal de Salud; Estudios de Evaluación como Asunto; Salud Pública.

Introdução

A tuberculose (TB) é uma das doenças infectocontagiosas mais antigas do mundo, considerada um indicador importante de iniquidades sociais e responsável por altas taxas de morbimortalidade. Contudo, ainda é reconhecida como uma doença negligenciada e permanece na atualidade como um importante problema de saúde pública no mundo.¹⁻³

As estimativas revelam que cerca 10 milhões de pessoas no mundo desenvolveram a doença em 2017. No mesmo ano, foram estimadas 1,3 milhão de mortes entre pessoas sem o vírus da imunodeficiência Humana (HIV), 300 mil óbitos estimados com coinfeção TB-HIV e 58 mil pessoas desenvolveram tuberculose resistente à rifampicina (RR-TB), o

remédio mais usado para o tratamento da doença, e, destes, 82% tinham tuberculose multidroga resistente (MDR-TB).²

No Brasil, em 2018, foram diagnosticados 72.788 casos novos de TB, o que corresponde a um coeficiente de incidência de 34,8 casos/100 mil hab. Em 2017, foram registrados 4.534 óbitos pela doença, o que equivale ao coeficiente de mortalidade de 2,2 óbitos/100 mil hab. Em 2017, 10,8% dos casos novos pulmonares com confirmação laboratorial apresentaram o abandono como desfecho de tratamento.⁴

Endossada pelo longo contexto epidemiológico, a TB foi inserida na Política Nacional de Atenção Básica Brasileira (PNAB) pelo Ministério da Saúde (MS) como uma prioridade, estabelecendo direcionamentos para a descentralização de suas ações e vinculando seu diagnóstico e tratamento aos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS).⁵

A APS é a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que deve colocar em seu centro o usuário-cidadão, comportando-se como a porta de entrada preferencial deste no sistema de saúde, garantindo a presença e extensão de seus atributos essenciais e derivados, que asseguram a constituição de uma APS forte e resolutiva.⁶

Para enfrentar os determinantes sociais dos processos saúde-enfermidade e incentivar a participação social, a APS se fundamenta na presença e extensão dos atributos essenciais e derivados. Os essenciais constituem o acesso de primeiro contato; a responsabilidade longitudinal pelo paciente ao longo da vida; integralidade de ações e serviços, considerando-se os âmbitos físico, psíquico e social da saúde e a coordenação das diversas ações e serviços assistenciais. Os atributos derivados compreendem a centralidade na família, competência cultural e orientação para a comunidade.⁷

Entre as diversas ações relacionadas ao controle da TB, que são de competência dos serviços da APS, merece destaque a Busca de Sintomáticos Respiratórios (BSR), a realização de exames para o diagnóstico, acompanhamento do tratamento com manejo clínico adequado e controle de comunicantes.⁵

Os dados epidemiológicos refletem a urgência na reorientação das tecnologias de microgestão da clínica destinadas a prover uma atenção à saúde de qualidade às pessoas com TB. Para isso, fazem-se necessários estudos que avaliem os serviços de APS e o processo de cuidado associado ao controle da doença, permitindo assim repensar as ações de atenção à saúde hoje oferecidas e a conformação das redes de atenção do SUS, para que se busque resultados efetivos no controle da TB por meio da oferta de saúde contextualizada.⁸

Desse modo, o objetivo deste estudo foi avaliar a presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde na realização das ações de controle da tuberculose, quanto a:

localização do serviço de saúde, tipo de unidade, categoria profissional e tempo de atuação dos atores sociais envolvidos na produção do cuidado.

Métodos

Estudo epidemiológico realizado de modo transversal, na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais (MG), com 677 profissionais de saúde, no período de agosto de 2017 a junho de 2018. O município fica na Zona da Mata Mineira, é de médio porte e tem uma população estimada de 563.769 habitantes, importante polo econômico, científico e cultural para a região.⁹

Juiz de Fora é considerada prioritária pelo Ministério da Saúde (MS) para ações de controle da TB e apresentou, no ano de 2016, o maior coeficiente de incidência da doença e foi o segundo município em número de casos de TB no Estado de MG.¹⁰

Para o desenvolvimento das ações de controle da TB, o município conta com uma rede robusta de atenção à saúde, dispondo de 94 Equipes de Saúde da Família (eSF) e 21 Equipes de Atenção Básica (eAB), distribuídas em oito regiões administrativas (sete urbanas e uma rural), uma Equipe de Consultório na Rua (CR) e um serviço de referência secundária (Tisiologia) que é complementado pelo apoio de dois hospitais públicos no nível terciário, todos sujeitos à mesma política de controle da tuberculose.

Foram inseridos no estudo todos os profissionais da área da saúde que atuavam diretamente nas ações de controle da TB nos serviços da APS (eSF e eAB) e consultório na rua (CR): médicos (clínico geral e médico de família), enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e agentes de ação social (consultório na rua). Todas essas categorias profissionais podem ser consideradas “informantes-chaves” no contexto da tuberculose, por desempenharem ações específicas em nível das práticas clínicas, de saúde pública ou de implantação da política.¹¹ A população acessível foi constituída por 914 profissionais de saúde. Foram excluídos 97 profissionais porque se encontravam de férias regulamentares (36), licença médica (38), licença-maternidade (4), com cadastro profissional no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), mas sem vínculo atual com município (19). As recusas em participar do estudo totalizaram 121 indivíduos e houve perdas referentes àqueles profissionais que não foram encontrados após três tentativas em dias e horários diferentes (19), resultando em uma amostra de 677 indivíduos.

Para operacionalização da pesquisa, foram realizados agendamentos prévios com os participantes por meio da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (Ssaps). A coleta de dados foi realizada na própria unidade de saúde. Para a coleta dos dados quantitativos, foi

utilizado um instrumento componente do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool),⁶ que posteriormente foi adaptado e validado para avaliar a atenção à tuberculose,¹¹ tendo sido utilizada neste estudo a versão aplicável aos profissionais da área de saúde que trabalham diretamente com as questões relacionadas à TB.

O questionário contém 97 questões específicas para a avaliação do desempenho dos serviços de saúde na atenção ao doente de TB e inclui questões referentes às dimensões da APS: porta de entrada, acesso (subdividido em acesso ao diagnóstico e acesso ao tratamento), vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque na família, orientação para a comunidade e formação profissional.¹¹

Os entrevistados atribuíram a cada item respostas do tipo Likert, com valores entre zero e cinco. O valor zero foi atribuído para resposta “não se aplica” e os valores de um a cinco registraram o grau de relação de preferência (ou adesão/concordância) com as afirmações. Seguindo orientação da versão do PCATool-Brasil¹², adicionou-se uma opção de resposta: não sei/não lembro, que posteriormente é convertida no valor 2 (quase nunca). Essa transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelos entrevistados.¹²

Para o cálculo dos escores, foram seguidos os passos da metodologia proposta no manual do PCATool-Brasil¹². Como resultado geral da avaliação pelo PCATool-TB, permitem-se três medidas: escore essencial (EE), que corresponde à média dos atributos essenciais (porta de entrada, acesso ao diagnóstico, acesso ao tratamento, vínculo, elenco de serviços e coordenação); escore derivado (ED), que é a média dos atributos derivados (enfoque na família, orientação para comunidade e formação profissional); e escore geral (EG), representado pela média dos componentes dos atributos essenciais, acrescida dos derivados, caracterizando, dessa forma, o grau de orientação. Também foi produzido um escore médio (EM) para cada um dos atributos e seus componentes, calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas para cada item que compõe os atributos. O valor obtido para esses escores foi convertido para uma escala de 0 a 10, conforme padronização. Determina-se alta orientação para APS quando a média do escore for igual ou superior a 6,6.¹²

As hipóteses testadas foram de semelhança (ou não) entre os indicadores da localização das unidades de saúde, da modalidade de equipe de saúde, dos diferentes atores (ocupação profissional) e do tempo de atuação profissional (tempo por referência a mediana de 14,9 anos). Utilizaram-se para isso testes não paramétricos Kruskal-Wallis e Mann-

Whitney. A confiabilidade dos indicadores foi analisada através do coeficiente alfa de Cronbach. Os dados foram analisados no IBM SPSS versão 15.

Foram obedecidas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, conforme a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora aprovou o estudo (Parecer nº 2.085.06/ 2017). O termo de consentimento livre e esclarecido foi lido e assinado por todos os participantes.

Resultados

A confiabilidade do instrumento foi medida pelo coeficiente alfa de Cronbach, que obteve um bom nível de confiabilidade (0,88), considerado satisfatório e classificado como alto, segundo Freitas e Rodrigues¹³.

A caracterização da amostra está descrita na Tabela 1. Dos 677 profissionais que constituíram a amostra, 94,8% estão inseridos em unidades que se localizam na área urbana e 80,8% em unidades com equipe de saúde da família. Com relação ao perfil desses profissionais, 87,7% são do sexo feminino, 52,9% são agentes comunitários de saúde e, no que tange à titulação profissional, 64,5% declararam ter concluído ensino médio. A média de tempo de atuação no serviço de saúde em anos foi de 12,7 (DP 8,1).

Tabela 1. Caracterização dos profissionais de saúde participantes do estudo que atuam nas ações de controle da TB no serviço de Atenção Primária à Saúde, no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2018-2019 (n = 677)

Variáveis	n	%
Localização da unidade		
Urbana	642	94,8
Rural	35	5,2
Tipo/modalidade de equipe		
Equipe de Atenção Básica (eAB)	130	19,2
Equipe Saúde da Família (eSF)	547	80,8
Ocupação		
Médico	89	13,1
Enfermeiro	123	18,2
Técnico de enfermagem	86	12,7
Auxiliar de Enfermagem	17	2,5
Agente Comunitário de Saúde	358	52,9
Agente Social	02	0,6
Sexo		
Masculino	83	12,3

Feminino	594	87,7
<i>Titulação profissional</i>		
Ensino médio	336	49,6
Técnico profissionalizante (Ensino Médio)	101	14,9
Graduação	100	14,8
Pós-graduação <i>lato sensu</i>	131	19,4
Pós-graduação <i>stricto sensu</i>	9	1,3

A Tabela 2 apresenta os escores médio de cada atributo, essencial (EE) derivado (ED) e geral (EG), com os respectivos desvios-padrão analisados para cada variável (localização, tipo de unidade, ocupação e tempo de atuação). Porta de Entrada e Enfoque Familiar indicaram forte orientação para a Atenção Primária ($> 6,6$), contudo, não foram significativos para nenhuma característica analisada. Acesso ao Diagnóstico, Acesso ao Tratamento e Orientação para Comunidade foram atributos que apresentaram comportamentos semelhantes: baixos escores para todas as características analisadas ($< 6,6$), mas também sem diferença significativa entre os grupos. Formação Profissional apresentou avaliação ruim para ocupação correspondente ao agente social e valor limítrofe quando o tempo de atuação foi menor que 14,9 anos.

Tabela 2. Valores médios e desvio-padrão dos escores geral, essencial, derivado e por atributos de orientação da APS para a realização das ações de controle da tuberculose segundo localização da unidade, tipo de unidade, categoria e tempo de atuação dos profissionais de saúde da APS. Juiz de Fora, 2018

Variável	Porta de entrada	Acesso ao diagnóstico	Acesso ao tratamento	Vínculo	Elenco serviços	Coordenação	Enfoque familiar	Orientação comunitária	Formação profissional	Escore essencial (EE)	Escore derivado (ED)	Escore geral (EG)
Localização												
Urbana	9,27 (1,77)	5,69 (1,15)	5,57 (1,13)	7,53 (0,93)	6,19 (1,26)	8,91 (0,90)	8,81 (1,35)	5,21 (2,14)	6,84 (2,05)	7,18 (0,62)	6,95 (1,41)	7,11 (0,74)
Rural	8,96 (1,93)	5,45 (1,02)	5,80 (1,02)	6,45 (1,57)	5,64 (1,42)	8,50 (1,75)	8,59 (1,75)	4,81 (1,74)	7,41 (1,72)	6,79 (0,80)	6,93 (1,35)	6,84 (0,93)
<i>p</i> -valor*	0,126	0,218	0,150	<0,001	0,021	0,386	0,391	0,392	0,116	0,002	0,815	0,158
Tipo da equipe												
eAB	9,11 (1,92)	5,68 (1,03)	5,59 (1,03)	7,14 (1,03)	5,61 (1,40)	8,65 (1,16)	8,52 (1,56)	4,80 (2,06)	6,81 (1,96)	6,96 (0,69)	6,70 (1,37)	6,87 (0,80)
eSF	9,28 (1,74)	5,67 (1,17)	5,58 (1,14)	7,55 (0,97)	6,26 (1,20)	8,95 (0,90)	8,87 (1,32)	5,30 (2,13)	6,88 (2,05)	7,21 (0,61)	7,02 (1,41)	7,15 (0,74)
<i>p</i> -valor*	0,273	0,800	0,837	<0,001	<0,001	0,012	0,310	0,230	0,660	<0,001	0,028	0,107
Ocupação												
Médico	8,98 (2,13)	5,67 (1,13)	5,53 (1,15)	7,33 (0,99)	5,75 (1,50)	8,57 (1,01)	8,64 (1,44)	4,90 (2,12)	7,56 (1,93)	6,97 (0,73)	7,03 (1,46)	7,00 (0,87)
Enfermeiro	9,19 (1,81)	5,69 (1,12)	5,70 (1,06)	7,35 (0,85)	6,03 (1,03)	8,71 (0,78)	8,73 (1,28)	5,10 (1,79)	7,07 (1,70)	7,11 (0,53)	6,95 (1,15)	7,05 (0,60)
Tec. Enfermagem	9,18 (1,74)	5,51 (1,11)	5,56 (1,04)	7,45 (0,96)	6,06 (1,11)	9,02 (0,90)	8,68 (1,40)	5,35 (2,22)	6,75 (1,96)	7,12 (0,62)	6,93 (1,50)	7,05 (0,79)
Aux. Enfermagem	9,70 (1,21)	5,61 (1,06)	5,13 (0,93)	7,33 (1,30)	5,60 (1,42)	8,97 (0,80)	8,78 (1,20)	5,10 (2,15)	6,77 (1,92)	7,05 (0,53)	6,90 (1,32)	7,01 (0,59)
Agente Comunitário	9,34 (1,64)	5,71 (1,16)	5,60 (1,16)	7,57 (1,04)	6,34 (1,28)	9,01 (1,01)	8,90 (1,38)	5,27 (2,20)	6,71 (2,15)	7,25 (0,63)	6,16 (1,46)	7,15 (0,77)
Saúde												
Agente social	7,81 (4,37)	6,30 (0,65)	4,65 (0,97)	6,92 (0,40)	6,57 (1,55)	8,70 (0,61)	8,27 (1,51)	4,12 (2,28)	4,85 (1,93)	6,82 (0,85)	5,77 (1,49)	6,47 (0,73)
<i>p</i> -valor**	0,348	0,913	0,297	0,059	<0,001	<0,001	0,098	0,509	0,008	<0,001	0,960	<0,001
Tempo de atuação												
<14,9 anos	9,17 (1,91)	5,67 (1,11)	5,52 (1,11)	7,47 (0,99)	6,16 (1,17)	8,85 (0,96)	8,73 (1,40)	5,14 (2,13)	6,55 (2,15)	7,14 (0,64)	6,80 (1,49)	7,02 (0,78)
≥15 anos	9,36 (1,58)	5,69 (1,20)	5,67 (1,15)	7,49 (1,01)	6,15 (1,40)	8,96 (0,97)	8,90 (1,34)	5,28 (2,12)	7,30 (1,79)	7,21 (0,63)	7,16 (1,28)	7,20 (0,71)
<i>p</i> -valor*	0,377	0,965	0,069	0,237	0,371	0,086	0,065	0,296	<0,001	0,083	<0,001	0,003

*Teste não paramétrico Mann Whitney

**Teste não paramétrico Kruskal Wallis

Com relação ao atributo Vínculo, destaca-se o bom desempenho, em particular para as USF/PACS e fraca orientação para APS desse atributo para a área rural. O Elenco de Serviços destaca-se por baixos escores em todas as categorias avaliadas, particularmente piores na área rural, em eAB e nas ocupações de auxiliar de enfermagem e médicos. A Coordenação demonstrou forte orientação para a Atenção Primária, destacando-se avaliação feita pelos técnicos de enfermagem (TE) e agentes comunitários de saúde (ACSs) e das eSF.

Os Atributos Essenciais (EE) foram bem avaliados para todas as variáveis, embora diferindo as percepções quanto a localização, tipo de unidade, ocupação. Com relação aos Atributos Derivados (ED), merece destaque seu bom desempenho, ainda que diferente entre o tipo de equipe e tempo de atuação. O Escore Geral apresentou boa avaliação, embora com diferenças significativas segundo o tempo de atuação e a ocupação do profissional. Exceção feita à avaliação do agente social ($< 6,6$).

Discussão

Avaliar a presença e extensão dos atributos da APS é necessário para o alcance de bons resultados e da qualidade da atenção à saúde oferecida à comunidade, o que permite ainda a produção de subsídios para gestores, pesquisadores e profissionais acerca das práticas em saúde realizadas, em busca do progresso e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).^{14,15} Permite-se a discussão sobre a práxis dos envolvidos no contexto da saúde, em busca de uma APS sólida, na qual as ações de promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças estejam articuladas.¹⁶

Para refinamento da discussão dos resultados, foram enfatizadas as características que foram significativamente associadas aos atributos analisados. Na generalidade, os Escores Essencial, Derivado e Geral avaliados neste estudo apresentaram índices satisfatórios ($\geq 6,6$), podendo assim deduzir que padrões mínimos esperados de orientação da APS foram alcançados, corroborando outros estudos que identificaram alta orientação dos serviços para a APS, mas que não consideraram a especificidade das ações de controle da tuberculose²⁻⁴.

Embora exista um instrumento do PCATool adaptado para tuberculose, são escassos estudos que façam a mensuração dos valores dos atributos conforme a proposta original do PCATool,¹² ou seja, atribuindo resultados que demonstrem escores geral, essencial e derivado a partir dos escores individualizados de cada atributo, sendo mais usuais estudos que avaliam os atributos de forma isolada.¹⁷⁻²⁰

Um dos grandes problemas relacionados à tuberculose reside em taxa de abandono do tratamento, recidiva de casos e criação de multirresistência aos antibióticos. Os casos em

que há necessidade de retratamento impõem ainda o aumento da probabilidade do desfecho óbito.^{21,22} A literatura reconhece o vínculo como um elemento crucial para adesão ao tratamento e sucesso deste.²³⁻²⁵ Portanto, as estratégias e mecanismos que visem estimular a forte orientação do vínculo para atenção primária são centrais para a garantia da saúde da população.

Na área rural, o vínculo possuiu baixo desempenho, o que pode ser justificado pela presença de várias barreiras organizacionais que vão desde o deslocamento da equipe ao local de trabalho à operacionalização das ações de saúde; distribuição desigual de profissionais, que, no caso do município em questão, uma mesma equipe se responsabiliza por territórios distintos; configuração dispersa da população no território e necessidade recorrente de grandes deslocamentos e trabalho itinerante; e a formação das ruralidades contemporâneas, que implicam heterogeneidade social e os múltiplos papéis do campo para a sociedade.^{26,27}

Os achados revelam boa avaliação do vínculo na perspectiva dos profissionais de saúde tanto em eAB quanto em eSF. O relativo melhor desempenho em eSF pode ser atribuído às características que são próprias do processo de trabalho dessa modalidade, como presença de agentes comunitários de saúde, maior contato e aproximação com os usuários, trabalho extramuro e acessibilidade.

A boa avaliação por parte dos profissionais de saúde pode ser entendida também como uma perspectiva de abertura desses profissionais para construção de relações que sejam mais humanas, corresponsabilizadas, produtivas e horizontalizadas, nas quais a saúde seja tomada como um bem coletivo, estabelecida pelo compromisso com o cuidado e expressa numa relação de fidelidade e confiança.^{6,26,28} Assim, são reflexões pertinentes para tomada de consciência sobre as questões que tangenciam a tuberculose, como causas, tratamento, abandono e prevenção e, também, para a quebra de estigmas relacionados à doença. No tocante à apropriação do vínculo por parte dos profissionais de saúde, impera a perspectiva do trabalho com base no território, que facilita o direcionamento das atividades programáticas voltadas para identificação e tratamento oportuno de casos de acordo com as reais necessidades da população e interlocução com outros setores.^{18,29}

A análise dos dados referentes ao atributo elenco de serviços de saúde revelou o não reconhecimento por parte dos profissionais de saúde das unidades de atenção primária como unidades que garantem a oferta de serviços para a devida abordagem preventiva, diagnóstica e terapêutica nas necessidades e vulnerabilidades individuais e coletivas expressas pela doença. Como resultado, surgem a ausência da integralidade e repercussões negativas sobre

a resolubilidade do sistema, expressas na avaliação negativa para todas as variáveis independentes desse atributo, inclusive com associação significativa para a maioria delas.

Porém, a maioria dos profissionais reconhece que alguns serviços e benefícios elencados nesse atributo não fazem parte da cesta básica de serviços ofertados pela APS do município (por exemplo, cesta básica e vale-transporte), sendo disponibilizados, quando possível, somente no serviço de assistência social regional do município. O fato sinaliza a necessidade de se rediscutir o plano municipal de controle da TB, a fim de adequar a oferta de serviço às reais necessidades de saúde dos doentes.

A baixa pontuação nesse atributo, corroborada por outros estudos,^{19,30} suscita preocupação ainda maior, quando elementos essenciais do cuidado à pessoa com TB na APS não constituem atividades na rotina deste nível de atenção, como a prática de visita domiciliar durante o tratamento, grupos com enfoque educativo às pessoas com o agravo e realização do tratamento diretamente observado (TDO). Isso fragiliza a rede assistencial, impactando negativamente a adesão ao tratamento, um dos principais problemas relacionados ao controle da doença.

Compreende-se que unidades em área rural terão maior dificuldade para garantir a oferta dos serviços, uma vez que as equipes, ao funcionarem de maneira itinerante, não possuem estruturas sólidas para a oferta de seus serviços, contando ainda com recursos limitados devido a sua estruturação física e profissional. Para isso, é necessário que se considerem as questões da doença de modo particular, adequando as ações de acordo com sua realidade, suas necessidades e suas possibilidades, para que se alcancem então resultados mais satisfatórios.^{26,31}

Em pesquisa conduzida no Paraná com médicos e enfermeiros, o escore para esse atributo no controle da tuberculose foi ainda menor do que o encontrado no presente estudo. Como justificativa, os autores sinalizaram a demora e burocracia para a disponibilização de determinados serviços advinda da necessidade do encaminhamento dos usuários ao serviço de assistência social.³¹

Em relação ao atributo Coordenação, ao analisar o desempenho das variáveis, de modo geral, percebe-se que há o reconhecimento pelos profissionais de que o cuidado em saúde oferecido às pessoas com a doença na APS está sendo capaz de integrar as ações, tecnologias e serviços contemplados em um mesmo sistema de saúde. No entanto, há diferenças significativas nessa percepção segundo tipo de equipe e ocupação. As eSFs apresentam uma melhor avaliação desse atributo, e isso pode estar relacionado a uma disponibilidade de profissionais essenciais para seu acompanhamento, que se comprometem

e responsabilizam na assistência ofertada, possibilitando o arranjo de um plano terapêutico singular, no qual os atores deste processo sejam corresponsabilizados pela condução do cuidado em saúde, garantido pela relação estreita de diálogo e autonomia dos sujeitos.³²

O atributo coordenação também foi positivamente avaliado entre as categorias profissionais, o que demonstra uma adequada organização interna do trabalho da equipe por meio dos registros e sistemas de informações disponíveis, o que reflete no conhecimento do usuário, do serviço, da doença e oferta de elementos de informação para o sistema de referência quando necessário (ASSIS, 2012). No entanto, entre as pontuações satisfatórias dos profissionais para o atributo, evidencia-se a menor pontuação dos profissionais médicos, o que pode estar associado ao fato de a categoria ser a principal responsável do município pela emissão de referência e contrarreferência, exigindo deles o registro das informações de forma coerente com a oferta de um cuidado que perpassa a discussão sobre os serviços disponíveis.

Cecilio *et al.*³¹ressaltam a importância dos registros e o uso das informações na coordenação horizontal (entre os membros de uma mesma equipe) e na coordenação vertical, (entre os diferentes serviços de saúde). Isso como forma de integrar a assistência, primando pela existência de protocolos com diretrizes terapêuticas que sinalizam a identificação de casos que devem ser referenciados para outros pontos da rede de atenção na organização do processo de trabalho no cuidado aos usuários.

Um estudo que utilizou o PCATool versão profissionais e usuários identificou resultado concordante, os profissionais avaliaram positivamente o atributo, enquanto os usuários pontuaram negativamente. Contudo, os profissionais médicos relataram não receber contrarreferência, o que acaba prejudicando um atendimento integral e reforça o desafio comunicacional entre os pontos assistenciais.³³ A reflexão que se faz a partir deste resultado converge com a perspectiva de fragmentação da assistência ainda predominante no Brasil.³⁴ É preciso vencer este obstáculo, de modo a favorecer a coordenação do cuidado, o que fortalecerá também a defesa pelas equipes multiprofissionais, com cenários que garantam a infraestrutura física e terapêutica necessária para desempenho das ações.³²

O indicador formação profissional recebeu avaliação satisfatória segundo todas as variáveis independentes, com exceção para o tipo de ocupação, em que o “agente social” pontuou negativamente o atributo, divergindo de um estudo em que a “capacitação dos profissionais” para atendimento aos pacientes com TB obteve o pior desempenho do município, tanto nas eABs como nas eSFs, com baixa proporção de capacitação para atendimento em TB a auxiliares/técnicos de enfermagem, médicos e ACSs.³⁵

Ainda que o resultado deste estudo demonstre o esforço da gestão para formação e capacitação de profissionais para o enfrentamento da doença, a categoria de agente social merece atenção cuidadosa, sinalizando a necessidade de cursos de formação, capacitações e atualizações que os instrumentalizem para uma prática assistencial que favoreça a segurança nas abordagens e eficiência nas condutas com a população em situação de rua.

Para ocupar o cargo de agente social no consultório na rua, não é exigida nenhuma formação específica, o que traz prejuízos à abordagem, que apresenta fragilidades com relação às necessidades do SUS, e por isso reflete negativamente na avaliação dos atributos.^{36,37} Considera-se que o processo de formação dos profissionais da área de saúde influencia o alcance dos atributos da APS, que, quando distantes da realidade vivenciada pelos profissionais que desconsideram as diversidades socioculturais, demonstram um despreparo para lidar com situações específicas.³⁸

Houve associação estatisticamente significativa entre o tempo de atuação e a formação profissional específica para o manejo da tuberculose. Este resultado é divergente de outro estudo em que não houve diferença significativa quando comparados os escores dos atributos e o tempo de atuação dos profissionais (SANTOS *et al.*, 2016). De certo, quanto maior o tempo de trabalho, mais experiência profissional adquirida para o manejo da doença, mais oportunidades de capacitações que favoreçam a prática profissional, oportunizando o vínculo com serviço e usuários e conseqüentemente melhor desempenho nas atividades de controle da TB.^{39,40}

O Escore essencial (EE), que atingiu avaliação desejável para todas as variáveis, pode ter sido influenciado pelos altos escores obtidos pelos atributos essenciais Porta de entrada e Coordenação. Esse escore diferiu significativamente no comparativo quanto a localização das unidades de saúde, tipo de equipe e ocupação profissional.

Compreende-se a superioridade na avaliação das unidades localizadas em área urbana quando considerado que a área rural enfrenta importantes problemas que convergem aos atributos essenciais da APS, como dificuldade de acesso, horário de funcionamento da unidade, tempo de espera e oferta de visitas domiciliares.²⁶

Quanto à modalidade de eSF e eAB, faz-se a reflexão de que prevalece a superioridade da qualidade da atenção dada pela eSF em comparação à eAB.⁴¹

Mas, no que se refere à doença, a forma de organização da atenção à TB, enquanto eSF ou eAB, não foi um fator que ampliou o acesso ao diagnóstico por exemplo.¹¹ A coexistência de modelos de organização da atenção à saúde é uma realidade, devendo isso favorecer a complementariedade das ações a partir dos contextos territoriais e não sua

segregação. Faz-se necessária a realização de outros estudos que procurem alternativas que minimizem estas diferenças em busca de assistência mais equânime.^{41,42}

No que se refere à ocupação profissional, houve associação significativa para o EE, sendo a maior pontuação atribuída ao ACS, o que confirma o protagonismo deste profissional no controle da doença.⁴³ Em estudo conduzido na Cidade do Cabo (África do Sul), comprovou-se o avanço no controle da doença após o envolvimento dos ACSs no planejamento e manejo clínico dos casos.⁴⁴ Contudo a articulação das ações de saúde pauta-se em uma boa comunicabilidade entre os profissionais que vão propiciar a integralidade das mesmas, dando ao serviço a característica de efetividade para as demandas dos usuários.⁴⁵⁻⁴⁷

O serviço de APS também se orienta pelos atributos derivados, a exemplo do enfoque familiar e orientação comunitária, que, no contexto da tuberculose, dizem sobre a forma como os doentes, suas famílias e a comunidade se relacionam e são assistidos nas especificidades da tuberculose, considerando o processo saúde-doença a partir do desenvolvimento e da determinação social da mesma. O escore médio dos atributos derivados (ED) foi suficiente para a maioria das variáveis, exceto para ocupação profissional, em que os ACSs e o Agente Social (CR), ambos profissionais de nível médio, pontuaram abaixo do ideal.

Houve diferença significativa para o ED segundo a variável tipo de equipe e tempo de atuação do profissional. Ao se considerar os atributos que compõem este escore, o resultado é corroborado por estudos que apontam que as eSFs apresentam melhor desempenho dos atributos quando comparadas às eABs.^{17,48} A eSF trabalha com ênfase nas ações envolvendo as famílias e comunidades, voltada principalmente às populações com risco e vulnerabilidade,^{37,49} justificando assim sua melhor pontuação e significância em especial quando as equipes são constituídas de profissionais com vínculo no serviço, expresso, no presente estudo, pelo seu tempo de atuação profissional.

O maior tempo de atuação favorece a relação do profissional com a família e comunidade assistida. Isso é também comprovado em outros estudos que demonstram fragilidades nas ações de controle da tuberculose em contextos onde predominam a resistência e a rotatividade de profissionais, a sobrecarga de funções e a falta de recursos humanos qualificados.^{35,50}

Na avaliação do escore geral, o estudo apresentou resultado satisfatório para todas as variáveis e associação para ocupação profissional e tempo de atuação. O tempo de atuação profissional, já discutido na avaliação do ED, mais uma vez, demonstra sua associação, reforçando a importância de vínculos de trabalho sólidos que favoreçam a permanência do

profissional no serviço de saúde, garantindo assim o melhor desempenho do mesmo, em especial no combate à TB.^{37,51} Um aspecto importante é que todos os profissionais (exceto o agente social) referiram alto escore geral de APS, com valores semelhantes entre si, divergindo de um estudo no qual o escore geral foi significativamente superior entre os médicos e enfermeiros quando comparados aos técnicos de enfermagem e ACSs.⁵²

Faz-se necessário então o destaque para a única categoria profissional que pontuou abaixo da média no escore geral, que foi o agente social. Diante de análise mais detalhada, percebe-se que esta categoria profissional obteve os piores escores para quase todos os atributos. Isso pode estar relacionado ao fato de a implantação da Política Nacional para a População em Situação de Rua⁵³, que institui os CRs, ainda estar em processo de consolidação. Essa condição lhes confere pouco tempo de atuação profissional (variável significativa para a boa avaliação dos atributos), não lhes proporcionando oportunidade de capacitação.

Só no Brasil, estima-se taxa de prevalência de tuberculose na PSR de 37 a 60 vezes maior que a encontrada na população em geral com a interrupção do tratamento, que pode chegar à metade dos casos.^{4,54} Por isso, torna-se um desafio para o profissional o reconhecimento das especificidades nos processos de cuidado desta população em situação de rua (PSR), que inclui especialmente os enfrentamentos dos limites simbólicos que este território impõe ao serviço de saúde.⁵⁵

Como limitações do estudo, considera-se indisponibilidade dos profissionais para responder ao questionário, atribuída à sobrecarga de trabalho e à extensão do instrumento de coleta de dados. Como aspecto positivo, destaca-se uma maior sensibilização dos profissionais em relação à doença, percebida por meio da adesão em atividades advindas deste estudo (atividades extensionistas e capacitações para profissionais da rede). Positivamente, tem-se também a parceria com a gestão municipal de saúde, que reconheceu nesta pesquisa um instrumento de planejamento e gestão, aplicável ao combate à doença.

Conclusão

O estudo possibilitou identificar a presença e extensão dos atributos, de acordo com as características estruturais e processuais do serviço de APS na perspectiva dos profissionais. Tem-se uma boa avaliação do desempenho dos atributos da APS para ações de controle da tuberculose, destacando que as unidades localizadas em região urbana, com equipe de saúde da família, possuem melhor desempenho. As diferentes categorias profissionais avaliam de maneira positiva e homogênea os atributos, sinalizando que a

experiência profissional reflete melhores resultados; contudo, destoam de modo particular os agentes sociais que, no seu trabalho com a população em situação de rua, evidenciam a necessidade de capacitação profissional para que possam contribuir com bom desempenho dos atributos e combate à doença.

A avaliação satisfatória para estes atributos, contudo, não exclui a existência de barreiras na estruturação das unidades básicas de saúde, traduzidas no acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose e na orientação comunitária. Tais obstáculos favorecem uma assistência fragmentada, desconsiderando as singularidades do indivíduo no seu processo de saúde e adoecimento, e fragilizam a participação comunitária, elementos importantes no processo de planejamento do cuidado à pessoa com TB.

Referências

1. Lawn SD, Zumla AI. Tuberculosis. *Lancet Lond Engl*. 2011;378(9785):57–72.
2. World Health Organization. Global tuberculosis report 2018 [internet] [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2019 Sep 20]. Available from: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
3. Ruffino-Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2002;35(1):51–8.
4. Ministério da Saúde (BR). Brasil livre da tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. *Bol Epidemiológico*. 2019 Mar;50(9):1–18.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2017 Sep 22;68.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde; 2002.
7. Giovanella L, Mendonça M. Seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES; 2012.
8. Baumgarten A, Rech RS, Bulgarelli PT, Souza KR, Santos CM, Frichembruder K, *et al*. Ações para o controle da tuberculose no Brasil: avaliação da atenção básica. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. Minas Gerais. Juiz de Fora. Panorama [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 21]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>

10. Secretaria de Estado de Saúde (MG). Sala de situação municipal [Internet]. Belo Horizonte; 2017 [cited 2017 Nov 29]. Available from: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/sala-de-situacao-municipal/>
11. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. *J Bras Pneumol*. 2009;35(6):610–2.
12. Ministério da Saúde (BR). Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool - Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
13. Freitas ALP, Rodrigues SGA. Avaliação da confiabilidade de questionário: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. In: 12º Simpósio de Engenharia de Produção, editor. Anais. Bauru (SP): Unesp; 2005.
14. Araújo RL, Mendonça AVM, Sousa MF. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. *Saúde Em Debate*. 2015;39(105):387–99.
15. Araújo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM de, Almeida Júnior HJB de. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3521–32.
16. Mesquita Filho M, Luz BSR, Araújo CS. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(7):2033–46.
17. Furlan MCR, Marcon SS. Avaliação do acesso ao tratamento de tuberculose sob a perspectiva de usuários. *Cad Saúde Coletiva*. 2017;25(3):339–47.
18. Neves RR, Ferro PS, Nogueira LMV, Rodrigues ILA. Acesso e vínculo ao tratamento de tuberculose na atenção primária em saúde. *J Res Fundam Care Online*. 2016;8(4):5143–9.
19. Sá LD, Rodrigues DCS, Barrêto AJR, Oliveira AAV, Pinheiro PGOD, Nogueira JA. A organização da estratégia saúde da família e aspectos relacionados ao atraso do diagnóstico da tuberculose. *Cogitare Enferm*. 2011;16(3):437–42.
20. Benetti KV, Medeiros CRS, Parreira PMD, Mauro M yvone C, Souza MHN, Farias SNP. Desempenho dos serviços de saúde na atenção à tuberculose na estratégia de saúde da família. *Rev Enferm UERJ*. 2018;26:e31643.
21. Silva VD, Mello FCQ, Figueiredo SCA. Estimated rates of recurrence, cure, and treatment abandonment in patients with pulmonary tuberculosis treated with a four-drug fixed-dose combination regimen at a tertiary health care facility in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *J Bras Pneumol*. 2017;43(2):113–20.
22. Oliveira RCC, Sá LD, Dias DCB, Pinheiro PGOD, Palha PF, Nogueira J de A. Discursos de gestores sobre a política do tratamento diretamente observado para tuberculose. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(6):1069–77.

23. Hino P, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Egry EY. Necessidades em saúde segundo percepções de pessoas com tuberculose pulmonar. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(6):1438–45.
24. Nogueira J de A, Oliveira LCS, Sá LD, Silva CA, Silva DM, Villa TCS. Vínculo e acesso na estratégia saúde da família: percepção de usuários com tuberculose. *Rev Rene* [Internet]. 2012 [cited 2019 Sep 10];13(4). Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4033>
25. Pinheiro PGOD, Sá LD, Palha PF, Oliveira RCC, Nogueira JA, Villa TCS. Pontos de estrangulamento sobre o controle da tuberculose na atenção primária. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(6):1227–34.
26. Silva GS, Alves CRL. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 15];35(2). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2019000205010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
27. Shimizu HE, Trindade JS, Mesquita MS, Ramos MC. Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 15];52. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342018000100404&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
28. Barbosa MIS, Bosi MLM. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2017;27(4):1003–22.
29. Ponce MAZ, Vendramini SHF, Santos MR, Santos MLSG, Scatena LM, Villa TCS. The establishment of bonds between professional and patient in TB treatment: the performance of primary health care services in a city in the interior of São Paulo. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(5):1222–9.
30. Yamamura M, Santos Neto M, Freitas IM, Rodrigues LBB, Popolin MP, Uchoa SAC, *et al*. Tuberculose e iniquidade social em saúde: uma análise ecológica utilizando técnicas estatísticas multivariadas, São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2014;35:270–7.
31. Cecilio HPM, Teston EF, Marcon SS. Acesso ao diagnóstico de tuberculose sob a ótica dos profissionais de saúde. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 17];26(3). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072017000300301&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
32. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Em Debate*. 2018;42(spe1):244–60.
33. Carneiro, Melo DMS, Gomes JM, Pinto FJM, Silva MGC. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde Em Debate*. 2014;38(spe):279–95.

34. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A, Silva EV. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde Em Debate*. 2018;42(spe1):52–66.
35. Wysocki AD, Ponce MAZ, Brunello MEF, Beraldo AA, Vendramini SHF, Scatena LM, *et al.* Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(1):161–75.
36. Fontana KC, Lacerda JT, Machado PMO. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. *Saúde Em Debate*. 2016;40(110):64–80.
37. Coelho Neto GC, Antunes VH, Oliveira A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 19];35(1). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2019000100502&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
38. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(SPE):158–64.
39. Oliveira MPR, Menezes IHCF, Sousa LM, Peixoto M do RG. Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da Atenção Primária. *Rev Bras Educ Médica*. 2016;40(4):547–59.
40. Brito GEG, Mendes ACG, Santos Neto PM, Farias DN. Perfil dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família de uma capital do nordeste do Brasil. *Rev APS*. 2016;19(3):434–45.
41. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Júnior Á, *et al.* Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):633–41.
42. Silva SA, Fracolli LA. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. *Saúde Em Debate*. 2014;38(103):692–705.
43. Crispim JA, Scatolin BE, Silva LMC, Pinto IC, Palha PF, Arcêncio RA. Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(5):721–7.
44. Dudley L, Azevedo V, Grant R, Schoeman JH, Dikweni L, Maher D. Evaluation of community contribution to tuberculosis control in Cape Town, South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis Off J Int Union Tuberc Lung Dis*. 2003;7(9 Suppl 1):S48-55.
45. Pereira RCA, Rivera FJU, Artmann E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface - Comun Saúde Educ*. 2013;17(45):327–40.
46. Lacerda JT, Moretti-Pires RO. Processo de trabalho na atenção básica. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013. (Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica).

47. Peres CRFB, Caldas Júnior AL, Silva RF, Marin MJS. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(4):905–11.
48. Clementino FS, Marcolino EC, Gomes LB, Guerreiro JV, Miranda FAN. Ações de controle da tuberculose: análise a partir do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2019 Aug 15];25(4). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072016000400323&lng=en&nrm=iso&tlng=en
49. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Em Debate*. 2018;42(spe1):18–37.
50. Cunha NV, Cavalcanti MLT, Costa AJL. Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia Saúde da Família em Jardim Catarina – São Gonçalo (RJ), 2010. *Cad Saúde Coletiva*. 2012;20(2):177–87.
51. Stralen ACSV, Massote AW, Carvalho CL, Girardi SN. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2017;27(1):147–72.
52. Penso JM, Périco E, Oliveira MMC, Strohschoen AAG, Carreno I, Rempel C. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. *Rev Bras Med Fam E Comunidade*. 2017;12(39):1–9.
53. Brasil. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2009 Dec 24;16.
54. Adorno RCF. Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. *Etnográfica Rev Cent Em Rede Investig Em Antropol*. 2011;15(3):543–67.
55. Vargas ER, Macerata I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42:e170.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo identificou alta orientação do serviço (escore geral) dos atributos da APS para a realização das ações de controle da tuberculose na perspectiva dos profissionais de saúde.

Entre os atributos essenciais, porta de entrada foi o que recebeu melhor avaliação, reafirmando a posição da APS de ordenadora da rede de atenção à saúde. O acesso ao diagnóstico foi o que recebeu a pior pontuação, revelando a fragilidade do sistema de saúde, que posterga o diagnóstico da doença dos casos bacilíferos, aumentando o tempo de exposição da população em geral ao bacilo, por meio da convivência com os sintomáticos respiratórios não diagnosticados.

Entre os atributos derivados, a orientação comunitária foi avaliada de maneira insatisfatória, evidenciando que o desenvolvimento das ações de controle da TB pelos profissionais de saúde não envolve a comunidade. Diante do impacto do estigma no controle da doença, é urgente o trabalho junto à comunidade, esclarecendo, sensibilizando e comprometendo a pluralidade de atores envolvidos no processo, para atenuar os efeitos do estigma.

As categorias profissionais avaliaram as ações de controle da TB com alta orientação para APS e sinalizaram que o maior tempo de atuação também interfere no resultado positivamente. As eSFs apresentaram melhores resultados comparadas às eABs e as equipes localizadas em área urbana avaliaram o serviço com maior orientação para os atributos quando comparadas às equipes da área rural.

O estudo indicou aspectos e características do serviço que vêm dificultando a operacionalização dos atributos. Sugere-se adequar a oferta de serviços às reais necessidades da pessoa que vive com tuberculose, de modo a diminuir as iniquidades sociais, elemento importante no contexto da doença. Contudo, fazem-se necessárias medidas inovadoras e audaciosas para amenizar o problema da doença nas suas multidimensões.

Vale destacar que este trabalho se diferenciou da maioria dos estudos presentes na literatura que utilizaram o PCATool versão adaptada para tuberculose por produzir os escores conforme a orientação do PCATool original, possibilitando

assim uma compreensão geral da presença e extensão dos atributos da APS nas ações de controle da TB.

Sugere-se que outros estudos utilizando o PCATool- tuberculose sejam realizados com os usuários e gestores, utilizando a mesma proposta de pontuação dos atributos, como também a formulação dos escores essencial, geral e derivado, garantindo assim uma visão completa do desempenho dos atributos da APS para o controle da doença.

Portanto este estudo permitiu a avaliação da presença e extensão dos atributos, de acordo com as características estruturais e processuais do serviço de APS na perspectiva dos profissionais. Espera-se que forneça os apontamentos e análises necessárias dos problemas, para que se busquem estratégias de alcance das metas propostas no Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil : diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. (Série Atenção Básica e Educação na Saúde).
- ALMEIDA, L. M. **Perfil Epidemiológico da tuberculose no Brasil e os avanços no diagnóstico**. 2015. 18 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Biomedicina)–Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2015.
- BERTOLOZZI, M. R. et al. O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 93, n. 2, p. 83–89, 2014.
- BERWICK, D.; FOX, D. M. “Evaluating the Quality of Medical Care”: Donabedian’s Classic Article 50 Years Later. **The Milbank Quarterly**, Malden, v. 94, n. 2, p. 237–241, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; define o processo de reorganização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do sistema único de saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 223, 29 jan. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças endêmicas. **Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Consultórios de Rua do SUS**. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, EPSJV/Fiocruz, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: primary care assessment tool pcatool - Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica**: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. **Manual de telessaúde para a atenção básica, atenção primária à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Tuberculose no Brasil: realidade e perspectivas. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 43, p. 1–19, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 59, 13 jun. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 47, n. 13, p. 1–15, 2016.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas constitucionais nºs 1/1992 a 95/2016, pelo Decreto legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas constitucionais de revisão nºs 1 a 6/1994. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2017a. (Textos Básicos; n. 139).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Brasil livre da tuberculose**: plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Indicadores prioritários para o monitoramento do plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como problema de Saúde Pública no Brasil. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 48, n. 8, p. 1–11, 2017c.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Workbook for designing, implementing and evaluating a sharp injury prevention program**. 2008. Disponível em: <https://www.cdc.gov/sharpssafety/pdf/sharpssworkbook_2008.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2019.

CLEMENTINO, F. S. et al. Ações de controle da tuberculose: análise a partir do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 4, p. e4660015, 2016.

CLEMENTINO, F. S.; MIRANDA, F. A. N. Tuberculose: acolhimento e informação na perspectiva da visita domiciliária. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 350–354, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: Conass, 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29–47.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705–711, 2006.

DONABEDIAN, A. Enfoques básicos para la evaluación. In: DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica**: definición y métodos de evaluación. México: La prensa Médica Mexicana, 1984. p. 97–157.

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

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553–563, 2006.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRACOLLI, L. A. et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4851–4860, 2014.

FREITAS, A. F.; FREITAS, A. F.; FERREIRA, M. A. M. Gestão social como projeto político e prática discursiva. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 278–292, 2016.

GONÇALVES, B. D. **Perfil epidemiológico da exposição à tuberculose em um hospital universitário**: uma proposta de monitoramento da doença. 2009. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

GONÇALVES, M. J. F.; PENNA, M. L. F. Morbidade por tuberculose e desempenho do programa de controle em municípios brasileiros, 2001-2003. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, Suplemento 1. v. 41, p. 95–102, 2007.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HIJJAR, M. A. et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, Suplemento 1. v. 41, p. 50–57, 2007.

HORTA, T. C. et al. **Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde**: projeto de implantação. Juiz de Fora: Prefeitura de Juiz de Fora, 2014.

HUF, G.; KRITSKI, A. Avaliação da utilidade clínica de novos testes diagnósticos em tuberculose: o papel dos ensaios clínicos pragmáticos. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 237–245, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil**: Panorama. c2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>>. Acesso em: 21 dez. 2019a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Juiz de Fora**: Panorama. c2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>>. Acesso em: 21 fev. 2019b.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. **Cidade**: clima. Disponível em: <<http://www.pjf.mg.gov.br/institucional/cidade/clima.php>>. Acesso em: 21 dez. 2017a.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria de Administração e Recursos Humanos. **Estrutura Organizacional**. Organogramas das administrações direta e indireta: Secretaria de Saúde, c2016. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/sarh/estrutura_organizacional/ss.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2018b.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, R. A. Z. et al. (Org.). **Epidemiologia**. São Paulo: Ateneu, 2008. p. 125–50.

MACIEL, E. L. N. Estratégias Da Agenda Pós-2015 Para o Controle Da Tuberculose No Brasil: Desafios e Oportunidades. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 1–2, 2016.

MENDES, E. V. **Os Grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MENZ, H. B. et al. Reliability of the GAITRite Walkway System for the Quantification of Temporo-Spatial Parameters of Gait in Young and Older People. **Gait & Posture**, Oxford, v. 20, n. 1, p. 20–25, 2004.

MINAS GERAIS. Governo de Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.979, de 18 de novembro de 2014. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização – PDR-SUS/MG 2014. 18 nov. 2014. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/18/mg-180315.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2017.

MINAS GERAIS. Governo do Estado de Minas Gerais. Scretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.190 de 1 de outubro de 2015. Homologa a Declaração de Comando Único do município que assumirá a gestão de seus prestadores em 2015. 1 out. 2015. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del2190.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2017.

MONROE, A. A. et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 262–267, 2008.

OLIVEIRA, A. E. F.; REIS, R. S. **Gestão pública em saúde: os desafios da avaliação em saúde**. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2016. (Guia de Gestão Pública em Saúde, Unidade XIV).

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Nações Unidas: Declaração do Milênio** (versão em português). Lisboa: United Nations Information Centre, 2000.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 8, 2009.

REDE TB. **Diagnóstico**. Disponível em: <<http://www.redetb.org/index.php/institucional/areas-de-pesquisa/2-diagnostico>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 35, n. 1, p. 51–58, 2002.

RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. (Org.). **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil - histórico e peculiaridades regionais**. Ribeirão Preto: Instituto Milênio Rede TB, 2000.

SÁ, L. D. et al. Cuidado ao doente de tuberculose na estratégia saúde da família: percepções de enfermeiras. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 356–363, 2012.

SÁNCHEZ, R.; ECHEVERRY, J. Validación de escalas de medición en salud. **Revista de Salud Pública**, São Paulo, v. 6, p. 302–318, 2004.

SANTOS, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, Suplemento 1. v. 41, p. 89–93, 2007.

SCALCO, S. V.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 603–614, 2010.

SILVA, L. M. C. **Elaboração e validação de um instrumento de avaliação da transferência do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose segundo a perspectiva de profissionais de saúde de nível médio e superior (ATP- IINFOC-TB)**. 2016. 177 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública)–Universidade Estadual de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80–91, 1994.

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

_____. **Primary care: balancing health needs, services and technology**. New York: Oxford University Press, 1998.

STOP TB PARTNERSHIP; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The global plan to stop tuberculosis**. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GLOBAL_PLAN_TO_STOP_TB_2001_2005.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2017.

_____. **The global plan to stop TB 2006-2015**. Geneva: World Health Organization, 2006.

_____. **The global plan to stop TB 2011-2015**. Geneva: World Health Organization, 2010.

_____. **The Paradigm Shift – 2016-2020**. Geneva: World Health Organization, 2015.

VELOSO, M. A. P. **Panorama epidemiológico e desafios para o controle da tuberculose em Minas Gerais**. Belo Horizonte: DAT/SVE/SUBVPS/SES-MG, 2019. (Apresentação de Slides).

_____. **Visita de Monitoramento e Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose**. Juiz de Fora: Coordenação do Programa Estadual de Controle da Tuberculose/Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2017. (Apresentação de Slides).

VIACAVAL, F. et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921–934, 2012.

VILLA, T. C. S. et al. Fatores preditivos aos resultados desfavoráveis no tratamento da tuberculose: revisão integrativa da literatura (2001-2005). **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 7, n. 0, 2008. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1098>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 610–612, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Control**. Geneva: World Health Organization, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Strategic and technical advisory group for tuberculosis (STAGTB)**: report of the 13th meeting. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/tb/advisory_bodies/STAG_report2013.pdf?ua=1>. Acesso em: 26 fev. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report 2014**. Geneva: World Health Organization, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report 2015**. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report 2016**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250441/1/9789241565394-eng.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report 2017**. Geneva: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017.

WORTHEN, B.; SANDERS, J.; FITZPATRICK, J. Evaluation's basic purpose, uses, and conceptual distinctions. In: WORTHEN, B.; SANDERS, J.; FITZPATRICK, J. **Program Evaluation**: alternativas approaches and practical guidelines. 2. ed. New York: Logman, 1997. p. 3–34.

WYSOCKI, A. D. et al. Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 161–175, mar. 2017.

ZAGMIGNAN, A. et al. Caracterização epidemiológica da tuberculose pulmonar no Estado do Maranhão, entre o período de 2008 a 2014. **Revista de Investigação Biomédica**, São Luis, v. 6, n. 1, p. 6–13, 2014.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Juiz de Fora - MG”**. Nesta pesquisa pretendemos **conhecer e avaliar as dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços públicos de controle da Tuberculose no que envolve às redes de Atenção Primária, Secundária e Terciária à saúde de Juiz de Fora - MG**. O motivo que nos leva a estudar a **avaliação do programa de controle da tuberculose se dá pelo fato pela necessidade de estudos que avaliem e compreendam esse conjunto de ações e atividades amplas no tratamento de TB nos mais diferentes âmbitos do serviço e com todas as categoriais profissionais e envolvidas direta ou indiretamente na prestação do cuidado em saúde, de maneira a identificar e refletir sobre os motivos pelos quais as metas estabelecidas não têm sido alcançadas pelos nossos serviços de saúde.**

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: O Sr. (a) será submetido a coleta de dados em que utilizaremos um questionário contendo perguntas fechadas e abertas que será aplicado individualmente com sua permissão através de equipamento eletrônico para posterior análise. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Apesar disso você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. A pesquisa contribuirá para **o conhecimento da atual situação do Programa de Controle da Tuberculose em Juiz de Fora em âmbito de Atenção Primária, Secundária e Terciária em Saúde.**

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **“Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Juiz de Fora - MG”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Girlene Alves da Silva
Endereço: Campus Universitário da UFJF – Faculdade de Enfermagem
CEP: 36036-900 / Juiz de Fora – MG
Fone: (32) 99103-4781 / E-mail: girleneas@terra.com.br

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa Humana - UFJF
Campus Universitário da UFJF
Pró-Reitoria de Pesquisa
CEP: 36036-900
Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@uff.edu.br

ANEXO A – Relatório da Visita de Monitoramento e Avaliação do Programa de Controle de Tuberculose



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR
PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

RELATÓRIO DA VISITA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

Introdução

A tuberculose representa um importante problema de saúde pública. Possui diagnóstico e tratamento eficazes, entretanto, mantém elevado número de casos em diversos locais. Segundo o último relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), é a doença infecciosa que mais mata jovens e adultos, ultrapassando o HIV/AIDS. No Brasil são notificados aproximadamente 70 mil casos novos e ocorrem 4,6 mil mortes em decorrência da doença (13 brasileiros morrem em média todos os dias de tuberculose).

Minas Gerais notificou 4.585 doentes no ano de 2016, com 166 óbitos (dados parciais). Juiz de Fora é o segundo município com maior número de casos do Estado, notificou 383 casos de tuberculose em 2016, com 15 óbitos (dados parciais). O percentual de cura para os casos de tuberculose no município em 2015 foi de 63,9%, resultado aquém do recomendado pela OMS que é de 85%. Diante da situação epidemiológica da tuberculose no município de Juiz de Fora, o Programa Estadual de Controle da Tuberculose (PECT) em conjunto com o Ministério da Saúde (MS) realizaram visita de monitoramento e avaliação ao referido município, com o objetivo de avaliar e propor ações para aumentar a efetividade dos resultados epidemiológicos referentes ao Controle da Tuberculose nesse local.

Data da visita de campo: 05 e 06/06/2017

Município: Juiz de Fora

Locais visitados: Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora; Laboratório Macrorregional; Hospital João Penido; DCE/Pam Marechal; SAE.

Equipe de monitores:

Maira Veloso (SES-MG)

Claudia Herminia de Lima (SES-MG)

Estefânia Quilma Andrade (Ministério da Saúde)

Ruy Souza (Ministério da Saúde)

Stefano Codenotti (Ministério da Saúde)



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO EM SAÚDE
 SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR
 PROGRAMA ESTADUAL DE CONTRÔLE DA TUBERCULOSE

A - Diagnóstico situacional:

1. Painel de Indicadores Epidemiológicos e Operacionais, ano 2015:

DESCRIÇÃO	PARÂMETROS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE/OMS	PERCENTUAIS DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA
Taxa de Identificação de Sintomáticos Respiratórios	Mínimo de 1% da população	0,37%
Taxa Realização de Cultura do Escarro nos Casos de Retratamento de Tuberculose Pulmonar	100%	28,3%
Taxa de Cura CN BK ⁻	Mínimo de 85%	58,1%
Taxa de Casos sem Informação (Ign/Branco)	0%	5,4%
Taxa de Abandono CN BK ⁺	Máximo de 5%	16,3%
Taxa de Realização de Tratamento Diretamente Observado	100%	8,7%
Taxa de Realização teste anti-HIV	100%	75,7%

Fonte: PEC/SVE/AS1/SU/BVPS/SES-MG, SINAN-NE1/TB - atualização em 26/05/2017

2. Principais problemas observados nas ações e serviços voltados para o controle da tuberculose em Juiz de Fora:

- Sistema fragmentado de atenção à pessoa com tuberculose (TB);
- Elevado número de casos de TB diagnosticados na atenção secundária e terciária;
- Baixa identificação de Sintomáticos Respiratórios (SR) pela atenção primária;
- Baixa realização de Tratamento Diretamente Observado (TDO) pela atenção primária;
- Desfechos de tratamento (cura, abandono, entre outros) fora dos parâmetros recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS);
- Dificuldade na assistência às populações vulneráveis (população em situação de rua e privados de liberdade);
- Baixa utilização do equipamento de Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB);
- Baixa realização do exame de cultura de escarro nos casos recomendados;
- Gestão incorreta do Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITE-TB);
- Falta de envolvimento da assistência na gestão dos casos complexos de TB – SITE-TB;



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO EM SAÚDE
 SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR
 PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

- Infraestrutura inadequada para atendimento de TB resistente no DCE/PAM Marechal;
- Falta de assistência farmacêutica no DCE/PAM Marechal;
- Inexistência de diagnóstico de Micobacterias Não.Tuberculosas (MNT).

B - Recomendações Pactuadas na Plenária de Encerramento:

1. Recomendações Gerais:

- ✓ Criar Grupo Técnico Multidisciplinar para discussões e integração das ações relacionadas ao programa de tuberculose no municipal.
- ⊙ Organizar o processo de trabalho com definição de fluxo de atendimento entre os níveis de atenção, com determinação de responsabilidades e prazos;
- ↓ Organizar a gestão de casos no SITE-TB das unidades de referência (Hospital João Penido, DCE e SAE);
- ✓ Realizar o tratamento da tuberculose sensível nas unidades de atenção primária, conforme manual de recomendações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT);
- ✓ Intensificar a identificação de Sintomáticos Respiratórios na comunidade pela atenção primária;
- ✓ Realizar, na atenção primária, o Tratamento Diretamente Observado para todos os casos de tuberculose;
- ↓ Definir estratégias para consultas de acompanhamento e exames dos casos de pessoas em situação de rua;
- ✓ Encaminhar todas as amostras de diagnóstico, conforme algoritmo estabelecido pelo MS, ao laboratório macrorregional de JF para realização do Teste Rápido Molecular;
- ✓ Realizar o exame de cultura conforme as recomendações estabelecidas pela SES-MG e FUNED (Nota Informativa Conjunta 001/2016);
- ✓ Encaminhar as amostras de escarro para realização de diagnóstico e acompanhamento da população privada de liberdade, segundo algoritmo do MS;
- ✓ Solicitar apoio da regional de saúde e do programa estadual no planejamento das ações de controle da tuberculose.



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO EM SAÚDE
 SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR
 PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

2. Recomendações de atividades para início imediato:

- Definir cronograma de reuniões do Grupo Técnico priorizando, neste momento, a elaboração de um plano de ação para atender as recomendações desse relatório;
- Organizar o processo de trabalho interno para gestão das ações de controle da tuberculose no município;
- ✓ • Realizar reunião com representantes da atenção primária, secundária e terciária, vigilância epidemiológica, laboratório e demais áreas, para estabelecer os papéis de cada um no diagnóstico, tratamento e acompanhamento das pessoas com tuberculose;
- ✓ • Definir rede assistencial com fluxo de referência e contra referência para os casos de tuberculose;
- ✓ • Divulgar os fluxos estabelecidos, para todos os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento dos casos no município;
- Realizar capacitação, para os profissionais de saúde, nas diretrizes clínicas e operacionais do Programa de Controle da Tuberculose (PCT);
- ✓ • Realizar o diagnóstico dos casos novos de tuberculose por meio do TRM-TB;
- ✓ • Formalizar as equipes multidisciplinares nas referências (Hospital João Penido, DCE e SAE) para gestão de casos no SITE-TB;
- Definir assistência farmacêutica para realizar a gestão de medicamentos dos casos especiais do DCE;
- Capacitar as equipes das referências (Hospital João Penido, DCE e SAE) que farão a gestão do SITE-TB, com apoio do programa estadual;
- Responsabilizar as referências (Hospital João Penido, DCE e SAE) por todo o processo de gestão dos casos e de medicamentos do SITE-TB.
- Monitorar, através da referência municipal da vigilância epidemiológica, os casos cadastrados no SITE-TB;

Importante:

- O município fará a elaboração de um plano de ação contendo as recomendações propostas, com definição de prazos e responsáveis. O plano deverá ser encaminhado ao PECT/SES-MG



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO EM SAÚDE
 SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR
 PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

(tuberculose@saude.mg.gov.br) e para a Regional de Saúde (epidemi.jfo@saude.mg.gov.br), até o dia 01 de Agosto de 2017.

- A Regional de Saúde de Juiz de Fora, em conjunto com o PECT/SES-MG, fará o monitoramento do plano de ação e contribuirá com a execução das ações de acordo com demanda e disponibilidade.

- A próxima Visita de Monitoramento e Avaliação *in locu* ao município de Juiz de Fora está agendada para Novembro de 2017. Será realizada novamente pelo PECT/SES-MG em conjunto com o PNCT/Ministério da Saúde e terá por objetivo discutir e avaliar as ações executadas, bem como propor novas recomendações para 2018.

Agradecemos a colaboração de todos e colocamo-nos a disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Maira de Assis Pena Veloso

Maira de Assis Pena Veloso
 Coordenadora do Programa Estadual de Controle da Tuberculose
 SVEAST/SUBVPS/SES-MG

Deise Aparecida dos Santos

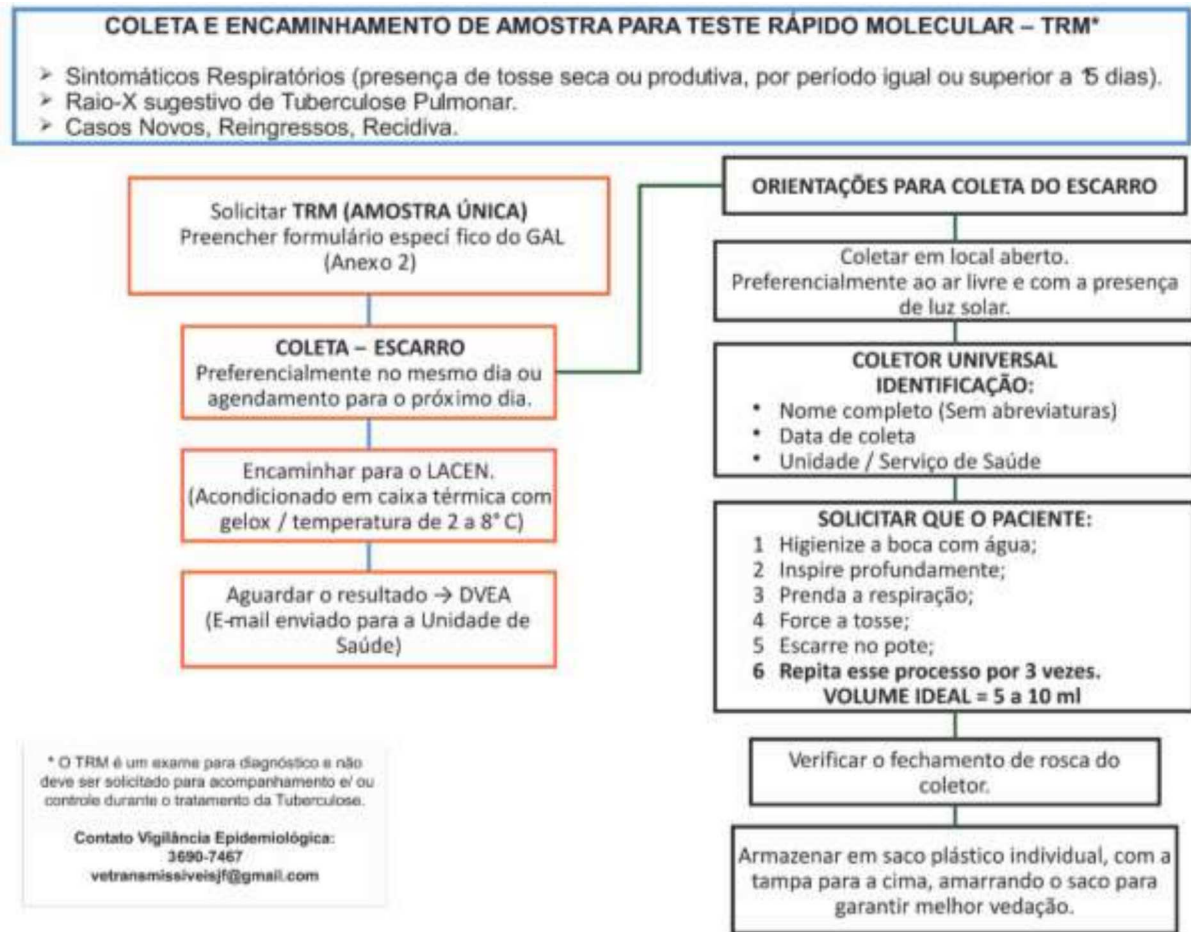
Deise Aparecida dos Santos
 Superintendente de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador
 SUBVPS/SES-MG

Rodrigo Fabiano do Carmo Said

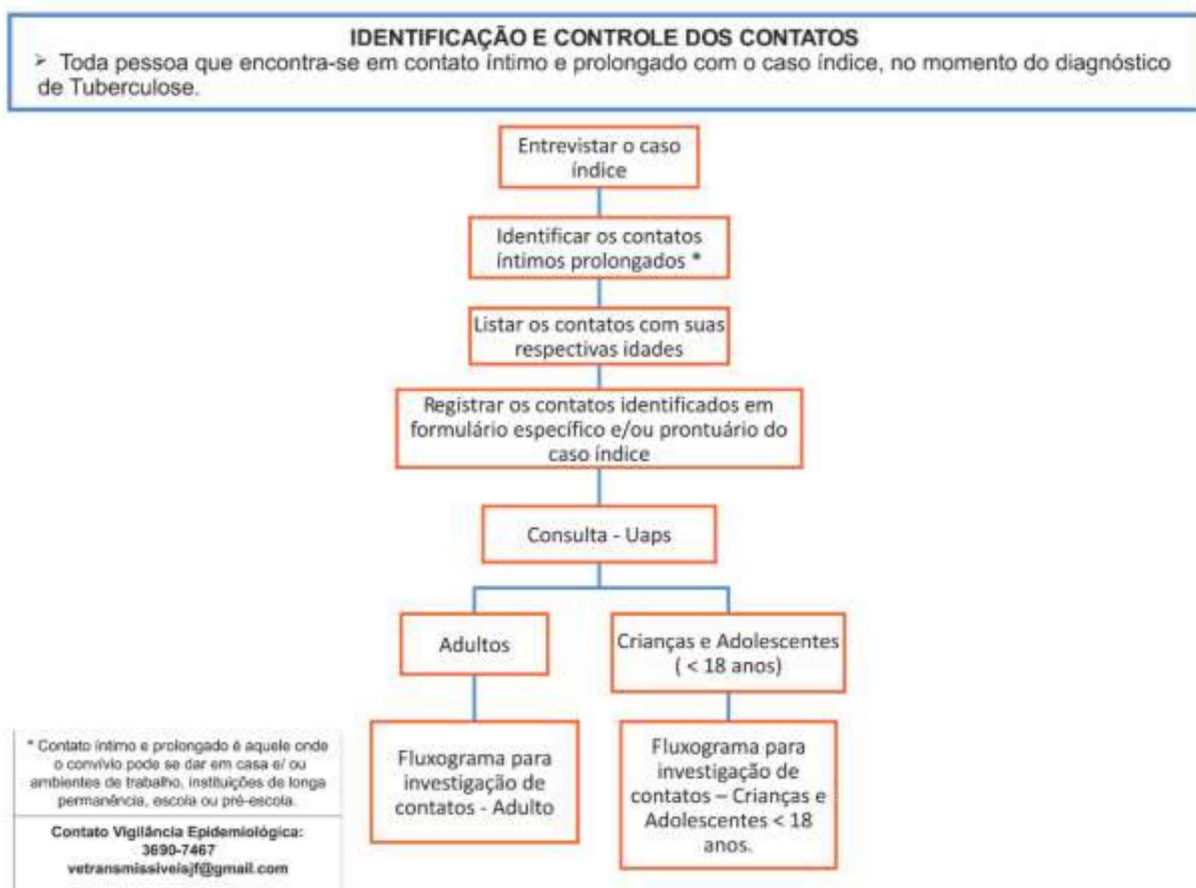
Rodrigo Fabiano do Carmo Said
 Subsecretário de Vigilância e Proteção à Saúde
 SES-MG

Rodrigo Fabiano do Carmo Said
 Subsecretário de Vigilância
 e Proteção à Saúde
 SES-MG - Rua ... 300, 30600

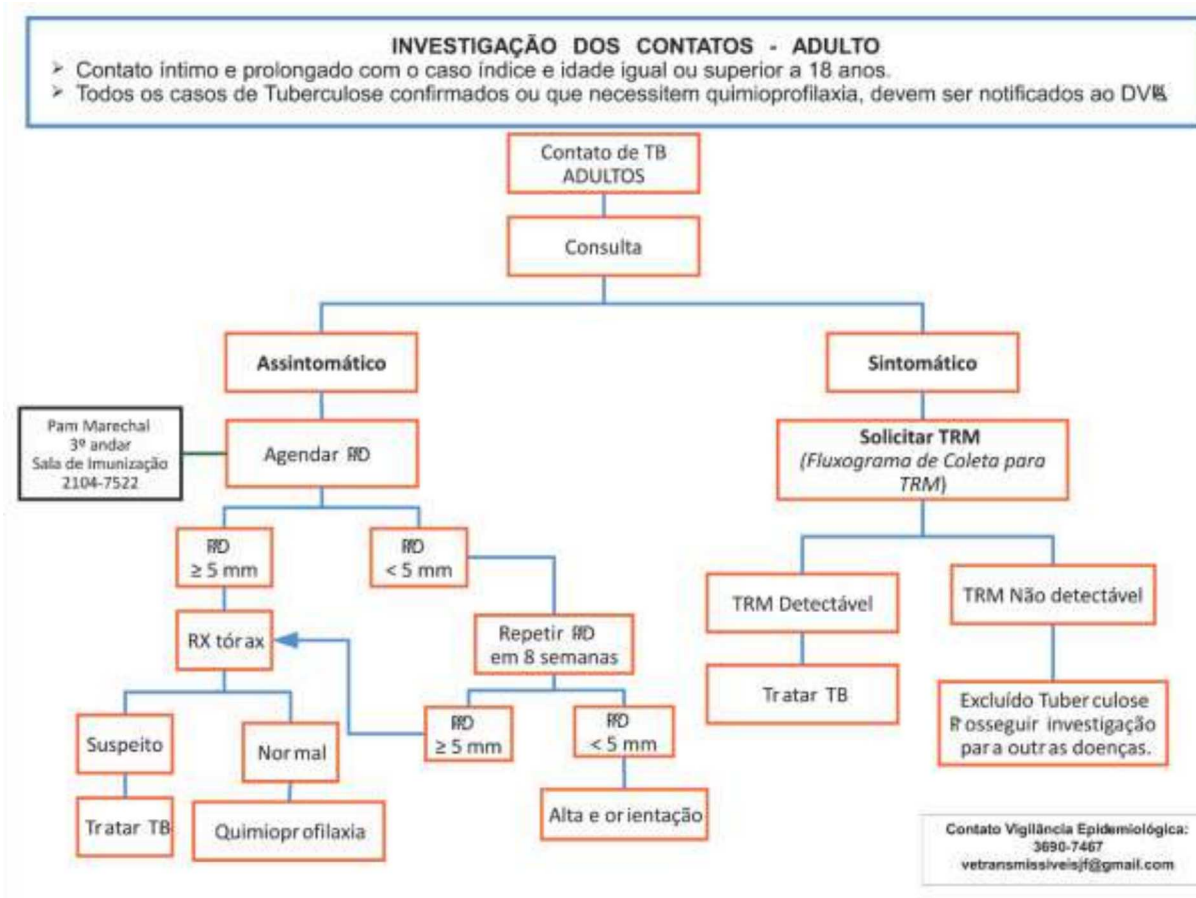
ANEXO B – Fluxograma para coleta e encaminhamento de amostra para TRM



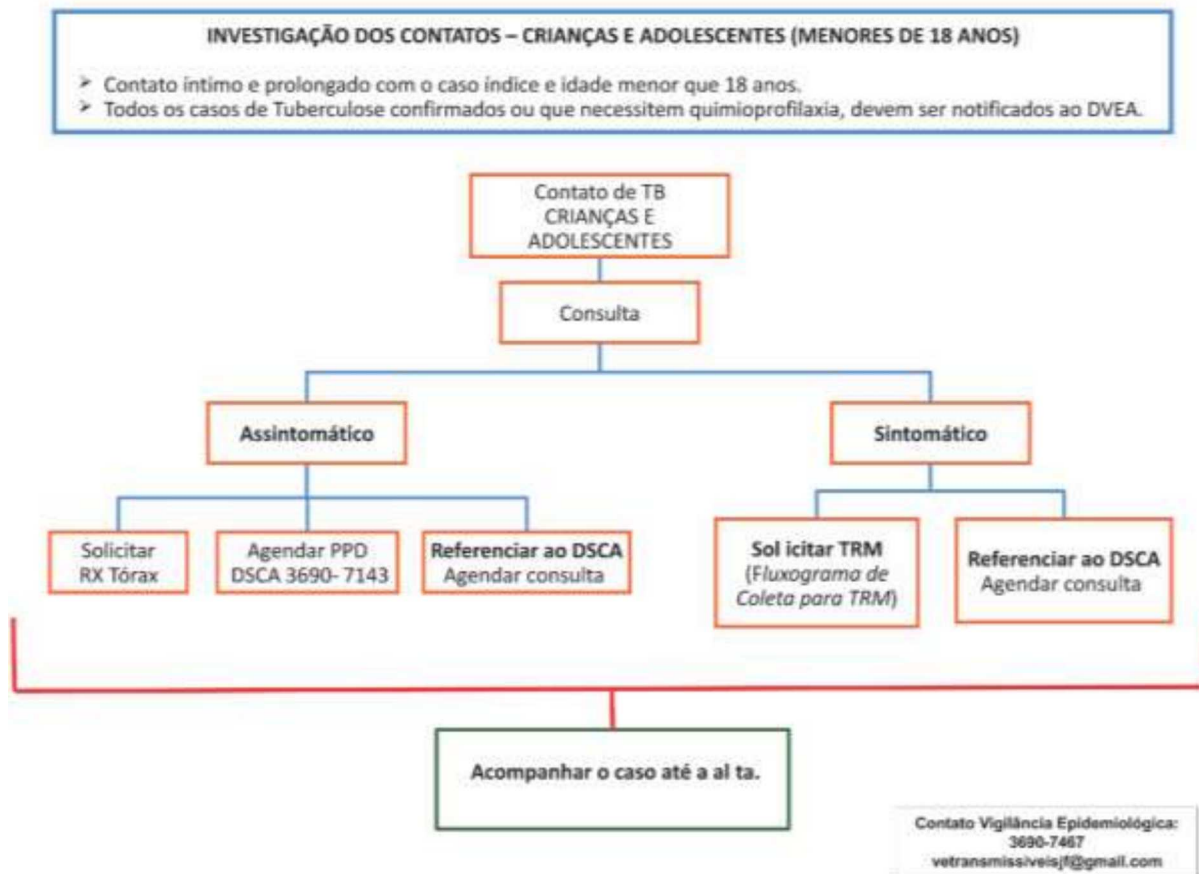
ANEXO C – Fluxograma para identificação e controle dos contatos



ANEXO D – Fluxograma para investigação dos contatos adultos



ANEXO E – Fluxograma para investigação dos contatos menores de 18 de anos



ANEXO G – Tela de acompanhamento de tuberculose

TELA DE ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE

UF	Município de Notificação	Código (IBGE)
M G	JUIZ DE FORA	3 1 3 6 7 0
Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código
Nome do Paciente		9 Data de Nascimento
Houve mudança de endereço residencial 1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/>		
UF	Município de Residência	Código (IBGE)
		Distrito
Bairro	Logradouro (rua, avenida,...)	Código
Número	Complemento (apto., casa, ...)	Geo campo 1
Geo campo 2	Ponto de Referência	CEP
(DDD) Telefone	Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	Pais (se residente fora do Brasil)
Data da Consulta de Acompanhamento	Peso do Paciente	
Baciloscopias de acompanhamento (escarro) 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 4 - Não se aplica		
<input type="checkbox"/> 1º mês <input type="checkbox"/> 2º mês <input type="checkbox"/> 3º mês <input type="checkbox"/> 4º mês <input type="checkbox"/> 5º mês <input type="checkbox"/> 6º mês <input type="checkbox"/> Após 6º mês		
Exame HIV	Tratamento Diretamente Observado (TDO) realizado	Total de contatos examinados
1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Em andamento <input type="checkbox"/>	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	
Situação de Encerramento 1 - Cura 2 - Abandono 3 - Óbito por TB 4 - Óbito por outras causas 5 - Transferência 6 - Mudança de Diagnóstico 7 - TB-DR 8 - Mudança de esquema 9 - Falência 10 - Abandono Primário <input type="checkbox"/>		
Se transferência 1 - Mesmo município 2 - Município diferente (mesma UF) 3 - UF diferente 4 - País diferente 9 - Ignorado		
UF de transferência	Município de transferência	Data de Encerramento
Informações complementares e observações		
Observações Adicionais		
Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
Nome	Função	Assinatura

ANEXO H – *Check list* para acompanhamento dos casos de tuberculose

CHECK LIST – ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DE TUBERCULOSE

Paciente: _____ Pront.: _____

PRIMEIRA CONSULTA COM DIAGNÓSTICO TB

- Fazer notificação
- Solicitar tuberculostáticos
- Entregar tuberculostáticos (4em1/30 dias)
- Pedir exame HIV
- Avaliar necessidade de TDO
- Registrar TDO
- Realizar levantamento de contatos
- Enviar impressos DVEA

PRIMEIRO ACOMPANHAMENTO

- Busca Ativa do paciente faltoso
- Pesar paciente
- Fazer Tela de Acompanhamento
- Registrar TDO
- Avaliar resultado de HIV
- Avaliar contatos
- Fazer notificação de Quimioprofilaxia
- Solicitar tuberculostáticos
- Entregar tuberculostáticos (4em1/30 dias)
- Entregar quimioprofilaxia (Isoniazida/30 dias)
- Enviar impressos DVEA

SEGUNDO ACOMPANHAMENTO

- Busca Ativa do paciente faltoso
- Pesar paciente
- Fazer Tela de Acompanhamento
- Registrar TDO
- Avaliar Contatos
- Fazer Tela de Acompanhamento da Quimioprofilaxia
- Pedir BAAR para controle
- Solicitar tuberculostáticos
- Entregar tuberculostáticos (2em1/30 dias)
- Entregar quimioprofilaxia (Isoniazida/30 dias)
- Enviar impressos DVEA

TERCEIRO ACOMPANHAMENTO

- Busca Ativa do paciente faltoso
- Pesar paciente
- Avaliar resultado da cultura TRM
- Avaliar BAAR de controle
- Fazer Tela de Acompanhamento
- Registrar TDO
- Avaliar contatos
- Fazer tela de Acompanhamento da Quimioprofilaxia
- Entregar tuberculostáticos (2em1/30 dias)
- Entregar quimioprofilaxia (Isoniazida/30 dias)
- Enviar impressos DVEA

QUARTO ACOMPANHAMENTO

- Busca Ativa do paciente faltoso
- Pesar paciente
- Fazer Tela de Acompanhamento
- Registrar TDO
- Avaliar Contatos
- Fazer tela de Acompanhamento da Quimioprofilaxia
- Pedir BAAR para controle
- Solicitar tuberculostáticos
- Entregar tuberculostáticos (2em1/30 dias)
- Entregar quimioprofilaxia (Isoniazida/30 dias)
- Enviar impressos DVEA

QUINTO ACOMPANHAMENTO

- Busca Ativa do paciente faltoso
- Pesar paciente
- Avaliar BAAR de controle
- Fazer Tela de Acompanhamento
- Registrar TDO
- Avaliar contatos
- Fazer tela de Acompanhamento da Quimioprofilaxia
- Entregar tuberculostáticos (2em1/30 dias)
- Entregar quimioprofilaxia (Isoniazida/30 dias)
- Enviar impressos DVEA

SEXTO ACOMPANHAMENTO

- Busca Ativa do paciente faltoso
- Pesar paciente
- Fazer Tela de Acompanhamento
- Registrar TDO
- Avaliar Contatos
- Fazer tela de Acompanhamento da Quimioprofilaxia
- Pedir BAAR e RX para controle
- Entregar quimioprofilaxia (Isoniazida/30 dias)
- Enviar impressos DVEA

ENCERRAMENTO

- Busca Ativa do paciente faltoso
- Fazer Tela de Acompanhamento - Encerramento
- Fazer tela de Acompanhamento da Quimioprofilaxia - Encerramento
- Registrar TDO
- Avaliar RX e BAAR
- Alta do paciente
- Alta contato
- Enviar impressos DVEA

ANEXO I – Questionário aplicado aos profissionais para coleta de dados

Villa TCS, Ruffino-Netto A

Anexo II - Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho de serviços da atenção básica no controle da tuberculose em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil.

II. Profissionais de saúde

Número do questionário: _____
 Município: _____
 Responsável pela coleta de dados: _____
 Data da coleta de dados: ____/____/____
 Digitador: _____ Data da digitação: ____/____/____

A. Informações gerais

1. Iniciais: _____
2. Tipo de unidade

UBS	1 ()
UBS/PACS	2 ()
USF/PACS	3 ()
Ambulatório de Referência	4 ()
3. Nome do Serviço de Saúde: _____
4. Endereço: _____
5. Cidade: _____
6. Telefone: _____
7. FAX: _____
8. E-mail: _____
9. Titulação do entrevistado (especificar área):
10. Ocupação

Médico	1 ()
Enfermeiro	2 ()
Técnico de Enfermagem	3 ()
Auxiliar de Enfermagem	4 ()
Outros (_____)	5 ()
11. Número de anos que trabalha nesta função: _____ anos

B. Porta de entrada

Para as questões 12 a 13, responda:

- 1 – UBSF/PACS; 2 – UBS; 3 – Ambulatório de referência; 4 – Hospital Público; 5 – Hospital Privado;
 6 - Consultório particular; 7 – Pronto atendimento; 8 - Outros (_____)
12. () Quando os usuários precisam de algum controle de saúde preventivo (vacinar BCG, exames de escarro), qual serviço de saúde eles procuram?
 13. () Qual o primeiro serviço de saúde que o usuário procura quando apresenta sinais/sintomas da TB?

C. Acesso ao diagnóstico

Parar a questão 14, responda:

1 - (5 dias ou mais) 2 - (4 dias) 3 - (3 dias) 4 - (2 dias) 5 - (1 dia - 24 horas)

14. () Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB, quanto tempo demora para conseguir consulta ?

Para as questões 15 a 16, responda:

1 – (5 ou mais vezes); 2 – (4 vezes); 3 – (3 vezes); 4 – (2 vezes); 5 – (1 vez); 0 – Não se aplica

15. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para conseguir atendimento?
16. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para realizar o diagnóstico de TB?

Para a questão 17, responda:

1 – (5 ou mais semanas); 2 – (4 semanas); 3 – (3 semanas); 4 – (2 semanas); 5 – (1 semana)

17. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quanto tempo leva para receberem o diagnóstico de TB?

Questionário para avaliação de desempenho de serviços
de atenção básica no controle da TB no Brasil

Anexo II - Continuação...

C. Acesso ao diagnóstico

Para a questão 18, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

18. Para consulta de diagnóstico de TB, os usuários procuram a unidade de saúde mais próxima da casa deles?

Para as questões 19 a 25, responda:

1 – Sempre; 2 – Quase sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica

19. Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB, esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?
20. Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, os mesmos têm dificuldade para obter informações por telefone na unidade de saúde?
21. Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, os mesmos têm dificuldade para marcar consulta por telefone na unidade de saúde?
22. Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, têm dificuldade para se deslocarem até a unidade de saúde?
23. Para a consulta de diagnóstico de TB, os usuários precisam utilizar algum tipo de transporte motorizado para vir à unidade de saúde?
24. Durante as consultas para diagnóstico da TB, os usuários gastam dinheiro com transporte para vir à unidade de saúde?
25. Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, perdem o turno de trabalho ou compromisso para a consulta nos serviços de saúde?
-

D. Acesso ao tratamento

Para as questões 26 a 30, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

26. Se os doentes em tratamento passarem mal por causa da medicação ou da TB, conseguem uma consulta médica no prazo de 24 horas?
27. Durante o tratamento, os doentes de TB conseguem obter informações por telefone na unidade de saúde?
28. Durante o tratamento, os doentes de TB conseguem marcar consulta por telefone na unidade de saúde?
29. Os profissionais realizam visitas domiciliares aos doentes de TB?
30. Qual a frequência em que os doentes de TB tratados nesta unidade de saúde pertencem à área adscrita?

Para as questões 31 a 36, responda:

1 – Sempre; 2 – Quase sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase nunca; 5 – Nunca

31. Durante o tratamento da TB, os doentes perdem o turno de trabalho ou compromisso para serem atendidos?
32. Os usuários têm dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde onde fazem tratamento para serem consultados?
33. Os doentes de TB têm que utilizar algum tipo de transporte motorizado para se deslocar até a unidade de saúde?
34. Os doentes de TB têm que pagar pelo transporte?
35. Durante os últimos 12 meses, houve falta de medicamentos para TB?
36. Os doentes de TB esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?
-

E. Vínculo

Para as questões 37 a 49, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

37. Os doentes de TB são examinados pelos mesmos profissionais cada vez que consultam?
38. Se os doentes de TB tiverem dúvidas sobre seu tratamento, conseguem falar com os mesmos profissionais que os atendem?
39. As dúvidas/questionamentos dos doentes de TB são compreendidos pelos profissionais que os atendem?
40. Os profissionais respondem às perguntas dos doentes de TB de forma clara?
41. Os profissionais dão tempo suficiente para que os doentes de TB explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?
-

Villa TCS, Ruffino-Netto A

Anexo II - Continuação...**E. Vínculo**

42. Quando os doentes de TB consultam, os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde ou necessidades?
43. Os profissionais informam aos doentes de TB sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da doença?
44. Os profissionais solicitam informações sobre todos os medicamentos utilizados pelos doentes de TB?
45. Os doentes de TB atendidos nesta unidade de saúde recomendam os serviços para um(a) amigo(a) ser atendido?
46. Com que frequência os doentes de TB sofrem algum tipo de preconceito por parte?
- 46.a Família
- 46.b Colegas de trabalho
- 46.c Amigos
- 46.d Profissionais de saúde da unidade
47. O tratamento é aceito pelos doentes de TB?
48. Os doentes necessitam de incentivos para o enfrentamento da doença e a continuidade do tratamento?
49. Como o(a) Sr.(a) considera o atendimento da equipe de saúde aos doentes de TB? Dê uma nota: 1; 2; 3; 4; 5.

E. Elenco de serviços**Para as questões 50 a 63, responda:**

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

Com que frequência a unidade oferece os seguintes serviços:

50. Pote para exame de escarro para diagnóstico de TB?
51. Exame para HIV/AIDS?
52. Pote para exame de escarro para controle mensal da TB?
53. Consulta mensal de controle para o tratamento da TB?
54. Cestas básicas ou vale alimentação?
55. Vale transporte?
56. Informação sobre:
- 56.a Sintomas da TB?
- 56.b Transmissão da TB?
- 56.c Tratamento da TB?
57. Informação sobre outros temas de saúde?
58. Visitas domiciliares durante o tratamento?
59. Visitas domiciliares para realização do TS?
60. Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?
61. Disponibilidade de profissional na unidade da saúde sempre que o doente procura?
62. Grupos de doentes de TB na unidade de saúde?
63. Tratamento supervisionado? *

* Obs.: Considerar nunca (auto-administrado); quase nunca (a cada 15 ou 30 dias); às vezes (1-2 vezes/semana); quase sempre (3-4 vezes/semana); sempre (todos os dias úteis da semana).

G. Coordenação**Para as questões 64 a 75, responda:**

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

64. Os profissionais utilizam prontuários quando estão examinando os doentes de TB?
65. As queixas dos doentes de TB são registradas nos prontuários?
66. Os resultados dos exames dos doentes de TB ficam disponíveis para o doente na unidade de saúde?
67. Os doentes de TB são comunicados sobre os agendamentos das consultas de retorno na unidade de saúde?
- OBS: Agora vamos falar sobre o encaminhamento do doente a outros serviços de saúde ou especialidades** (Serviço Social, Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, Médico especialista, Nutricionista)
68. Quando os doentes apresentam algum outro problema de saúde, conseguem ser encaminhados para outro serviço de saúde?
69. Quando os doentes precisam ser encaminhados para outros serviços, os profissionais discutem com eles ou indicam os possíveis locais de atendimento?

Questionário para avaliação de desempenho de serviços
de atenção básica no controle da TB no Brasil

Anexo II - Continuação...

G. Coordenação

70. Quando os doentes de TB são encaminhados para algum especialista, os profissionais da unidade de saúde ajudam a marcar a consulta?
71. Quando a consulta é agendada em outro serviço de saúde, o doente recebe comprovante de que a consulta foi marcada?
72. Quando os doentes de TB são encaminhados para outros serviços de saúde, os profissionais da unidade fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?
73. Quando os doentes de TB retornam à unidade de saúde, trazem informações escritas sobre a consulta realizada no outro serviço?
74. Os profissionais da unidade de saúde discutem com os doentes de TB os resultados da consulta realizada no outro serviço?
75. Os profissionais da unidade de saúde se preocupam com a assistência prestada por outros serviços aos doentes de TB?
-

H. Enfoque na família

Para as questões 76 a 83, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

76. Durante as consultas, os profissionais perguntam sobre as condições de vida das pessoas que moram com o doente de TB e/ou da sua família (emprego, moradia, saneamento básico)?
77. Os profissionais conhecem as pessoas que moram com o doente de TB e/ou a sua família?
78. Durante as consultas, os profissionais pedem informações sobre enfermidades das pessoas que moram com o doente de TB e/ou da sua família?
79. Os profissionais questionam os doentes de TB se as pessoas que moram com ele e/ou sua família apresentam sintomas da doença?
80. Os profissionais de saúde solicitam exame de escarro e/ou raio X e/ou PPD para as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família?
81. Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre a doença?
82. Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre o tratamento da doença?
83. Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre outros problemas de saúde?
-

I. Orientação para a comunidade

Para as questões 84 a 88, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

84. Os profissionais de saúde solicitam exame de escarro e/ou raio X e/ou PPD para as pessoas que trabalham e/ou estudam com os doentes de TB?
85. Os profissionais realizam propagandas/campanhas/ trabalhos educativos, para informar à comunidade sobre a TB?
86. Os profissionais desenvolvem ações de saúde com igrejas e associações de bairro para identificar sintomáticos respiratórios?
87. Os profissionais solicitam a participação de um representante da comunidade para discutir o problema da TB?
88. Os profissionais realizam busca de sintomáticos respiratórios na comunidade?
-

J. Formação profissional

Para a questão 89, responda:

1 – (menos de 1 ano); 2 – (1 a 2 anos); 3 – (2 a 3 anos); 4 – (3 a 4 anos); 5 – (4 anos ou mais)

89. Há quanto tempo o Sr(a) atua em ações de controle da TB?

Para as questões 90 a 98, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre

90. Durante a sua formação, foi abordado o tema TB?
-

ANEXO J – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Juiz de Fora- MG

Pesquisador: Girlene Alves da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65955617.7.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.085.061

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo da pesquisa está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e estão adequadamente descritos, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.085.061

resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: setembro de 2018.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N	CEP: 36.036-900
Bairro: SAO PEDRO	
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788	Fax: (32)1102-3788
	E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.085.061

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	LattesG.pdf	18/05/2017 10:08:29	Lainer Augusta da Cunha Serrano	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 884751.pdf	16/05/2017 23:53:13		Aceito
Outros	Anexo1paciente.pdf	16/05/2017 23:48:59	Érika Andrade e Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado2.pdf	16/05/2017 21:37:31	Érika Andrade e Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcorrigido.pdf	16/05/2017 21:24:07	Érika Andrade e Silva	Aceito
Outros	Apendice2Termosigilo.pdf	16/05/2017 21:12:21	Érika Andrade e Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termoinfraestrutura.pdf	20/03/2017 17:17:09	Girlene Alves da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folharostoassinadapdf.pdf	20/03/2017 11:01:17	Girlene Alves da Silva	Aceito
Outros	Anexo3gestor.pdf	20/03/2017 02:30:55	Girlene Alves da Silva	Aceito
Outros	Anexo2profissionais.pdf	20/03/2017 02:30:13	Girlene Alves da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 26 de Maio de 2017

Assinado por:
Patrícia Aparecida Fontes Vieira
 (Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO K – Comprovante de submissão do artigo “Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde nas ações de controle da tuberculose”

Revista da Escola de Enfermagem da USP



Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde nas ações de controle da tuberculose

Journal:	Revista da Escola de Enfermagem da USP
Manuscript ID:	Draft
Manuscript Type:	Original Article
Descriptors - Please find your keywords from the following lists http://decs.bvs.br/ and http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh	Tuberculose, Atenção Primária à Saúde, Pesquisa sobre serviços de saúde

SCHOLARONE™
Manuscripts