

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Julliana Gonçalves Curty**

**Avaliação das ações de controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde  
de Juiz de Fora - MG: a percepção dos gestores**

**Juiz de Fora  
2019**

Julliana Gonçalves Curty

**Avaliação das ações de controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde  
de Juiz de Fora - MG: a percepção dos gestores**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora- Mestrado em Enfermagem, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Girlene Alves da Silva

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)

Curty, Julliana Gonçalves .

Avaliação das ações de controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora - MG : a percepção dos gestores / Julliana Gonçalves Curty. -- 2019.

116 f. : il.

Orientadora: Girlene Alves da Silva

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2019.

1. Tuberculose. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Avaliação em Saúde. 4. Gestão dos Serviços de Saúde. 5. Pesquisa sobre serviços de saúde. I. Silva, Girlene Alves da , orient. II. Título.

Julliana Gonçalves Curty

**Avaliação das ações de controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde  
de Juiz de Fora - MG: a percepção dos gestores**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Departamento de Enfermagem Aplicada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Girlene Alves da Silva – Orientadora  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Profa. Dra. Fabiana Barbosa Assumpção de Souza  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

---

Profa. Dra. Geovana Brandão Santana Almeida  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Profa. Dra. Elizabeth Pimenta Araújo Paz  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Profa. Dra. Renata Antonáccio  
Universidade Federal de Juiz de Fora

*Dedico esta Dissertação “in memoriam” ao meu pai, Jonas, por sempre ter me apoiado, se orgulhado e sido um bom conselheiro em todos os momentos que estive entre nós.*

*À minha mãe, Izabel Cristina, mulher de fibra, que se desdobra para ajudar a todos e mesmo quando não está por perto, me guarda e me protege com suas orações.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, por sempre me guiar pelos caminhos corretos e por sua presença forte em meu coração. Sou muito grata por permitir que eu realize meus sonhos.

À família, que mesmo nos momentos de dificuldade, supera as dores com a multiplicação do amor, respeito, união e luta para se manter forte em busca da felicidade (Gonçalves & Curty).

Às guerreiras da família Gonçalves, Vó Maria, Tia Taninha, Tia Deléia e Mãe Tininha (os apelidos carinhosos que vocês carregam a vida toda): vocês são exemplos para toda(s) a(s) família(s). Meu sonho é que eu possa construir laços tão fortes com os meus filhos como os que vocês têm entre si; uma é a extensão da outra e não existem barreiras ou cansaço que limite a vontade de se doarem. Obrigada por esse ensinamento, eu AMO muito vocês.

À minha metade genética tão diferente, irmã Mariana. Você simplesmente é a certeza de que nunca estarei sozinha, de que as tempestades podem passar, mas estaremos sempre ali como porto seguro uma para a outra, ainda que distantes. Te amo muito!

Ao meu companheiro Adam, por dividir os dias bons e os nem tão bons assim (rsrs!), por partilhar amor e cumplicidade e, aos poucos, construirmos nossa história. Gratidão por estarmos juntos, cada dia mais fortes como casal e principalmente família.

Aos meus pequenos Mirella, que chegou primeiro para ensinar-me a amar como tia-dinda e meu bebê Juan. Meu filho foi um sonho adiado pela entrada no mestrado, mas ele não quis esperar e um belo dia resolveu dizer MAMÃE JÁ ESTOU A CAMINHO VOCÊ VAI DAR CONTA DE MIM TAMBÉM!... E assim foi... e desde a barriga da mamãe ele sente o empenho, o esforço e a dedicação para que hoje pudéssemos estar concluindo esta etapa. Quero ser, para esses pequenos, exemplo da importância de ser bom, justo e simples na vida pra ser feliz. AMO D+ e agradeço essa dádiva.

Aos amigos, que tendo em mim um exemplo a ser seguido, demonstram interesse real por minha vida acadêmica, perguntam e dão força, sem saberem que

servem de estímulo para que eu possa prosseguir, mesmo frente às dificuldades ou desânimo. Obrigada pela confiança.

À Profa. Dra. Girlene Alves da Silva, pelo apoio, disponibilização de materiais, reuniões para orientação, preocupação e amizade.

Aos colegas mestrandos, pela convivência nesses dois últimos anos, quando compartilhamos experiências para nos tornarmos educadores e formadores de cidadãos.

Aos professores de todas as disciplinas, grandes colaboradores para minha formação como Mestra em Enfermagem. Incluo, aqui, as técnicas administrativas, Wanessa e Ana, pela disponibilidade.

À banca avaliadora que teve papel fundamental através de suas contribuições para a finalização deste trabalho, obrigada pelos ensinamentos e pela disponibilidade de cada um dos professores.

Agradeço à equipe de gestores municipais da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora – MG, pela contribuição com a pesquisa.

A todos que, direta ou indiretamente, estiveram ao meu lado nesta caminhada deixo aqui meu muito obrigada. Estou cansada, mas extremamente feliz por essa conquista. Tenho muitos planos para o futuro e espero, de coração, encontrar e contar com pessoas tão maravilhosas para realizá-los.

Hoje sou só GRATIDÃO!

*“O homem não teria alcançado o possível, se inúmeras vezes não tivesse tentado atingir o impossível”.*

(Max weber)



## RESUMO

A TB é um agravo à saúde que assola o mundo todo há milhares de anos. A batalha contra a doença se aprimora, continuamente, com a inserção de tecnologias leves/leves-duras e ganha reforços com novas drogas, implementação de estratégias e criação de protocolos de forma global. Sabemos que o país investe muitos esforços no Programa Nacional de Controle da Tuberculose e, para contribuir neste aspecto, apresento este estudo que tem como objetivo: avaliar as ações de controle da TB na Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora – MG, segundo a percepção dos gestores. A pesquisa teve como participantes os gestores da Secretaria Municipal de Saúde que ocupavam cargos estratégicos relacionados ao controle da TB. Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, com desenho transversal (ou seccional) e descritiva. A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2019. Utilizou-se o instrumento componente do *Primary Care Assessment Tool* adaptado e validado para o Brasil em 2003 por Macinko, Almeida e Oliveira e, posteriormente, em 2009, adaptado para avaliar a atenção à TB por Villa e Ruffino-Netto. Tal instrumento possui três vertentes e foi apresentada e aplicada aos participantes a vertente pertinente aos gestores de nível central. Os dados coletados foram divididos em dez eixos que tratam sobre: informações gerais; a TB na agenda municipal/porta de entrada; o acesso ao diagnóstico, o acesso ao tratamento; vínculo; elenco de serviços; coordenação; enfoque na família; orientação para a comunidade; e formação profissional. Para embasar a análise foram construídos nove tabelas e nove gráficos que possibilitam concluir que, apesar do esclarecimento dos gestores sobre as ações de controle da TB no município, ainda existem aspectos relevantes que merecem ser incorporados em suas agendas para um desfecho favorável das atividades. Foram apontadas fragilidades no serviço e a existência de lacunas a serem superadas pelo município para o controle da doença.

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

## ABSTRACT

Tuberculosis is a health problem that has plagued the world for thousands of years. The battle against the disease continually improves with the insertion of light/light-hard technologies and gains reinforcement with new drugs, implementation of strategies and protocol creation globally. We now that the country is investing a lot of efforts in the National Tuberculosis Control Program and to contribute in this aspect I present our study that aimed: Evaluate the actions of tuberculosis control in Primary Health Care in Juiz de Fora - MG according to the perception of managers. The research had as participants managers of the Municipal Secretariat of Health who held strategic positions that brought about the control of tuberculosis. This is a study with quantitative approach with cross-sectional (or sectional) and descriptive design. Data collection took place in April and May 2019. We used the component instrument of the Primary Care Assessment Tool adapted and validated for Brazil in 2003 by Macinko, Almeida and Oliveira; and later, in 2009, adapted to assess tuberculosis care by Villa and Ruffino-Netto this instrument has three strands, was presented and applied to participants to the relevant strand for central level managers. The data collected were divided into ten axes that deal with: general information; TB in the municipal agenda/gateway; access to diagnosis; access to treatment; bond; list of services; coordination; family focus; guidance for the community and vocational training. To support the analysis, nine tables and nine graphs were constructed, which allowed us to conclude that despite the clarification of the managers about the tuberculosis control actions in the city, there are still relevant aspects that deserve to be incorporated in the managers' agenda for a favorable outcome of the activities. Pointed weaknesses in the service and the existence of gaps to be overcome by the municipality to control the disease.

Keywords: Tuberculosis. Primary Health Care. Health Assessment. Management of Health Services. Research on Health Services. Health Policy.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Classificação de países prioritários para TB, TB-HIV e TB-MDR, de 2016 a 2020 .....	21
Figura 2 –	Percentual de cura e abandono de casos novos de TB pulmonares com confirmação laboratorial. Brasil, 2001 a 2014.....	25
Figura 3 –	Coeficiente de incidência de TB (por 100 mil habitantes), Brasil 2008 a 2017 .....	26
Figura 4 –	Coeficiente de mortalidade por TB (por 100 mil habitantes), Brasil, 2007 a 2016 .....	28
Figura 5 –	Tabela de indicadores operacionais e epidemiológicos dos municípios prioritários para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose para o ano de 2012.....	40
Figura 6 –	Continuação. Tabela de indicadores operacionais e epidemiológicos dos municípios prioritários para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose para o ano de 2012.....	41

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Desempenho: TB na agenda municipal.....	63
Gráfico 2 –	Desempenho: acesso ao diagnóstico.....	67
Gráfico 3 –	Desempenho: acesso ao tratamento.....	70
Gráfico 4 –	Desempenho: vínculo .....	74
Gráfico 5 –	Desempenho: elenco de serviços .....	77
Gráfico 6 –	Desempenho: coordenação .....	81
Gráfico 7 –	Desempenho: enfoque na família.....	84
Gráfico 8 –	Desempenho orientação para a comunidade .....	87
Gráfico 9 –	Desempenho: formação profissional .....	90

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	A TB na agenda municipal .....	59
Tabela 2–	Acesso ao diagnóstico .....	64
Tabela 3 –	Acesso ao tratamento .....	68
Tabela 4 –	Vínculo .....	71
Tabela 5 –	Elenco de serviços .....	75
Tabela 6 –	Coordenação .....	78
Tabela 7 –	Enfoque na família .....	82
Tabela 8 –	Orientação para a comunidade .....	85
Tabela 9 –	Formação profissional .....	88

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS ATUALIZAR EM TODO TEXTO

AB	Atenção Básica
AIS	Ações Integradas de Saúde
ALAT	Asociación Latino-americana del Tórax
APS	Atenção Primária a Saúde
BAAR	Bacilo álcool-ácido resistente
BASR	Busca Ativa de Sintomático Respiratório
BCG	Bacillus Calmette-Guérin
Brics	Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul
CEME	Central de Medicamentos
CNCT	Campanha Nacional Contra a Tuberculose
CNPS	Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária
DNPS	Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária
DNT	Divisão Nacional de Tuberculose
DOTS	Directly Observed Treatment Strategy short course
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DVEA	Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental
ERS	European Respiratory Society
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Fapemig	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
FNS	Fundação Nacional de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILTB	Infecção latente de TB
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
JF	Juiz de Fora
MAC	Média e Alta Complexidade
TB DR	TB drogarresistente
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio

OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programas de Agentes Comunitários de Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PCAT	PrimaryCare Assessment Tool
PECT	Programa Estadual de Controle da Tuberculose
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PMCT	Programa Municipal de Controle da Tuberculose
PNCT	Plano Nacional de Controle da Tuberculose
PVHIV	Pessoas que Vivem com HIV
ESF	Estratégia Saúde da Família
REDE-TB	Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESI/CNI	Serviço Social da Indústria da Confederação Nacional das Indústrias
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SITE-TB	Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNT	Serviço Nacional de Tuberculose
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SR	Sintomático Respiratório
SSAPS	Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde
SSVS	Subsecretaria de Vigilância em Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculose
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidade Federativa
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

UICTER União Internacional Contra a Tuberculose e Enfermidades  
Respiratórias

USAID Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA SOBRE TUBERCULOSE .....</b>	<b>19</b>
2.1	A TUBERCULOSE COMO AGRAVO A SAÚDE PÚBLICA.....	19
2.2	ESFORÇOS DESEMPENHADOS PARA CONTROLE DA TUBERCULOSE.....	28
<b>2.2.1</b>	<b>Estratégias internacionais .....</b>	<b>28</b>
<b>2.2.2</b>	<b>Estratégias brasileiras .....</b>	<b>33</b>
<b>2.2.3</b>	<b>Descentralização, monitoramento e avaliação do Programa de Controle da Tuberculose.....</b>	<b>39</b>
<b>3</b>	<b>DESENHO TEÓRICO E METODOLÓGICO DO ESTUDO .....</b>	<b>50</b>
3.1	A ABORDAGEM METODOLÓGICA DE ESCOLHA .....	50
3.2	O CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO .....	50
3.3	OS PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	52
3.4	A COLETA DE DADOS .....	53
3.5	TRATAMENTO DOS DADOS.....	54
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	54
3.7	RISCOS.....	55
3.8	BENEFÍCIOS.....	55
<b>4</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>57</b>
4.1	EIXO A: INFORMAÇÕES GERAIS/CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	58
4.2	EIXO B: A TB NA AGENDA MUNICIPAL.....	59
4.3	EIXO C: ACESSO AO DIAGNÓSTICO .....	63
4.4	EIXO D: ACESSO AO TRATAMENTO .....	67
4.5	EIXO E: VÍNCULO.....	70
4.6	EIXO F: ELENCO DE SERVIÇOS .....	74
4.7	EIXO G: COORDENAÇÃO .....	77
4.8	EIXO H: ENFOQUE NA FAMÍLIA .....	81
4.9	EIXO I: ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE .....	85
4.10	EIXO J: FORMAÇÃO PROFISSIONAL.....	87
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>92</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>94</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO A – Relatório da visita de monitoramento e avaliação do programa de controle de TB.....</b>	<b>101</b>
<b>ANEXO B – Questionário aplicado aos gestores para coleta de dados.....</b>	<b>106</b>
<b>ANEXO C – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....</b>	<b>114</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

As produções científicas que corroboram informações pertinentes para alterar indicadores locais, nacionais e internacionais, com possibilidade de criar estratégias para mudar a dinâmica dos graves quadros no âmbito da saúde são de extrema relevância. Com o intuito de colaborar neste aspecto, apresento esta pesquisa, que aborda a problemática sobre tuberculose (TB). Acredito que este estudo trará maior visibilidade ao tema e a reflexão sobre a necessidade de ampliar e construir conhecimentos mais consistentes sobre tal temática.

É sabido que a TB permanece como um grave problema de saúde pública mundial e, até o presente momento, não foi possível atingir as metas propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para seu controle, mesmo com os incessantes esforços de órgãos internacionais. A situação não é diferente no Brasil. Apesar de o país apresentar, nos últimos anos, uma melhora progressiva em seus indicadores, o país ainda se encontra entre os prioritários segundo a classificação da OMS.

Foram diagnosticados 72.788 casos novos de TB no país, em 2018, perfazendo um coeficiente de incidência de 34,8 casos/100 mil hab. (BRASIL, 2019a). Estes dados comprovam a necessidade de um olhar diferenciado e reiteram a importância da permanência na agenda das doenças prioritárias, com urgência para elaboração de propostas e implementação de ações de controle.

Mesmo com todas as ações no sentido de superar esse agravo, é oportuno fazer referência às recomendações presentes no Pacto pela Vida e pela Saúde (BRASIL, 2017e, 2017f) que, ao se analisar a implantação do Sistema Único de Saúde, traz em sua concepção seus avanços, dificuldades e propostas de mudanças no sentido de fortalecer a melhoria da assistência. O documento apresenta seis prioridades e, uma delas, consiste no fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, incluindo a TB. Essa ação tem como propósito o cumprimento das metas internacionais, pactuadas pelo governo brasileiro, de detectar 70% dos casos de TB estimados e curar pelo menos 85% dos casos novos de TB bacilífera (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007; SANTOS, J., 2007). Porém, infelizmente, tais metas não foram alcançadas pelo país.

Formada Bacharel em Enfermagem no ano de 2006 e especialista em Saúde Pública e Enfermagem do Trabalho, atuo no Sistema Único de Saúde (SUS)

desde então. Entre os anos de 2007 e 2016, tive oportunidade de conhecer e me envolver com o cenário sanitário de três municípios onde atuei como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na gerência dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Tais municípios eram considerados de pequeno porte, trabalhavam a problemática da TB de maneira semelhante e mantinham o atendimento centralizado aos doentes, com 100% de cobertura do programa de ESF e de ACS.

Neste período, observei diversas dificuldades na efetivação das políticas públicas propostas pelo Ministério da Saúde (MS), não apenas pela rotatividade, mas também pelo despreparo técnico dos ocupantes dos cargos gestores, em cidades pequenas, com poder de decisão. Existia, ainda, muita resistência dos setores especializados em realizar as mudanças/readaptações necessárias, ou seja, havia pouco apoio institucional e os profissionais assistenciais não estavam preparados e dispostos para colaborar. Ressalto que a própria população desacreditava que a descentralização seria benéfica e existia, ainda, o preconceito e a preocupação com a exposição dos usuários doentes, já que nestas cidades todos se conheciam.

Hoje, atuo como enfermeira assistencial em um Hospital Universitário no estado de Minas Gerais. No entanto, mesmo afastada da Atenção Primária a Saúde (APS), penso constantemente sobre as reais necessidades dos profissionais envolvidos no processo de gestão: os entraves que os mesmos precisam enfrentar para efetivar as políticas públicas, se existem aspectos facilitadores que não são aplicados, se é possível atender às expectativas do MS, como são respondidas as cobranças e prestações de contas, como é possível modificar a dinâmica de organização do serviço para melhorar os indicadores locais e o que pensam, efetivamente, para elaborar suas linhas de atuação quando convidados para ocupar um cargo com poder de decisão na gestão municipal.

Entretanto, em meio a tantos questionamentos, foi no curso de pós-graduação *stricto sensu* de Mestrado em Enfermagem que encontrei a possibilidade de visitar as práticas vivenciadas na APS e procurar respostas às inúmeras inquietudes que rondam minha experiência. Desfrutei da oportunidade de estar inserida em um grupo de pesquisa sobre a situação da TB em um município da Zona da Mata Mineira. Dentro desta perspectiva, apresento a pesquisa que teve como objetivo avaliar as ações de controle da TB na Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora – MG, segundo a percepção dos gestores.

Esta pesquisa é oriunda do projeto matriz desenvolvido pela Profa. Dra. Girlene Alves da Silva, na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). O projeto conta com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig), edital de Demanda Universal 2017, e vem avaliando o Programa de Controle da Tuberculose em Juiz de Fora em Minas Gerais (MG) em diferentes níveis de atenção, em todo seu contexto de execução. Desta forma, o estudo que apresento como um dos eixos desta pesquisa mais ampla iniciou-se em maio de 2018 e foi concluído em outubro de 2019. Destacamos o auxílio dos órgãos municipais, sobretudo da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SSAPS) e do Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (DVEA), que perceberam a relevância deste projeto para o enfrentamento da realidade atual e o fortalecimento do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) no município.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA SOBRE TUBERCULOSE

### 2.1 A TUBERCULOSE COMO AGRAVO A SAÚDE PÚBLICA

A bactéria causadora da TB acomete, de maneira massacrante, a população mundial há mais de três mil anos. Em 1882, o grande responsável pela transmissibilidade da doença, o *Mycobacterium tuberculosis*, um bacilo de crescimento lento, aeróbio estrito, álcool-ácido resistente (BAAR), foi descoberto por Robert Koch e ganhou, posteriormente, o *apelido* de bacilo de Koch em sua homenagem (BRASIL, 2011b, 2017d; GONÇALVES, 2009).

Anos depois, precisamente em 1944, Schatz, Bugie e Waksman descobriram a estreptomicina, iniciando a era da quimioterapia. Com o passar dos anos, a realização de novas pesquisas, a descoberta de outras drogas e as mudanças clínicas e terapêuticas, o tratamento foi aperfeiçoado possibilitando a estruturação de um protocolo farmacológico considerado eficaz para a cura dos doentes. No entanto, nem com esse arsenal medicamentoso foi possível banir este mal da humanidade (BRASIL, 2017d).

Na década de 1990, a situação da TB foi declarada como emergência global pela OMS, por preocupar autoridades da área da saúde do mundo inteiro, observado o aumento da incidência e da mortalidade pela doença, considerada tratável e curável. A Organização percebeu que não era capaz de controlar a doença sozinha, então, incluiu sua proposta de combate nas políticas de saúde internacionais e lançou a estratégia *Directly Observed Treatment Strategy short course* (DOTS) como a forma mais eficaz e de melhor custo-benefício para o controle da doença em nível mundial, conquistando progressos do panorama global (BRASIL, 2006b, 2006; RUFFINO-NETTO, 2002).

Em 2003, a doença passou a integrar a agenda de prioridades de políticas públicas de saúde da OMS e do MS, porém, em todas as faixas etárias, seu controle permaneceu como um desafio atrelado aos aspectos humanitários, econômicos e culturais, com a necessidade de elaboração e implementação de estratégias urgentes para se atingir as metas estabelecidas (CECILIO; TESTON; MARCON, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016; ZAGMIGNAN *et al.*, 2014).

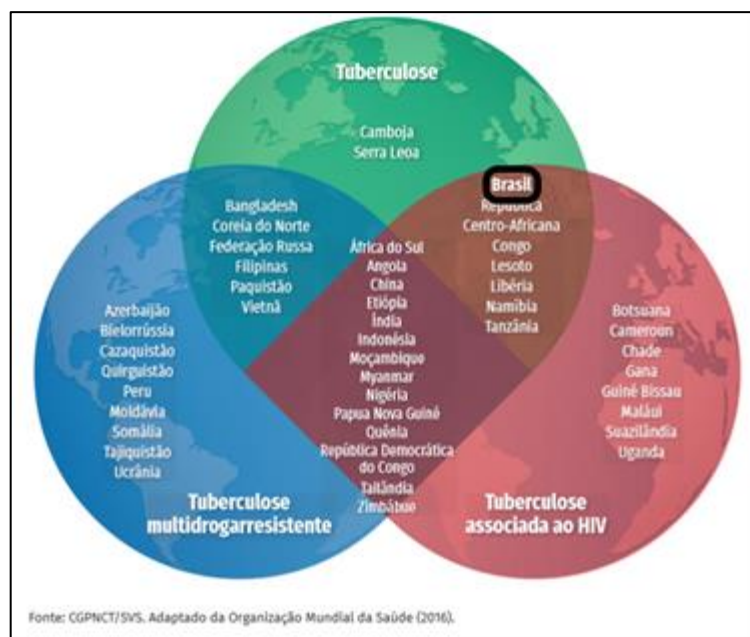
Antunes *et al.* (2016) reforçam a afirmativa anterior, referente à situação endêmica da doença em regiões com população de maior vulnerabilidade, ou seja, intimamente associada à pobreza. Os autores evidenciam, ainda, o aumento do risco de morte com a idade para ambos os sexos, com predominância em pessoas do sexo masculino, em idade reprodutiva, baixa renda e pouca escolaridade.

Ruffino Netto (2002) destacou que, além das desigualdades sociais, as principais causas geradoras de dificuldades para o controle da doença eram o advento da aids, o envelhecimento da população e os grandes movimentos migratórios. Fatores que, corroborados aos demais problemas de saúde pública, agravam, ainda mais, a atual situação mundial da TB.

Acredita-se que um terço da população mundial esteja infectada. Índia, Indonésia, China, Nigéria, Paquistão e África do Sul foram responsáveis por 60% dos novos casos de TB no mundo, em 2015 (BRASIL, 2017a). Em 2016, o cenário mundial, igualmente, não foi muito animador: aproximadamente 10,4 milhões de adoecimentos e 1,3 milhão de óbitos (BRASIL, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

A OMS, até o fim de 2015, obedecia a uma ordem classificatória de prioridade entre os 22 países com maior carga da doença e, dentre estes, estava o Brasil. Posteriormente, com as readequações de estratégias e políticas para o período de 2016 a 2020, foi estabelecido um novo critério de classificação prioritária, composto por listas com características epidemiológicas de cada país. Assim, atualmente, são considerados prioritários para a abordagem da TB um total de 48 países (Figura 1) (BRASIL, 2017a).

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



Fonte: Organização Mundial da Saúde apud Brasil (2017a, p. 9, grifo nosso).

Atualmente, o Brasil ocupa o 16º lugar no *ranking* de 22 países com 80% da carga de TB e ocupa duas vagas nestas listas: na 20ª posição quanto à carga da doença (TB) e na 19ª no que se refere à coinfeção TB-HIV (BRASIL, 2017a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Os esforços globais para o enfrentamento da doença são visíveis, mas os dados retratam a TB como a doença infectocontagiosa de agente único mais letal da atualidade. Está elencada como a oitava principal causa de morte no mundo, com corresponsabilidade pela maioria dos óbitos por doença infecciosa em pessoas que vivem com HIV (PVHIV) e a principal causa de falecimentos relacionados à resistência antimicrobiana (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Este dado reflete a relevância da realização de sorologia para HIV, em todos os portadores de TB, para identificar oportunamente a coinfeção e iniciar precocemente a Terapia Antirretroviral (TARV) (BRASIL, 2017f).

É inegável que o advento da epidemia de aids e o aparecimento de focos de TB multirresistente em zonas com controle deficiente da doença complicam ainda mais o problema em escala mundial (BRASIL, 2006b). No Brasil, em 2017, 73,4% dos casos novos de TB foram testados para HIV e possibilitaram a identificação de 9,2%



de casos com coinfeção. A TARV foi utilizada por 43,7% dos casos novos de coinfeção TB-HIV, entretanto este percentual não foi satisfatório uma vez que o país oferece gratuitamente ambos os tratamentos pelo SUS (BRASIL, 2018).

A TB pulmonar apresenta sintomas clássicos como: tosse persistente produtiva (muco e eventualmente sangue), por tempo igual ou superior a três semanas; dor torácica; dispneia; perda ponderal; hemoptise; inapetência; febre e sudorese noturna. Todavia, a coinfeção pelo HIV ou TB extrapulmonar concomitante pode ter relação com o aparecimento de linfadenomegalias possivelmente detectadas ao exame físico durante a investigação diagnóstica (BRASIL, 2011b; ZAGMIGNAN *et al.*, 2014).

A orientação da maioria dos guias de avaliação diagnóstica da TB pulmonar, em áreas com prevalência moderada da doença, considera o critério “tempo de tosse” atrelado ao “sintoma tosse” para definir o indivíduo suspeito de TB. Os indivíduos com diagnóstico baseado em dados clínico-epidemiológicos, baciloscopia ou cultura positivos e resultados de exames complementares são considerados casos confirmados no Brasil (BRASIL, 2011c).

Entre 2000 e 2016 a realização do diagnóstico e tratamento oportunos da TB ativa salvaram 53 milhões de vidas e a identificação da infecção latente de TB (ILTb), realizada com exames de forma contínua entre os contatos, aumentou a possibilidade de intervenções precoces nos casos confirmados e, consecutivamente, a interrupção da cadeia de transmissão da doença (BRASIL, 2017f; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

As condições para transmissão da doença estão diretamente ligadas à suscetibilidade do hospedeiro, à presença do agente infeccioso e ao paciente fonte. Por mais que pareça estranho, aproximadamente 90% das pessoas infectadas pelo bacilo de Koch nunca adoecerão, apenas entre 5 a 10% das pessoas infectadas evoluirão para doença, com metade destes nos dois primeiros anos pós-contágio e os demais durante o resto de suas vidas. A metade dos portadores da doença, quando não diagnosticados e tratados corretamente, poderá evoluir para o óbito, enquanto os outros 50%, vão se dividir entre os que conseguirão a cura espontânea e aqueles que irão expectorar bacilos por toda vida (BRASIL, 2011a).

Os portadores do bacilo, quando apresentam habitualmente tosse e expectoração por mais de três semanas, são classificados como sintomáticos respiratórios (SR) e serão responsáveis pela manutenção ativa da cadeia de

transmissão. O contágio ocorre, na maioria das vezes, em ambientes fechados através de interações entre paciente-fonte/SR e seus contatos (BRASIL, 2017d).

O risco para infecção está atrelado à eliminação de gotículas de saliva expectoradas no ar pela tosse, fala ou espirro de uma pessoa com a doença pulmonar (bacilífero), os bacilos entram nas vias aéreas dos contatos e se desenvolvem nos alvéolos. Destaca-se que essa transmissão ocorre apenas inter-humanos e estima-se que um indivíduo com baciloscopia positiva possa infectar, por ano, em média, 10 a 15 pessoas em uma comunidade, mantendo, assim, o ciclo natural da doença (ALMEIDA, 2015; BRASIL, 2011a; ZAGMIGNAN *et al.*, 2014).

Por apresentar sintomas respiratórios comuns a outras doenças como infecções agudas respiratórias, asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), a detecção da TB gera incerteza nos profissionais de saúde no momento de conclusão do diagnóstico (ANTUNES *et al.*, 2016; BRASIL, 2011a). Há relatos de dificuldades na realização de ações básicas necessárias para detecção precoce dos casos e limitação da atenção prioritária aos indivíduos que buscam espontaneamente as unidades de saúde, quando se sentem doentes (ANTUNES *et al.*, 2016). Porém, em sua grande maioria, o doente procura atendimento tardiamente, com três semanas ou mais e, neste tempo, já disseminou grande quantidade de bacilos entre seus contatos (BRASIL, 2017d).

Na maior parte das vezes, as equipes de APS, compostas por profissionais que têm conhecimento do ciclo natural da doença, podem intervir de maneira apropriada para solucionar o problema. A realização de ações como a busca ativa do SR, o diagnóstico precoce, o tratamento oportuno com esquema básico descentralizado e o acompanhamento dos doentes e seus contatos são facilitadas se for considerado o acesso de toda população às unidades básicas, porta de entrada para o sistema de saúde. O controle da doença está atrelado às medidas de fácil implementação, comprovadamente eficazes, com baixa densidade tecnológica, uso de medicamentos e custo relativamente baixo para as instituições públicas (BRASIL, 2011a). A transmissibilidade da doença se dá desde o aparecimento dos primeiros sintomas respiratórios. No entanto, um paciente sem histórico de retratamento ou resistência medicamentosa e após 15 dias do início das drogas, respeitado o protocolo de terapia medicamentosa, com melhora do quadro clínico, não pode mais ser considerado como fonte de infecção (BRASIL, 2011c).

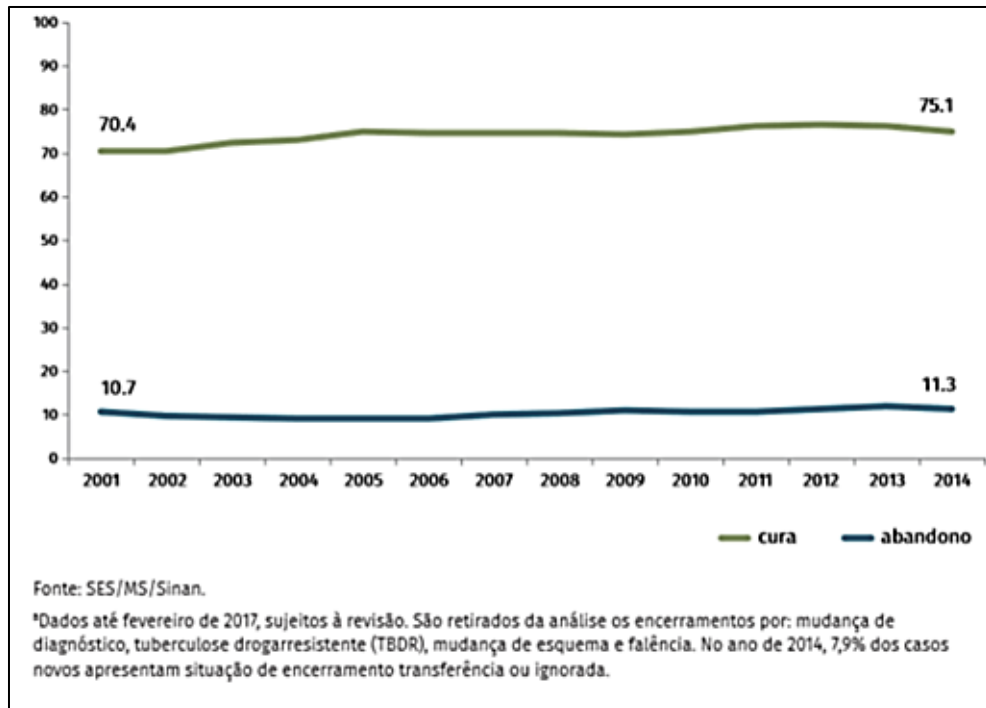
A doença surge de maneira insidiosa e têm 100% de capacidade de cura para casos novos e não resistentes às medicações preconizadas (BRASIL, 2011c). No Brasil, o tratamento é controlado pelo Governo, com distribuição gratuita das drogas, associações medicamentosas em esquemas padronizados e orientados por normas técnicas elaboradas em conjunto pelo MS e sociedades de especialistas. Porém, cabe ressaltar que, quando o doente desiste de seguir o protocolo completo do tratamento medicamentoso, volta a ser fonte de infecção e continuando com a eliminação de bacilos (BRASIL, 2017d).

O abandono do tratamento pode aumentar o número de pessoas TB-drogarresistente (TB DR) em todo mundo. A OMS estima que ocorreram 600.000 novos casos resistentes à rifampicina, droga considerada de primeira escolha para o combate da doença, dos quais 490.000 eram casos de TB multirresistente, fator agravante da crise epidemiológica na saúde pública e uma futura grande ameaça à segurança da saúde, caso não sejam tomadas providências cabíveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

O indivíduo doente precisa ser tratado por, no mínimo, seis meses, através de esquemas terapêuticos padronizados, com necessidade de controle permanente e o envolvimento de profissionais e setores diversos. No entanto, mesmo com suas ações preconizadas por um programa que formula e recomenda diretrizes únicas para sua operacionalização, existem várias dificuldades em todos os níveis, principalmente, causadas por questões administrativas, políticas e geográficas (ARAKAWA *et al.*, 2017).

A cura dos pacientes portadores de TB é uma das principais ações para diminuição dos indicadores de morbimortalidade da doença, mas as metas preconizadas pela OMS, que preconizam uma taxa de cura igual ou superior a 85% e de abandono menor do que 5%, estão longe de serem atingidas (BRASIL, 2017a) (Figura 2). Dito isso, observa-se que as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento não estão sendo aplicadas em tempo hábil e com a intensidade necessária para interromper a cadeia de transmissão (BRASIL, 2017d).

Figura 2 – Percentual de cura e abandono de casos novos de TB pulmonares com confirmação laboratorial. Brasil, 2001 a 2014



Fonte: Brasil (2017a, p. 17).

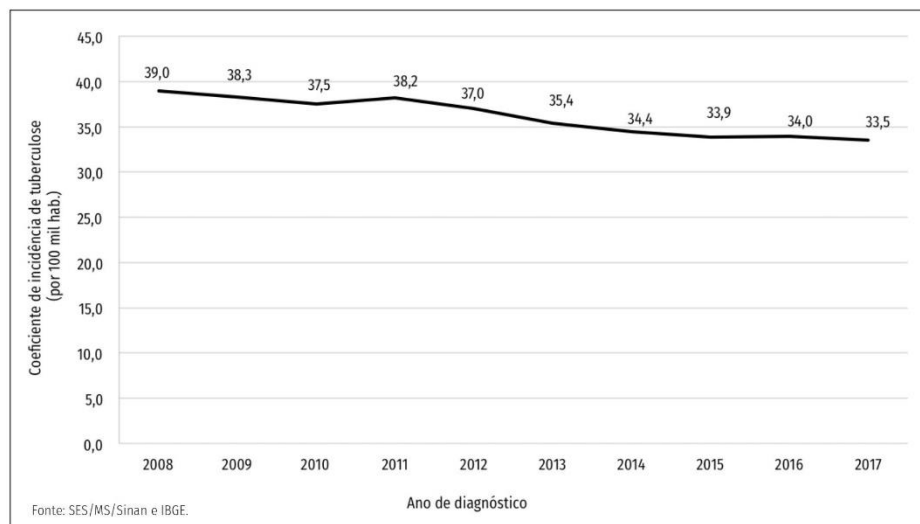
A Figura 2 mostra que os indicadores brasileiros de cura e abandono do tratamento permanecem longe das metas preconizadas pela OMS. Em 14 anos houve uma elevação de 4,7% no percentual de cura e uma queda, equivalente ao aumento, em 0,6% nos índices de abandono. O crescimento destes indicadores, considerados separadamente, não reflete sua relevância, no entanto, quando interrelacionados às estatísticas de incidência, prevalência, aumento da cobertura da APS, realização adequada das diretrizes recomendadas pelo PCT, dentre outras estratégias criadas/implementadas neste mesmo período, subentende-se que as mudanças deveriam ser mais significativas.

Pessoas privadas de liberdade, em situação de rua, com coinfeção TB-HIV, indígenas e profissionais de saúde, por estarem em situação de maior vulnerabilidade, são consideradas como populações prioritárias pelo PCT (BRASIL, 2014). Para fortalecer os princípios básicos, garantir o sucesso do tratamento, evitar a manutenção da infecção bacteriana e o desenvolvimento de resistência aos fármacos, principalmente entre as populações prioritárias, é fundamental a

implementação da estratégia DOTS atrelada ao tempo de tratamento e ao tipo de droga usada, de acordo com a resistência de cada caso de TB, para que seja assegurada a cura do paciente (BRASIL, 2011b, 2017a).

O país registrou, em 2017, 69.569 casos novos de TB, com 71,4% diagnosticados por confirmação laboratorial. Entre os anos de 2008 e 2017, o coeficiente de incidência da doença apresentou declínio médio anual de 1,6% (Figura 3), chegando a 33,5 casos/100 mil hab. (BRASIL, 2018). Entretanto, sabe-se que mais de um terço das pessoas com TB no mundo não são diagnosticadas ou notificadas, algumas morrem por falta de assistência e outras são assistidas de forma questionável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Figura 3 – Coeficiente de incidência de TB (por 100 mil habitantes), Brasil 2008 a 2017



\*Dados sujeitos a alteração.

Fonte: Brasil (2018, p. 5).

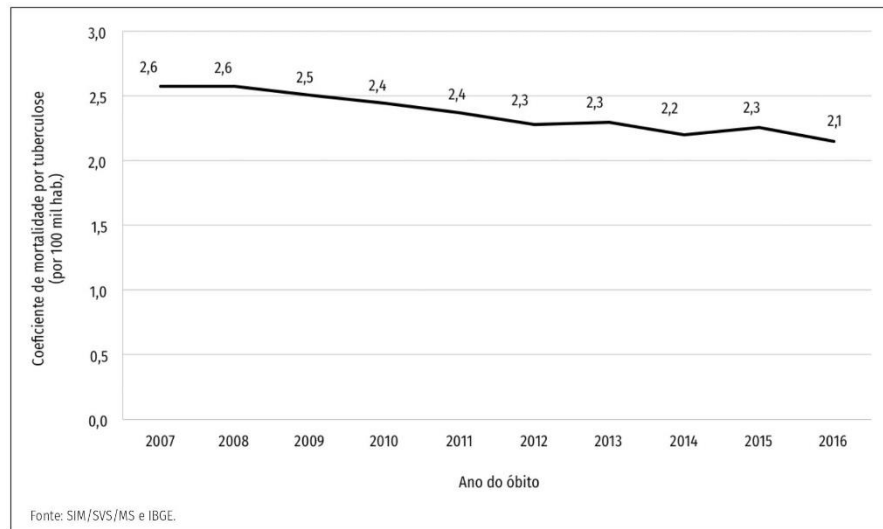
A Figura 3 evidencia uma queda no coeficiente de incidência de 14,1%, no período 2008-2017. A redução pode ser associada a outras estatísticas do MS que revelam mudanças progressivas positivas no mesmo período, como a diminuição no coeficiente de incidência de HIV para 10,0 casos/100 mil hab., o aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a realização do Tratamento

Diretamente Observado (TDO) em até 90% dos casos (BRASIL, 2017a). O MS classifica como heterogêneos os indicadores registrados no ano de 2017 entre as Unidades Federativas (UFs), capitais e regiões com variação do coeficiente de incidência de 20,0 casos/100 mil hab. (Centro-Oeste) a 42,7 casos/100 mil hab. (Norte) e revela que 70,4% das capitais (n = 19) apontaram um coeficiente de incidência maior que a média do país, índice que demonstra a necessidade imediata de intervenções nacionais (BRASIL, 2018).

As diferenças nos indicadores entre as UFs, capitais e regiões do Brasil, podem ser parcialmente justificadas, pelas estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017a) que apresentou o registro de uma extensão territorial de 8.514.876.599 km<sup>2</sup>, território de um país com dimensão continental, o que inviabiliza determinadas estratégias para o enfrentamento da doença. A estimativa populacional foi de 207.660.929 habitantes, distribuídos irregularmente por suas terras. A alta densidade populacional nas capitais e nas grandes metrópoles do país é um fator revelador do aumento das desigualdades sociais, pobreza e violência urbana, que são condições de vulnerabilidade dificultadoras do controle da TB (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Entre 2007 e 2016, o coeficiente de mortalidade (Figura 4) demonstrou uma redução anual média de 2,0%. Em contrapartida, 2016 registrou um índice de 2,1 óbitos/100 mil hab. totalizando 4.426 óbitos. Assim, o país está longe de alcançar os índices desejados para interrupção da cadeia de transmissão da TB (BRASIL, 2017f). Ainda que apresente importantes avanços nos indicadores operacionais e redução nos coeficientes de incidência e mortalidade por TB, o Brasil mostra insuficiência em alcançar as metas do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública e, conseqüentemente, permanecerá por um longo período na *lista negra* dos países com maior número de casos da doença no mundo (BRASIL, 2018).

Figura 4 – Coeficiente de mortalidade por TB (por 100 mil habitantes), Brasil, 2007 a 2016



\*Dados sujeitos a alteração.

Fonte: Brasil (2018, p. 6).

## 2.2 ESFORÇOS DESEMPENHADOS PARA CONTROLE DA TUBERCULOSE

### 2.2.1 Estratégias internacionais

Em junho de 1999, em Casablanca no Marrocos, com participação de 22 países, ocorreu o primeiro encontro mundial para que fossem discutidas as pesquisas na área da TB e se implantasse o programa *Stop TB*. Por conseguinte, instituições de elevado nível de conhecimento científico e/ou poder econômico deram o *pontapé* inicial para implantar o programa no mês imediato. Enquanto isso, a situação das Américas era discutida em Brasília entre nove países da América do Sul que apresentavam alta prevalência da doença (RUFFINO-NETTO, 2002).

As preocupações de caráter mundial não tiveram fim e, assim, em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) incluiu a TB como o sexto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), propondo novas estratégias e metas globais na luta contra TB que, à época, liderava o *ranking* das doenças mais letais no mundo. Os 189 Estados Membros das Nações Unidas, durante a Assembleia do Milênio,

assumiram como meta para o “Desenvolvimento do Milênio” o combate ao HIV/AIDS, malária e outras doenças, incluindo o compromisso de deter, até 2015, o coeficiente de incidência e diminuir a prevalência e a mortalidade relacionada à TB em 50% dos índices apurados em 1990 (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007; BRASIL, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Para operacionalizar os três pilares necessários ao cumprimento das metas propostas pela OMS, foram lançados o Plano Global pelo Fim da Tuberculose 2016-2020 – que estabelece prioridades e recursos financeiros – e o Plano Regional pelo Fim da Tuberculose, desenvolvido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com enfoque nas populações vulneráveis, nos grupos de risco, nas determinantes sociais, no percentual de cura, na testagem para HIV, dentre outros desafios (BRASIL, 2016). Neste mesmo período, a OMS reuniu em Bangkok, na Tailândia, 22 países para discutir a preparação da Conferência Ministerial sobre Tuberculose e Desenvolvimento Sustentável, que veio a se realizar em março de 2000 em Amsterdam, na Holanda. Este momento histórico considerou os pontos fracos e fortes, as oportunidades, os desafios e as perspectivas dos programas de controle da TB (PCT) efetuados nos 22 países esclarecendo a discrepância existente entre eles. Alguns estavam afeitos à falta de recursos financeiros e humanos, enquanto, outros, apresentaram problemas de gerenciamento e/ou MDR (RUFFINO-NETTO, 2002).

Em março de 2000, os 20 países que representavam 80% da carga mundial de TB, incluindo o Brasil, se reuniram na Conferência Ministerial sobre Tuberculose e Desenvolvimento Sustentável para atualização do diagnóstico situacional da doença e aprovaram a “*Amsterdam Declaration on Stop TB*”. A *Declaração de Amsterdã* pautou, principalmente, a busca de soluções para o controle da TB nos países em desenvolvimento e foi assinada no dia 24 de março de 2000, data que se comemora o “Dia Mundial de Combate à Tuberculose”. O documento reitera o compromisso dos países envolvidos em priorizar a luta contra a doença, bem como enfatiza a importância de se buscar parceiros em organizações não-governamentais (ONGs) para a realização dessa tarefa (BRASIL, 2006b; RUFFINO-NETTO, 2002).

Uma vez identificados os principais fatores associados à doença, definiram-se as linhas de ação para seu controle, considerando a importância do envolvimento da sociedade, nas quais estabeleceu-se, dentre outros compromissos, o de se expandir a cobertura populacional das ações, atingindo um patamar mínimo de 70% de detecção precoce dos casos infecciosos, além da tentativa de cura para, pelo



menos, 85% deles até 2005. Tais ações implicariam na redução da carga endêmica mundial, assegurariam recursos humanos e financeiros necessários ao controle efetivo da doença, utilizariam tecnologia eficaz e acessível, aperfeiçoariam os sistemas de provimento de drogas, incorporariam serviços de atenção básica no atendimento aos pacientes e favoreceriam a implementação, monitoramento e avaliação dos programas nacionais para o controle da TB, com vistas a promover o acesso ao tratamento (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007; BRASIL, 2006b; SANTOS, J., 2007).

As Nações Unidas e do G8 (grupo dos sete países mais desenvolvidos economicamente do mundo e Rússia) também se mobilizaram com a iniciativa da criação, em 2002, do *Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária*, com a intenção de mobilizar recursos internacionais e apoiar a resposta dos países no controle destas enfermidades. O investimento foi grande e sua avaliação mostrou que, em cinco anos, mais de US\$ 5 bilhões foram destinados à realização de 410 projetos em 132 países, com 17% dos recursos, aproximadamente, destinados à TB, beneficiando dois milhões de pessoas em DOTS (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007).

No entanto, o que se observava no cenário mundial, segundo o Relatório Global da OMS de 2005, era que mesmo com 77% da população mundial vivendo em países que lutavam contra a doença e aplicavam a estratégia indicada pela OMS, a estratégia DOTS, registrou-se, em 2004, 1,8 milhões dos casos novos notificados como bacilíferos, com uma taxa de detecção de 58% longe da meta de 70% proposta na Declaração de Amsterdã, em 2000 (BRASIL, 2006b).

Diversas instituições internacionais (como Banco Mundial, Centro de Controle de Doenças de Atlanta nos Estados Unidos da América, e outros) se sensibilizaram e apoiaram a OMS para promover, em 2006, a iniciativa *Stop TB*, que estabeleceu como objetivo, para 2015, a redução das taxas de prevalência e de mortalidade de TB para a metade, tendo como parâmetro o ano de 1990 (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007).

As Américas, sem dúvida, continuaram sofrendo perdas significativas mesmo com todos os esforços realizados nos últimos anos e, para confrontar essa triste realidade, a OPAS juntamente com os países da região decidiram se aprofundar no controle da TB através do fortalecimento da estratégia DOTS e da aplicação de novas iniciativas para deter a doença, evitar a propagação do HIV/AIDS, a TB-MDR e o empobrecimento da população (BRASIL, 2006b).

Sempre em busca de melhores perspectivas, a OPAS apresentou mais uma proposta em 2013: O Plano de Ação para a Prevenção e Controle da Tuberculose (*cross-cutting*). Desta vez, foram considerados dados epidemiológicos para controlar a doença. Em 2015 os três pilares da estratégia *End TB* foram, enfim, incluídos neste plano de ação. A partir de então, tais documentos passaram a direcionar os programas nacionais de TB, seguidos pelo Roteiro para Eliminação da Tuberculose na América Latina e no Caribe que foi elaborado em ação conjunta da European Respiratory Society (ERS) com a Asociación Latino-americana del Tórax (ALAT) (DUARTE *et al.*, 2018).

“Um mundo livre da TB: zero morte, adoecimento e sofrimento devido à TB” era preciso e, para isso, foi necessária a implementação de novas estratégias como a Estratégia Global e Metas para a Prevenção, Atenção e Controle da Tuberculose pós-2015, aprovada na Assembleia Mundial de Saúde (2014) objetivando alcançar o fim da epidemia global da doença (BRASIL, 2016). Para isso, era necessária a prática dos três pilares da estratégia *End TB* arquitetada pela OMS: “atenção e prevenção integradas e centradas no paciente”; “políticas arrojadas e sistemas de apoio”; e “intensificação da pesquisa e inovação”. Adotou-se o conceito intrínseco da eliminação da TB e, a partir de então, diversos países, inclusive o Brasil, assumiram oficialmente estes pilares para combate à doença (DUARTE *et al.*, 2018; KRITSKI *et al.*, 2018).

As abordagens para a implementação dos três pilares da estratégia *End TB* da OMS estão definidas no documento “Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública”, publicado em 2017 pelo MS do Brasil e tem como objetivo reduzir a incidência da TB (para < 10 casos/100.000 habitantes) e a mortalidade (para < 1 óbito/100.000 habitantes), até 2035. Tal expectativa ganha força positiva quando se observam os estudos recentes realizados em países com alta carga da doença (Chipre e Omã), onde a implementação correta das principais medidas da estratégia *End TB* foram capazes de aproximar os dados epidemiológicos locais da TB do limiar de pré-eliminação (DUARTE *et al.*, 2018). Pode-se notar um visível progresso na América Latina com relação ao aumento dos níveis de detecção, melhoria na qualidade das análises laboratoriais, efetividade no manejo sistemático de casos de TB-MDR, promoção de participação comunitária e o estabelecimento de parcerias técnicas e/ou financeiras (DUARTE *et al.*, 2018).

As novas estratégias da OMS possibilitaram que 43 milhões de vidas fossem salvas por diagnóstico eficaz e o tratamento oportuno, entre 2000 e 2014. Em contrapartida, em 2015, a prevalência estimada de TB não alcançou os 50% propostos pela estratégia *Stop TB*, no entanto a estimativa não esteve longe, atingindo 42% menos que em 1990 (BRASIL, 2016).

Os países coletivamente chamados de Brics (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), responsáveis por 49% da carga mundial de TB e mais de 60% da carga de TB-MDR, criaram em setembro de 2017 a primeira Rede Brics de Pesquisa em Tuberculose, com intuito de reforçar o comprometimento no combate à doença e desenvolver uma agenda de pesquisa (KRITSKI *et al.*, 2018).

Com compromissos revolucionários para 2018, em novembro de 2017 todos os participantes da Conferência Ministerial Global da OMS pelo Fim da TB se posicionaram favoravelmente a dar seguimento às propostas elencadas durante a Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a Tuberculose e aprovaram a Declaração de Moscou para Erradicar a TB. Esta declaração propõe promover a resposta à TB na agenda do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), a garantia de financiamento suficiente e sustentável, a busca da ciência, pesquisa e inovação além do desenvolvimento de um quadro multisetorial de responsabilidades (KRITSKI *et al.*, 2018).

Os esforços internacionais para o combate à doença são observados em todo processo histórico. É notória a existência momentos de avanços significativos e outros de estagnação ou retrocesso, mas não se pode negar o envolvimento, nesta luta, de todas as entidades mundiais com representatividade na área da saúde. Assim, em mais uma tentativa, a OMS renova as metas a serem cumpridas entre os anos de 2015 e 2035, com a expectativa do fim da TB enquanto problema de saúde pública e, com apoio de todos os países, busca a redução do coeficiente de incidência para menos de 10/100 mil hab. e a redução do número de óbitos por TB em 95% (BRASIL, 2016).

### 2.2.2 Estratégias brasileiras

A TB, seguramente, foi introduzida no Brasil pelos portugueses e missionários jesuítas a partir do ano de 1500 (RUFFINO-NETTO, 2002). No início do século XX, a participação efetiva do poder público para o controle da TB era limitada e as primeiras instituições especializadas seguiram modelos europeus (MACIEL *et al.*, 2012) e Oswaldo Cruz, então Diretor Geral de Saúde Pública, ao reconhecer a necessidade da atenção das autoridades sanitárias em relação à doença instituiu o Plano de Ação Contra Tuberculose que visava a implantação de condutas profiláticas e terapêuticas. Tal estratégia, porém, não obteve muita repercussão e a participação do setor público neste período, ficou conhecida como “luta contra a tuberculose” (MACIEL *et al.*, 2012; RUFFINO-NETTO, 2002).

A TB, que até então mantinha altas taxas de mortalidade – sobretudo até o final dos anos 40, quando foram introduzidos os medicamentos quimioterápicos – apresentou uma mudança com tendência de declínio do número de óbitos. Em 1960, foram implantadas várias medidas visando um controle maior da doença, inclusive com a padronização do esquema terapêutico para os novos casos, com efetiva utilização da estreptomicina, ácido paraminosalicílico e isoniazida (MACIEL *et al.*, 2012).

A Reforma Carlos Chagas, no final da década de 1910, destacou-se como um evento importante contra a TB no século XX, quando foi criada a Inspeção de Profilaxia da Tuberculose, com foco no diagnóstico e no tratamento. Este movimento serviu de introdução para uma sequência de ações a serem mencionadas: a primeira aplicação da BCG (*Bacillus Calmette-Guérin*) oral em recém-nascidos por Arlindo de Assis (1927); a criação do Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) com o objetivo de estudar questões referentes à enfermidade e colaborar para o desenvolvimento de métodos de ação preventiva e assistencial (1941); a instalação da Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT) (1946) com os objetivos de coordenar todas as atividades de controle da doença, padronizar as orientações nacionais, sugerir a descentralização dos serviços e efetuar o cadastramento torácico da população; a realização sistemática da baciloscopia em sintomáticos respiratórios (final de 1970), estratégia de rastreamento de pacientes portadores de TB com menor custo e fácil operacionalização (MACIEL *et al.*, 2012; RUFFINO-NETTO, 2002).

Embora a OMS apresente o tratamento supervisionado como uma proposta inovadora deve-se ressaltar que a Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), do Brasil, já utilizava o tratamento segundo esta estratégia desde 1962 em unidades de todos os níveis de complexidade, com tratamento supervisionado feito pela enfermagem que em 1981 realizava a cobertura de todas as unidades da Fundação. (RUFFINO-NETTO, 2002, p. 54).

Ruffino-Neto (2002), grande pesquisador sobre a TB, registrou em suas publicações uma cascata de medidas que antecederam a década de 1980: a redução de 18 para 12 meses do esquema terapêutico farmacológico padrão em 1965; a substituição antigo SNT pela Divisão Nacional de Tuberculose (DNT) em 1970; a criação da Central de Medicamentos (CEME) para fornecer quimioterápicos para todos os doentes do país; a vacinação com BCG intradérmica em 1973 e sua obrigatoriedade para menores de um ano de idade a partir de 1976; a inauguração do II Plano Nacional de Desenvolvimento em 1975 e a instituição da Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária (DNPS), que gerou perda dos poderes e da autonomia da antiga DNT; a introdução do esquema de tratamento de curta duração utilizando a rifampicina, em 1979, com período mínimo de terapêutica medicamentosa de seis meses, protocolo adotado até os dias atuais.

A partir de 1981, com a assinatura do convênio entre Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), Secretaria Estadual de Saúde (SES) e MS, o cenário nacional da TB recebeu maior atenção da SES e foram propostas novas estratégias governamentais de organização dos serviços: Ações Integradas de Saúde (AIS), Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) e, finalmente, o SUS (RUFFINO-NETTO, 2002).

Cabe ressaltar o catálogo de atos de desgovernos realizados a partir de 1990: a extinção da CNCT pelo Presidente Fernando Collor de Mello; a desestruturação do PCT em nível federal; a perda de incentivos financeiros e retrocesso em todas as propostas conquistadas. O Brasil, nesta fase, enfrentava uma epidemia de AIDS que, corroborada ao enfraquecimento das ações, culminaram na piora dos resultados aumentando o abandono do tratamento no país (RUFFINO-NETTO, 2002).

Na implementação do SUS, com a promulgação das Leis nº 8.080 e nº 8.142 que regulamentam e dão conformidade ao arcabouço jurídico do programa, em 1990, são estabelecidos os princípios de organização, estruturação, gestão e financiamento do SUS, que criam expectativas para mudanças na gestão da saúde

no âmbito do Governo Federal (RUFFINO-NETTO, 1999). Mas adequação de toda estrutura governamental às novas funções do MS para coordenar a implementação do SUS, com vistas à resolução das calamidades e fazendo jus aos direitos constitucionais do cidadão brasileiro, se tornaram desafios que persistem na atualidade.

Posteriormente, governantes tentaram reerguer o PCT com a transferência de responsabilidades para os Estados, mas a situação da TB, até então bastante negligenciada, já era declarada como emergência mundial pela OMS e os impactos causados pelos indicadores mundiais contribuíram para que, entre 1990 e o início dos anos 2000, ocorressem inúmeras tentativas, no Brasil, de mobilização da sociedade civil na participação efetiva do controle das políticas de saúde do país e, consecutivamente, ampliassem as respostas governamentais em âmbito nacional, estadual e municipal nesta luta (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007).

Em 1994, em meio à crise internacional, tornou-se necessário o lançamento do Plano Emergencial para controle da TB que passou a ser implementado apenas a partir de 1996. O objetivo era aumentar a efetividade das ações de controle através de atividades específicas em 230 municípios prioritários (eleitos pela situação epidemiológica da doença, interfaces com a AIDS e o tamanho da população) onde se concentrava 75% dos casos estimados para o Brasil, com a intenção de diminuir a transmissão do bacilo entre a população até o ano 1998 (RUFFINO-NETTO, 1999, 2002; SANTOS, J., 2007). O Plano foi elaborado com a previsão de repasse de recursos financeiros aos municípios e seria operacionalizado por convênio entre o município e a Fundação Nacional de Saúde (FNS), que estipularia as obrigações/restrições na aplicação destes recursos (RUFFINO-NETTO, 1999).

Diante dos fatos, a imprensa internacional chamou atenção para a situação epidemiológica da TB no cenário mundial, inclusive no Brasil, e o governo brasileiro, considerando o “descalabro consentido” em que se encontrava a TB no país em razão dos propósitos de suas políticas públicas, assumiu compromissos com cidadãos e com a comunidade internacional em controlar a evolução da doença e reduzir sua prevalência (BRASIL, 2006b).

Considerando a viabilidade dos recursos disponíveis para corrigir e solucionar a situação da TB (em magnitude, vantagens e possibilidade de controle), enquanto um problema prioritário de saúde pública no Brasil, o Conselho Nacional de Saúde, em 6 de agosto de 1998, instituiu a resolução nº 284 que sugeriu o

estabelecimento de estratégias para um novo plano, pois o Plano Emergencial (elaborado em 1994) necessitava de ajustes e ampliação (RUFFINO-NETTO, 1999, 2002). As tentativas governamentais para o controle da doença não se limitavam. A CNPS lançou o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) em outubro de 1998, que tinha como objetivo a ampliação das ações em todo o território nacional, estipulando como metas o diagnóstico de, pelo menos, 92% dos casos esperados e o tratamento com sucesso de, pelo menos, 85% dos casos diagnosticados em três anos (até 2001). Além disso, reduzir a incidência em pelo menos 50% e a mortalidade em dois terços dos infectados no prazo de nove anos – até 2007 (RUFFINO-NETTO, 1999; SANTOS, J., 2007).

Para o alcance destas metas o MS que, desde a implantação efetiva do Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose em 1996, já indicava o tratamento supervisionado, formalizou esta recomendação por intermédio do PNCT (1999), denominada no Brasil de TS-DOTS. Todavia, em função da reestruturação e de mudanças ocorridas no setor de saúde naquele período, houve dificuldades para a implantação do processo de descentralização proposto pelo PNCT e muitos municípios permaneceram com os atendimentos em ambulatórios especializados (BRASIL, 2006b; SANTOS, J., 2007).

Além da adoção da estratégia TS-DOTS pelo PNCT, foi prevista a horizontalização das ações em 100% dos municípios com cobertura em todos os serviços de saúde do SUS. O alcance de tal meta, necessitava da articulação entre gestores municipais, estaduais e federais para agir de forma planejada e garantir a efetiva implementação do programa no âmbito da AB; incluindo a expansão e a consolidação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF) do MS, ampliando o acesso ao diagnóstico e ao tratamento (BRASIL, 2006b).

A colaboração e a participação de organizações não governamentais (ONGs), parcerias nacionais (Universidades, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia) e internacionais de combate à TB (Coalizão Global de TB - Stop TB, União Internacional Contra a Tuberculose e Doenças Respiratórias – UICTER, Agencia Americana para o Desenvolvimento Internacional – USAID, Organização Mundial de Saúde – OMS, Organização Pan Americana de Saúde - OPAS, entre outras) foram necessárias para o sinergismo e multiplicação do impacto das ações do programa (BRASIL, 2006b).

As mudanças estabelecidas pelo MS para atender as demandas de combate à TB, compeliram a elaboração e implementação de um plano estratégico em longo prazo, com possibilidade de mensurar os impactos, enfrentar os desafios e, com isso, alcançar as metas. Assim, a presença da TB nos diferentes instrumentos de convênio entre as esferas de governo possibilitou maior visibilidade tanto de forma técnica quanto política (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Com o objetivo de proporcionar mais interação entre governo, academia, serviços de saúde, comunidade e indústria através da realização de investigações/pesquisas que possibilitassem o desenvolvimento e implementação de novas ferramentas, tecnologias e estratégias para o controle da TB em todo o país; foi criada em 2001, por um grupo interdisciplinar de pesquisadores de regiões de todo país a Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose (REDE-TB) que se fortaleceu e se tornou uma referência nacional em pesquisa e inovação para luta contra a TB até os dias atuais (KRITSKI *et al.*, 2018).

A partir de 2003, o MS pactuou com as demais esferas de gestão o fortalecimento da estratégia TS-DOTS sendo considerada como principal instrumento para o alcance das metas internacionais (detecção de 70% dos casos bacilíferos estimados e cura de, pelo menos, 85% dos casos tratados) e colocou a enfermidade na agenda de prioridades das políticas públicas do país (SANTOS, J., 2007).

Em 2004 a criação da Parceria Brasileira Contra a Tuberculose consolidou um marco importante na participação da sociedade civil organizada na luta contra a TB, para tanto foi necessário sustentação político-social que priorizasse e assegurasse esta luta, apoio financeiro e articulação intersetorial como garantia de execução das ações e atividades de vigilância e controle da TB evidenciando a importância do papel participativo da sociedade civil (SANTOS, J., 2007).

Gestores foram mobilizados com objetivo de sensibilizar, dimensionar responsabilidades e informar sobre os meios e recursos financeiros dedicados às atividades de combate à doença no âmbito do SUS. Outras ações relevantes para o controle da TB, neste período, foram à interação com o Serviço Social da Indústria da Confederação Nacional das Indústrias (SESI/CNI) e a realização do Curso de Integração do PNCT com a Rede do Terceiro Setor e outros parceiros (SANTOS, J., 2007).

Mesmo com tantas tentativas de controle da doença, em 2005, segundo a OMS, ente os 22 países que concentravam o maior número de casos de TB no mundo



a taxa de cura da doença no Brasil (81%) era a nona pior e a cobertura populacional dos serviços de saúde com regime de tratamento supervisionado (68%) era a segunda pior, ficando atrás somente da Nigéria (65%). O Brasil, à época, embora apresentando melhora progressiva dos seus indicadores, não havia atingido as metas internacionais previstas para o controle da TB (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007).

O MS acolheu, em 2006, a iniciativa da OPAS (Resolução CD46.R12) que reafirmava o compromisso dos países em ratificar o controle da TB como uma prioridade nos programas de saúde, garantindo os recursos financeiros e humanos necessários para o combate à doença; por conseguinte, elaborou o Plano Estratégico Nacional (2007-2015) com base no Plano Estratégico Regional de Tuberculose (2005-2015) que foi consolidado na experiência de expansão da Estratégia DOTS por Região, projetando implementar a nova estratégia da OMS: “Alto à Tuberculose” (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela Vida (2006), documento contendo seis prioridades, dentre elas uma que consiste no fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, incluindo a TB, veio para abarcar o cumprimento das metas internacionais estabelecidas pela OMS pactuadas pelo governo brasileiro (detectar 70% dos casos de TB estimados e curar pelo menos 85% dos casos novos de TB bacilífera) (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007; SANTOS, J., 2007). O Pacto pela Vida e Pacto pela Saúde propuseram mudanças no panorama político que fortaleceram a gestão de avaliação dos indicadores de saúde, pactuação de metas e melhoria da assistência (ARAKAWA *et al.*, 2017).

No período compreendido entre 2004 a 2007 as ações do PNCT receberam do governo brasileiro cerca de 120 milhões de reais, estes incentivos financeiros representaram quase o dobro das cifras empregadas para combate à doença na década que antecede 2007, além do financiamento investido pela União, os estados e municípios também contribuíram com investimentos para realização das ações (SANTOS, J., 2007).

A OPAS disponibilizou ao Brasil, no mesmo período, US\$ 27.240.000,00 para investimentos em 11 regiões metropolitanas que apresentavam os maiores registros de casos. Além de incentivos financeiros prestou auxílio técnico para que o PNCT iniciasse a elaboração da proposta do Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária (2004), com objetivos de expandir ações do TS-DOTS, a

mobilização social, o diagnóstico laboratorial com controle de qualidade e o rastreamento da coinfeção TB-HIV (SANTOS, J., 2007).

### **2.2.3 Descentralização, monitoramento e avaliação do Programa de Controle da Tuberculose**

Nas últimas décadas, foram realizados inúmeros esforços mundiais com intuito de colocar ações em prática para o cumprimento de objetivos e metas propostos ao combate à TB. No Brasil o PCT tem se empenhado para melhorar e aumentar os registros de dados sobre morbidade e mortalidade, com aprimoramento dos sistemas de informação e publicações como a Série de Saúde do Brasil, boletins epidemiológicos e artigos científicos (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

As informações geradas a partir de dados de vigilância são capazes de subsidiar a tomada de decisão e implementação de políticas públicas nos três níveis de gestão (OLIVEIRA *et al.*, 2013). No entanto, mesmo com o desdobramento dos setores de pesquisa, de epidemiologia, planejamento e outros se notam graves problemas na área da saúde pública com incidência direta no combate à doença. O primeiro dos problemas está na continuidade dos programas, seguido pela inadequação das propostas com ações que muitas vezes limitam ou impedem a prática resolutiva por focarem o problema sem considerar suas causas (RUFFINO-NETTO, 2002).

A doença está elencada nas principais pactuações do governo brasileiro a exemplo do Pacto pela Saúde; Programa Mais Saúde; Programação das Ações de Vigilância em Saúde; Pacto da Atenção Básica e na Agenda Estratégica da Secretaria de Vigilância em Saúde (CLEMENTINO *et al.*, 2016), porém, a crescente necessidade de busca por evidências para avaliações precisas de desempenho nos programas de saúde brasileiros não é tarefa fácil, haja vista o complexo contexto epidemiológico da organização dos serviços de saúde no país (ARAKAWA *et al.*, 2017).

A TB não pode ser considerada um problema de saúde pública emergente e/ou reemergente, à medida que sempre foi um problema presente e permanente (RUFFINO-NETTO, 2002). No Brasil houve uma diminuição singela de 1,5% ao ano no relatado de novos casos de TB, mas a necessidade de melhorar os desfechos no

tratamento, reduzir os abandonos de acompanhamento e prevenir o aparecimento de TB-MDR permanecem (DUARTE *et al.*, 2018).

Minas Gerais notificou em 2017 3.343 casos novos de TB com coeficientes de incidência e mortalidade de 15,8 e 1,3 para cada 100 mil/hab. respectivamente; teve um índice de 71,3% de cura dos casos novos de TB pulmonar confirmados em laboratório e 8,8% de abandono de tratamento considerando o total dos casos diagnosticados em laboratório no mesmo período. Na capital Belo Horizonte o número de notificações foi de 545 casos novos com 84,7% destes confirmados por exames laboratoriais (BRASIL, 2018).

Segundo o PCT, em 2012, o país possuía 181 municípios registrados como prioritários para o controle da doença, destes, 11 municípios eram do estado de Minas Gerais (MG). As Figuras 5 e 6 mostram os indicadores epidemiológicos e operacionais dos 11 municípios prioritários de MG em 2012 com destaque para Juiz de Fora (JF) (BRASIL, 2014).

Figura 5 – Tabela de indicadores operacionais e epidemiológicos dos municípios prioritários para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose para o ano de 2012

continuação

Região	Sigla	Município prioritário	População 2012	A.1	A.2.1	A.2.2	A.2.3	A.2.4	A.2.5	A.2.6	A.2.7	A.2.8	A.2.9	A.2.10	A.2.11	A.3	A.4	A.5	B.1	B.2	B.3	B.4
Sudeste	MG	Belo Horizonte	2.395.785	712	29,7	6,3	16,6	3,8	39,3	21,3	3,7	6,9	29,0	43,2	40,7	3	6	5	42	1,8	22	0,9
		Contagem	613.815	122	19,9	4,4	11,6	2,0	25,5	14,6	7,6	1,1	18,1	36,1	24,7	0	0	0	9	1,5	3	0,5
		Coronel Fabriciano	104.637	31	29,6	5,7	15,3	1,0	41,6	18,5	0,0	0,0	27,2	46,5	61,7	0	0	0	2	1,9	0	0,0
		Governador Valadares	266.190	96	36,1	7,1	22,5	2,6	56,2	17,9	0,0	0,0	36,3	57,5	64,4	0	0	0	13	4,9	6	2,3
		Juiz de Fora	525.225	150	28,6	5,0	18,7	4,2	39,1	19,1	13,6	2,8	33,9	39,7	22,4	2	2	2	16	3,0	11	2,1
		Montes Claros	370.216	71	19,2	5,9	6,8	1,4	26,9	12,0	15,2	1,7	14,8	29,9	50,3	0	0	0	13	3,5	3	0,8
		Muriáe	102.074	26	25,5	9,8	10,8	1,0	40,5	11,4	16,1	0,0	35,9	26,9	22,7	0	0	0	1	1,0	1	1,0
		Poços de Caldas	154.974	18	11,6	3,9	4,5	0,0	21,4	2,5	0,0	4,7	6,3	20,0	24,2	0	0	0	0	0,0	0	0,0
		Sabará	127.897	34	26,6	5,5	16,4	3,1	39,0	15,1	11,5	4,6	27,2	50,1	16,4	0	0	0	1	0,8	2	1,6
		Santa Luzia	205.666	47	22,9	4,4	16,5	3,4	30,1	16,1	0,0	5,5	20,9	47,6	23,1	0	1	1	2	1,0	3	1,5
		Teófilo Otoni	135.549	41	30,2	5,9	19,9	2,2	37,0	24,0	0,0	8,9	28,6	48,9	46,9	0	0	0	4	3,0	3	2,2
Sudeste	ES	Cachoeiro de Itapemirim	192.156	63	32,8	7,8	20,3	4,2	51,1	15,3	0,0	3,4	45,9	39,8	28,2	0	0	0	5	2,6	3	1,6
		Cariacica	352.431	177	50,2	7,9	33,5	5,4	70,4	31,0	11,3	1,7	59,0	73,2	72,3	0	0	0	11	3,1	10	2,8
		Colatina	113.054	47	41,6	4,4	23,9	3,5	65,6	18,9	0,0	0,0	62,9	51,4	15,3	0	0	0	2	1,8	3	2,7
		Guarapari	107.836	32	29,7	6,5	15,8	0,9	34,1	25,4	13,3	5,6	37,8	39,0	25,7	0	0	0	1	0,9	0	0,0
		Linhares	145.639	53	36,4	7,6	21,3	1,4	48,2	24,6	17,4	11,7	29,3	73,8	48,1	0	0	0	7	4,8	0	0,0
		São Mateus	111.832	31	27,7	2,7	20,6	1,8	34,3	21,2	0,0	4,9	41,0	32,2	21,2	0	1	0	3	2,7	0	0,0
		Serra	422.569	207	49,0	10,4	27,0	4,5	71,6	27,0	3,0	4,1	65,9	61,8	60,0	1	0	0	10	2,4	12	2,8
		Vila Velha	424.948	187	44,0	4,5	28,9	4,9	66,6	23,1	11,1	4,8	60,9	50,9	32,9	0	0	0	8	1,9	6	1,4
Vitória	333.162	151	45,3	6,9	29,7	4,5	72,2	21,5	10,0	4,5	61,5	50,1	39,9	2	0	0	15	4,5	3	0,9		

POPULAÇÃO 2012

**A Morbidade**

A.1 Número de casos novos de tuberculose todas as formas

A.2 Coeficiente de incidência de tuberculose

A.2.1 Todas as formas

A.2.2 Extrapulmonar

A.2.3 Pulmonar com baciloscopia positiva

A.2.4 Coinfecção tuberculose e HIV

A.2.5 Sexo masculino

A.2.6 Sexo feminino

A.2.7 Faixa etária de 0 a 4 anos

A.2.8 Faixa etária de 5 a 14 anos

A.2.9 Faixa etária de 15 a 39 anos

A.2.10 Faixa etária de 40 a 59 anos

A.2.11 Faixa etária de 60 anos e mais

A.3 Número de casos de tuberculose em esquema especial – jan. a jun., 2013

**B Mortalidade**

B.1 Número de óbitos por tuberculose

B.2 Coeficiente de mortalidade por tuberculose

B.3 Número de óbitos por tuberculose como causa associada

B.4 Coeficiente de mortalidade por tuberculose como causa associada

continua

Fonte: Brasil (2014, p. 77, grifo nosso).

Figura 6 – Continuação. Tabela de indicadores operacionais e epidemiológicos dos municípios prioritários para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose para o ano de 2012

continuação

Região	Sigla	Município prioritário	População 2012	C.1	C.2	C.3	C.4	C.5	C.6	C.7	C.8	C.9	C.10	D.1	D.2	D.3	D.4
Sudeste	MG	Belo Horizonte	2.395.785	12,5	12,0	87,9	62,5	49,0	97,5	69,8	76,8	16,3	12,7	72,6	304	561.528,80	493
		Contagem	613.815	8,4	16,7	89,5	44,3	20,4	88,9	65,1	64,3	4,8	0,0	52,7	35	68.767,70	85
		Coronel Fabriciano	104.637	13,2	20,0	88,0	64,5	84,4	96,9	89,5	94,4	0,0	0,0	49,7	12	23.385,10	22
		Governador Valadares	266.190	17,2	61,9	93,5	59,4	68,1	96,6	78,8	79,7	15,2	15,3	48,2	22	20.804,40	72
		Juiz de Fora	525.225	20,7	0,0	86,3	65,3	44,3	83,3	59,8	50,9	16,4	19,3	54,3	103	39.087,30	107
		Montes Claros	370.216	13,1	18,2	81,6	39,4	50,6	94,9	68,3	64,0	2,4	4,0	66,0	34	70.066,80	40
		Muriae	102.074	0,0	...	93,8	50,0	93,3	93,3	94,7	94,4	0,0	0,0	100,0	3	1.097,30	15
		Poços de Caldas	154.974	4,8	0,0	91,7	16,7	100,0	100,0	66,7	66,7	11,1	11,1	62,8	4	3.123,20	11
		Sabará	127.897	15,5	14,3	96,3	67,6	53,5	90,7	64,0	53,8	8,0	15,4	16,3	13	20.987,20	26
		Santa Luzia	205.666	17,1	75,0	97,4	53,2	61,2	98,0	84,8	87,0	6,1	8,7	65,9	15	23.032,70	37
Sudeste	ES	Teófilo Otoni	135.549	12,2	40,0	87,9	56,1	80,9	89,4	62,5	73,1	3,1	0,0	35,7	8	13.848,10	29
		Cachoeiro de Itapemirim	192.156	1,5	0,0	87,5	69,8	76,9	100,0	90,7	89,2	7,0	8,1	54,2	12	11.157,20	42
		Cariacica	352.431	14,0	40,6	95,3	45,2	16,8	100,0	75,8	54,2	15,0	16,7	11,8	44	91.216,60	142
		Colatina	113.054	7,8	50,0	97,6	63,8	77,4	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0	67,5	1	1.089,40	41
		Guarapari	107.836	12,8	20,0	92,0	84,4	88,5	96,2	70,0	73,7	5,0	5,3	16,2	6	8.233,40	23
		Linhares	145.639	10,0	100,0	95,2	86,8	60,4	100,0	90,6	88,0	0,0	0,0	64,9	1	6.154,30	40
		São Mateus	111.832	15,0	66,7	100,0	93,5	36,4	100,0	85,7	81,8	3,6	0,0	40,6	...	...	28
		Serra	422.569	13,3	33,3	94,5	68,6	26,0	98,9	61,1	42,3	20,0	19,2	26,5	31	71.332,70	154
		Vila Velha	424.948	8,5	50,0	93,5	78,6	21,5	99,4	88,2	76,7	6,4	13,3	18,9	40	107.123,00	157
		Vitória	333.162	9,7	68,8	90,6	71,5	34,9	98,8	85,7	76,1	7,1	13,0	77,2	53	128.104,80	116

**C Indicadores operacionais**

- C.1 Percentual de retratamento entre o total de casos de tuberculose – 2012  
 C.2 Percentual de cultura realizada entre os casos de tuberculose de retratamento – 2012  
 C.3 Percentual de casos de tuberculose pulmonar com baciloscopia realizada – 2012  
 C.4 Percentual de testagem anti-HIV realizada nos casos de tuberculose – 2012  
 C.5 Percentual de tratamento diretamente observado realizado nos casos de tuberculose – 2011  
 C.6 Percentual de casos de tuberculose com situação de encerramento preenchida – 2011  
 C.7 Percentual de cura nos casos de tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva – 2011  
 C.8 Percentual de cura entre os casos de tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva que realizaram tratamento diretamente observado – 2011

- C.9 Percentual de abandono de tratamento entre os casos tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva – 2011  
 C.10 Percentual de abandono entre os casos tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva que realizaram tratamento diretamente observado – 2011

**D Oferta de serviços de saúde – 2012**

- D.1 Percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família  
 D.2 Número de internações por tuberculose  
 D.3 Gasto total com internações por tuberculose em reais  
 D.4 Total de baciloscoapias realizadas

continua

Fonte: Brasil (2014, p. 86, grifo nosso).

Em 2017 foram notificados e confirmados 4.119 casos de TB no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de Minas Gerais, somente em Belo Horizonte ocorreram 910 confirmações, Juiz de Fora ocupa o segundo lugar no ranking com 333 casos, seguido por Montes Claros com 125 casos, Uberlândia com 119 casos e Governador Valadares com 95 casos; entre os 482 municípios de Minas Gerais notificantes os cinco municípios citados foram responsáveis por 38,4% dos casos confirmados notificados, percentual extremamente significativo quando comparado a extensão territorial do estado e seu grande número de municípios (BRASIL, 2017c).

Os indicadores operacionais vistos refletem a qualidade dos serviços oferecidos e servem como direcionamento para a tomada de decisão. Observa-se que a identificação dos determinantes e condicionantes no processo de adoecimento entre as Unidades Federativas (UFs) do país refletem diversidade quanto à distribuição do

risco para adoecimento, este aspecto se caracteriza pelo conjunto indivíduo, família e comunidade, corroborados as dimensões continentais do país também pode ser responsável pela variação dos coeficientes de incidência e mortalidade por TB no Brasil (BRASIL, 2017f).

Observa-se também que nos últimos cinco anos mesmo com a intensificação da aplicação do Plano de Ação do PCT (aprovado em 2004) integrado a rede de Serviços de Saúde do SUS os indicadores nacionais da TB se mantêm com pouca ou nenhuma mudança e o que é percebido são intervenções pontuais que muitas vezes são ineficientes por falhas no planejamento.

Vigilância epidemiológica; medidas de proteção; integração com a atenção básica; ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social; capacitação e treinamento articulados com polos de educação permanente; sustentação político-social; avaliação, acompanhamento e monitoramento; são componentes estruturais básicos do programa e estão fundamentados na descentralização e horizontalização de ações(SANTOS, J., 2007).

O programa também conta com parcerias público-público e público-privado, especialmente no âmbito dos cuidados primários à saúde com atenção especial às populações mais vulneráveis (povos indígenas, população de rua, população privada de liberdade, entre outros), ênfase no combate a coinfeção TB-HIV e reforço das ações de diagnóstico clínico e laboratorial (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007).

A principal ação preconizada pelo PCT é a estratégia TS-DOTS com apoio dos recursos humanos das unidades de APS (Programa de Saúde da Família – PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS) por intermédio de um programa unificado que têm suas atribuições definidas, desenvolvidas e executadas em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal (SANTOS, J., 2007).

A política de programação das ações as quais o programa está subordinado segue padrões técnicos e assistenciais bem definidos que permite o acesso universal da população as suas ações, garantindo desde a distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos necessários para o tratamento/cura até ações preventivas e de controle do agravo (BRASIL, 2006b).

Um desafio persistente na saúde pública que se torna limitador de muitas conquistas é o empoderamento efetivo da sociedade civil no controle social com apoio

às ações governamentais, ação imprescindível para alcançar as metas necessárias para a redução da morbimortalidade no país (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007).

A meta para eliminação da doença como problema de saúde pública é <10 casos para cada 100 mil habitantes, porém só será possível o alcance deste resultado esse resultado com a melhoria do cenário atual da saúde e principalmente de alguns indicadores operacionais e epidemiológicos do país (BRASIL, 2017f).

Atribuições normativas para provimento de recursos financeiros; assessoria técnica e capacitação de recursos humanos para estados; avaliação, monitoramento e difusão de informação do País; desenvolvimento tecnológico; política de aquisição, distribuição e controle de medicamentos e imunobiológicos são de responsabilidade da União (SANTOS, J., 2007), contudo, para a efetivação de sua descentralização o PCT conta com a participação de diversos parceiros como a academia, sociedade civil, os profissionais de saúde, de assistência social e da justiça. Estes parceiros trabalharam em conjunto com as esferas estaduais e municipais reafirmando a relevância da articulação intra e intersetorial (BRASIL, 2016).

O papel dos estados é de assessorar tecnicamente e capacitar recursos humanos para os municípios; avaliar e monitorar ações e difundir informações em nível estadual. Os municípios ficaram com planejamento e execução das ações de vigilância, prevenção e controle da TB em seus territórios (SANTOS, J., 2007).

A descentralização dos serviços e ações que envolvem a TB para APS teve início por volta dos anos 2000 e trouxe consigo desafios para o PCT municipal que persistem até a atualidade, expondo as fragilidades da estrutura, organização e desempenho de todo o sistema (ARAKAWA *et al.*, 2017).

A implementação dos cuidados verdadeiramente centrados no paciente, o olhar voltado criteriosamente para fatores de risco entrelaçados ao controle da TB, atenção especial a grupos vulneráveis e maior comprometimento político com a causa são alguns destes desafios (DUARTE *et al.*, 2018).

Como já citado a horizontalização e a descentralização das ações para a APS dependem diretamente da atuação das equipes da ESF e para isso faz-se necessário além do aumento da cobertura da ESF a qualificação de todos os atores envolvidos no processo desde o acolhimento até a conclusão do tratamento do paciente (BRASIL, 2016). Teoricamente esta estratégia permitiria o diagnóstico precoce; o tratamento adequado e a implementação de ações de vigilância, prevenção e controle da doença mais eficazes (CLEMENTINO *et al.*, 2016).

Todavia as mudanças ocorridas no processo de descentralização das ações para a APS, segundo pesquisadores, demonstram que ampliação do acesso do indivíduo com suspeita de TB através destes serviços não caracterizou uma ação facilitadora para diagnosticar a doença, haja vista as inúmeras dificuldades político-gerenciais enfrentadas pelos municípios. Falta de capacitação para profissionais da ponta, falhas na intersectorialização, orçamentos insuficientes, má estruturação do fluxo de referência-contrarreferência com especialistas, indisponibilidade de exames de apoio diagnóstico são exemplos da necessidade de readequação de todo o contexto da rede APS para abarcar essa nova demanda (CLEMENTINO *et al.*, 2016).

Estes fatores contribuem com a permanência na verticalidade da assistência em muitos municípios, onde, os pacientes com suspeita ou diagnóstico de TB acabam desassistidos pelas UBS já que a ESF não assume a responsabilidade em relação à atenção a estas pessoas (CECILIO; TESTON; MARCON, 2017).

Cidades maiores e mais urbanizadas tendem a ofertar serviços próprios ou conveniados de média e alta complexidade com mais facilidade de acesso, em contramão existe às dificuldades de implantação dos programas e estratégias na AB devido ao padrão de consumo em saúde expressado pela população nestes centros com interesse principalmente em serviços especializados (ARAKAWA *et al.*, 2017). Já em municípios de pequeno porte quando há muita dificuldade o MS ainda permite o atendimento centralizado em ambulatórios de referência, respeitando a oferta e disponibilidade de recursos locais (CECILIO; TESTON; MARCON, 2017).

Um estudo recente destacou fatores preocupantes relacionados à descentralização das ações para os municípios de menor porte que apesar de apresentarem maior cobertura da ESF/PACS geralmente estes apresentam gestores com menor qualificação e muita rotatividade de recursos humanos. Municípios maiores, frequentemente, detêm instrumentos que fortalecem o comprometimento político e garante os recursos necessários a execução dos programas; haja vista que independente do porte dos municípios os coordenadores de programas de TB referem que esbarram em questões como descontinuidade administrativa, falta de autonomia nas decisões executivas, clientelismo político e conflitos de interesse político - partidários na execução de suas atividades (ARAKAWA *et al.*, 2017).

A inclusão da TB como prioridade no cenário da saúde mundial revelou muitos desafios atrelados, principalmente, a necessidade do diagnóstico oportuno dos

casos em especial nos serviços de APS. No Brasil com a descentralização para a ESF não foi diferente.

Evidências científicas sugerem ineficácia e apontam fragilidades nos aspectos organizacionais dos serviços de saúde no que tange a assistência centralizada nas ações de controle da TB a serem desenvolvidas pelas equipes de APS. Medidas de promoção, prevenção, reabilitação, biossegurança e integralidade da atenção são exemplos nestes casos. Além disso há a necessidade constante da população em buscar a medicalização e o uso de tecnologias duras em outros níveis de assistência que se tornam mais atrativos para o usuário que procura solução rápida do “mal-estar” (ANTUNES *et al.*, 2016).

A baixa procura e as falhas no atendimento nas unidades de APS caracterizam dois aspectos que revelam um indicador preocupante em se tratando de uma doença infectocontagiosa, na qual o controle se deve principalmente a detecção precoce, neste caso, a incongruência entre atenção primária, profissional de saúde e usuário influenciam diretamente no tempo e no processo de diagnóstico e tratamento oportunos (ANTUNES *et al.*, 2016).

Considerada porta de entrada no sistema de saúde a ESF tem mão de obra qualificada, permite a ampliação do acesso aos serviços de saúde de forma igualitária, integral e contínua, fortalece a inclusão dos usuários e organiza suas atividades em um território pré-definido se tornando facilitadora para a monitorização e avaliação das ações; no entanto, os profissionais relatam dificuldades, mesmo diante de sinais e sintomas, em suspeitar de um caso de TB e encontrar o SR, seja por falta de informação da população ou por despreparo da equipe (CECILIO; TESTON; MARCON, 2017).

Para fortalecer as ações dos serviços prestados no âmbito da APS o MS articulou em 2013 uma nova estratégia criando o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) que tem como principal objetivo ampliar o acesso e a qualidade dos serviços em saúde neste nível de atenção com garantia da efetividade das ações governamentais para reorganização do modelo atual de atenção em saúde (CLEMENTINO *et al.*, 2016).

Cabe ressaltar que responsabilidade sobre o paciente que apresenta sinais e sintomas sugestivos de TB e realização da Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios (BASR) é uma atribuição multiprofissional, ou seja, de toda a equipe de saúde e deve ser realizada permanentemente nos serviços de saúde; no entanto, por



ser menos prevalente dentre as demais doenças tratadas na APS é compreensível que estes profissionais sintam-se inseguros na tomada de decisões imediatas o que pode acarretar a desvinculação do usuário da unidade e o encaminhamento desnecessário do indivíduo para o serviço especializado (ANTUNES *et al.*, 2016).

Existem ainda questões administrativas e/ou estruturais que interferem diretamente nesses fluxos, como na coleta do escarro que além de conhecimento acerca das medidas de biossegurança por parte do profissional assistencial faz-se necessário um local apropriado para o armazenamento do material até o transporte ao laboratório de análise, recurso indisponível na maioria das UBS (ANTUNES *et al.*, 2016).

A descontinuidade da assistência do usuário SR de TB na APS infelizmente ainda é recorrente. Ocorrem encaminhamentos evitáveis que envolvem além de perda de tempo para realização do diagnóstico oportuno, custos financeiros tanto para o paciente quanto para o serviço. A efetiva descentralização para a APS vislumbra aspectos positivos desde que haja proximidade das equipes de saúde com a comunidade, possibilidade de coleta do escarro na unidade de origem no primeiro atendimento com a realização do exame em tempo hábil e possibilidade de diagnóstico ainda que o usuário não retorne ao serviço de saúde (ANTUNES *et al.*, 2016).

Um indicador de fragilidades dos serviços de saúde na assistência ao paciente com suspeita ou portador da doença é o óbito por TB, um evento considerado evitável que tem como agravante a identificação de casos pós-óbito em decorrência da realização de investigação com notificação no SINAN, em 2016 o Brasil notificou 517 casos de pós-óbito por TB, um reflexo de falhas na busca ativa de casos novos e na avaliação entre os contatos (BRASIL, 2017f).

Autoridades de saúde pública no país reconhecem que o PCT precisa implementar atividades que possibilitem mudanças concretas na qualidade dos serviços ofertados ao paciente portador de TB (BRASIL, 2016). O MS vem trabalhando atualmente no Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil (Plano Nacional) e concentra esforços no combate à doença a partir da estratégia global para enfrentar e acabar com TB até 2035 (aprovada em 2014) que apresentou a proposta de um coeficiente de incidência menor que 10/100 mil habitantes e a perspectiva de um mundo livre da TB (BRASIL, 2017f).

A publicação do Boletim Epidemiológico 2016 caracteriza um marco importante no início da construção do Plano Nacional, este documento analisou indicadores epidemiológicos e operacionais para o controle da doença e a tendência e prospecção dos coeficientes de incidência e de mortalidade no Brasil para os próximos anos não deixando de considerar a grande variabilidade dos dados entre as Unidades da Federação e as capitais do país. Este fato trouxe à discussão a persistência dos desafios para o fim da TB e demonstrou que a superação destes depende diretamente da união de esforços entre as três esferas de governo em prol do SUS (BRASIL, 2016).

O Manual de Recomendações do PCT bem como pesquisas prévias trazem para caracterização de desempenho de seus serviços indicadores que revelam a proporção de: casos novos notificados pelo município de residência, casos novos de TB pulmonar com baciloscopia de escarro no início do tratamento, realização do teste de HIV entre os casos novos, teste HIV em andamento entre os casos novos, casos novos diagnosticados com confirmação bacteriológica, TDO indicado e TDO efetivado entre os casos novos, comunicantes examinados entre os identificados entre casos novos, abandono de tratamento entre os casos novos, cura entre os casos novos e óbito entre os casos novos (ARAKAWA *et al.*, 2017). No entanto, mesmo com diversos recortes, ainda assim, são escassas as publicações nacionais que utilizam dados construídos com auxílio dos recursos do PCT.

Seguindo os objetivos do Plano Nacional com intuito de melhorar o registro de dados criou-se também o Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (SITE-TB) que se tornou a principal ferramenta da vigilância de casos de TB que necessitam de tratamentos especiais no Brasil (BRASIL, 2016).

O Plano Nacional define os indicadores para o monitoramento do progresso das ações apoiado em três pilares com objetivos específicos para o alcance das principais metas: Pilar 1 – Prevenção e cuidado integrado centrados no paciente; Pilar 2 – Políticas arrojadas e sistemas de apoio e Pilar 3 – Intensificação da pesquisa e inovação (BRASIL, 2017f).

Infelizmente muitas autoridades por acreditarem que já se sabe o bastante sobre a enfermidade consideraram o problema da TB como assunto resolvido, porém todo conhecimento adquirido ao longo dos anos de nada servirá se não for revertido em medidas eficazes que estejam ao alcance da população em geral (RUFFINONETTO, 2002).

O SUS oferece gratuitamente os exames laboratoriais necessários para diagnóstico da TB e alerta que testes solicitados e realizados em tempo hábil são reflexo de maior cuidado para com o paciente culminando no diagnóstico correto. Os profissionais de saúde precisam estar capacitados para atenderem, acompanharem e executarem as atividades que envolvam os fluxos laboratoriais, porém é baixo percentual de casos novos de TB pulmonar com diagnóstico laboratorial o que sugere uma baixa qualidade da vigilância e assistência, considerando a ausência do acesso aos exames para confirmação dos casos (BRASIL, 2017f).

O monitoramento do controle da TB no Plano Nacional inclui os principais eixos do PCT, ou seja, indicadores operacionais como: detecção, diagnóstico, coinfeção TB-HIV, desfecho dos casos de TB droga resistente e proporção de cura e abandono ao tratamento; com a incorporação da rotina de monitoramento com periodicidade trimestral e a inclusão dos diversos atores/cenários de saúde como: vigilância da AIDS, AB, assistência social, sistema prisional, saúde mental, sociedade civil, entre outros (BRASIL, 2017f).

A execução de ações que expressam os eixos citados no parágrafo anterior reflete o desempenho dos serviços de saúde e o esforço dispensado para melhorar a qualidade do cuidado à pessoa com a doença na esfera de gestão do SUS. As atividades propostas pelo programa precisam ser incorporadas as rotinas nas Secretarias de Saúde Municipais e Estaduais, considerando à realidade encontrada frente às particularidades de cada local, para identificar as fragilidades que influenciam o controle da doença desde a busca ativa até a conclusão do tratamento (BRASIL, 2017f).

Não há dúvidas que um diagnóstico preciso e oportuno é essencial para considerar a diminuição da morbimortalidade e a eliminação das fontes de infecção, ou seja, a ineficiência deste serviço com transmissão contínua da doença com a persistência do bacilo na sociedade, influência no prognóstico dos sujeitos acometidos e pode ter como desfecho a multirresistência às drogas e até a morte, porém, é preciso ressaltar que os avanços no combate a TB foram significativos tendo em vista sua trajetória histórica comparada a agravos de natureza semelhante no mesmo período (CECILIO; TESTON; MARCON, 2017).

A discussão em questão nos leva a refletir que os possíveis equívocos de avaliação do problema resultaram em medidas tímidas, ou seja, insuficientes para implementar e colocar em funcionamento todos os recursos disponíveis para o

controle da TB, sejam estes recursos políticos/gerenciais, intelectuais/técnicos ou práticos/assistenciais.

É sabido que ainda é pequeno o diálogo entre as universidades e os serviços de saúde pública no tema pertinente a TB no Brasil. As políticas públicas do MS, das SES e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) devem contar com a ajuda dos aparelhos formadores dos profissionais de saúde, ou seja, as Universidades para impedir que esse descalabro consentido aconteça. A academia pode colaborar efetivamente com o serviço através de pesquisas para apontar novos caminhos, testar novas técnicas diagnósticas (mais rápidas), ampliar estudos epidemiológicos, aplicar novas metodologias, enfim utilizara ciência para melhorar o entendimento sobre a dinâmica da doença nas comunidades. Quanto mais se estuda mais se percebe que os desafios se multiplicam e a união é a melhor estratégia para alcançar o sucesso nesta luta (RUFFINO-NETTO, 2002).

### 3 DESENHO TEÓRICO E METODOLÓGICO DO ESTUDO

#### 3.1 A ABORDAGEM METODOLÓGICA DE ESCOLHA

Optamos pelo uso da abordagem quantitativa com desenho transversal (ou seccional) por se tratar de uma análise observacional descritiva direta de uma população em um único momento do tempo sem período de seguimento. Acreditamos que através desta é possível identificar lacunas passíveis de intervenção e elaboração de hipóteses para as causas dos problemas encontrados (KLEIN; BLOCH, 2008).

Atualmente para a manutenção efetiva das ações realizadas pelos serviços de saúde frente à crescente crise mundial neste setor onde as expectativas giram em torno do desenvolvimento de novas tecnologias, a necessidade de controle dos gastos públicos e o atendimento das necessidades da população, nos remete à importância do desenvolvimento da institucionalização da avaliação e a incorporação dessa cultura às rotinas das organizações, permitindo a tomada de decisão baseada em conhecimentos científicos sólidos em busca de auxiliar o planejamento gestor com intervenções de qualidade (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

#### 3.2 O CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO

O estudo foi realizado no município de Juiz de Fora – Minas Gerais que é o quarto maior município do estado, com uma área de 1.429,875 km<sup>2</sup> e com uma população estimada de 563.769 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017b). De acordo com o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais, o Estado se divide em 13 Macrorregiões de saúde e 75 Microrregiões Sanitárias. O município de Juiz de Fora está inserido na Macrorregião Sudeste (composta por 94 municípios) e no polo microrregional Juiz de Fora/Bom Jardim de Minas/Lima Duarte (HORTA *et al.*, 2014; MALACHIAS; LELES; PINTO, 2011). A cidade possui um sistema de saúde robusto e é polo de referência com garantia de suporte à rede assistencial de saúde macrorregional.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) o município conta com 70 estabelecimentos de atenção primária (17 postos de saúde, 51 unidades básicas, 2 unidades mistas) atuando com 94 equipes de Saúde da Família e 24 equipes de AB distribuídos em 8 regiões administrativas (7 urbanas e 1 do campo) ou 12 regiões sanitárias (BRASIL, 2019b, 2019c; HORTA *et al.*, 2014).

A administração municipal possui autonomia para gerir todos os serviços ofertados na atenção à saúde, com responsabilidades inerentes à seleção, cadastramento, contratação, regulação, controle, avaliação e pagamento dos prestadores de serviços, e, para tal utiliza recursos financeiros de Média e Alta Complexidade (MAC) (MINAS GERAIS, 2015).

Por apresentar algumas características peculiares como ser um dos municípios prioritários para TB na região, por apresentar o maior coeficiente de incidência de TB no estado de MG e por ser o segundo com maior número de casos de TB em 2016 (BRASIL, 2017a) escolhemos a cidade para esta pesquisa.

Recentemente, após uma visita de monitoramento (junho de 2017) do Programa Estadual de Controle da TB (PECT) em parceria com o Ministério da Saúde (MS), foi constatada a real necessidade de reavaliação do Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT). A equipe de monitoramento fez algumas análises e propôs ações que aumentassem a efetividade dos resultados epidemiológicos referentes ao controle da TB em JF (Anexo A). Vale ressaltar que o Plano de Saúde de Juiz de Fora 2014 – 2017 elenca a APS como eixo prioritário de organização dos serviços assistenciais de saúde, o que inclui o planejamento e intervenções propostas pelo PMCT visando à garantia de integralidade do cuidado (JUIZ DE FORA, 2014).

Desde 2001 quando o controle da TB passou ser de responsabilidade dos municípios as competências do PCT devem ser desenvolvidas no âmbito da atenção básica à saúde, seja nas UBS ou em ambulatórios de referência (BRASIL, 2001). Todavia, o município em questão viabilizou a descentralização destas ações de fato apenas no ano de 2005 e luta para vencer entraves para mais avanços até os dias atuais.

### 3.3 OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Tomando em consideração a estrutura organizacional da saúde no município, foram predefinidos seis gestores municipais que ocupam cargos estratégicos na gestão da saúde e que traziam relação com o controle da TB para participarem do estudo. Os convidados foram respectivamente:

- Coordenador do Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT);
- Coordenador do Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (DVEA);
- Gerente do Departamento de Desenvolvimento da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SSAPS);
- Subsecretário da Atenção Primária à Saúde (APS);
- Subsecretário da Subsecretaria de Vigilância à Saúde (SVS);
- Secretário da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Os critérios de inclusão foram: atuar como gestor municipal no âmbito do SUS em nível central (coordenação, secretaria ou subsecretaria) executando atividades relacionadas ao PMCT independente da formação profissional. Os critérios de exclusão utilizados foram: profissionais que após cinco tentativas de contato via telefone não se manifestaram para a realização da entrevista, aqueles que estavam afastados do serviço por motivo de saúde, licença, treinamento profissional ou férias regulamentares no período da coleta de dados.

Vale destacar que, dois gestores apesar de não recusarem explicitamente em participar do estudo foram excluídos após cinco tentativas de contato para agendamento da entrevista sem sucesso.

### 3.4 A COLETA DE DADOS

Ressalto que a parceria ensino-serviço é fundamental para viabilidade de novas pesquisas e, a proximidade com a gestão municipal possibilita maior visibilidade com aumento de chances para implementação de ações subsidiadas a partir dos resultados.

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2019, junto a quatro participantes. Foi realizada uma nova tentativa de coleta com os dois gestores menos acessíveis no início do mês de agosto, porém, sem sucesso.

Os gestores predefinidos para participar da pesquisa foram contatados via telefone e de acordo com a disponibilidade de cada profissional foi agendado um encontro com a pesquisadora para eventuais esclarecimentos e o preenchimento do instrumento de coleta. Por possuírem uma agenda bastante ocupada, dois dos quatro participantes, após receberem as informações pertinentes ao preenchimento do instrumento, optaram por fazê-lo sozinhos e posteriormente entregarem o questionário.

Utilizamos um instrumento componente do *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) adaptado e validado para o Brasil por Macinko, Almeida e Oliveira (2003), e posteriormente, adaptado para avaliar a atenção à TB por Villa e Ruffino-Netto (2009). O instrumento possui três versões e todas serão contempladas pela pesquisa original. Nesta vertente utilizaremos apenas o instrumento aplicável aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (Anexo B).

O questionário contempla questões que possibilitam avaliar o desempenho dos serviços de saúde na Atenção Básica - AB referentes à atenção ao doente de TB. As ações avaliadas estão relacionadas à prática clínica diária, de saúde pública ou de implementação de políticas de controle da TB no município.

Durante a entrevista foi explicado para cada participante às diferentes opções de respostas em todas as questões e foi oferecido a possibilidade de uma nova categoria de resposta para contemplar situações as quais o gestor demonstrasse não ter conhecimento. Esta categoria não estaria atrelada a nenhuma pontuação e seria a opção “Não sabe”.



### 3.5 TRATAMENTO DOS DADOS

A diversidade de respostas trazidas pelo instrumento de coleta de dados permitiu a construção de 17 tabelas e 9 gráficos no Word 2010 e Excel 2010; em seguida procedemos uma análise descritiva dos dados a partir dos eixos apresentados a seguir:

- Informações gerais,
- TB na agenda municipal / Porta de entrada,
- Acesso ao diagnóstico,
- Acesso ao tratamento,
- Vínculo,
- Elenco de serviços,
- Coordenação,
- Enfoque na família,
- Orientação para a comunidade e
- Formação profissional.

Para possibilitar maior transparência sobre as opiniões dos participantes cada eixo foi apresentado e discutido separadamente.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

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 C). A pesquisa foi realizada atendendo às determinações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013).

No encontro com a pesquisadora os profissionais convidados a participarem do estudo receberam os devidos esclarecimentos sobre o

desenvolvimento da pesquisa (objetivos, procedimentos, confidencialidade e o sigilo sobre sua participação, bem como os riscos e benefícios), realizamos a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e assinamos duas vias desse termo, sendo que uma via ficou em posse da pesquisadora e a outra via com o informante. Nesse momento foi criado um código alfanumérico com o intuito de garantir o anonimato dos entrevistados e os dados ficarão armazenados por cinco anos com a pesquisadora.

### 3.7 RISCOS

Os riscos relacionados à participação no estudo são mínimos, mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho e ler. O participante que optou em preencher o questionário junto da pesquisadora poderia interromper a entrevista em qualquer momento, por qualquer motivo; também foi oferecida garantia de minimização dos riscos através da disponibilidade de reagendamento da entrevista. Havendo qualquer outro problema ou desconforto não previsto no termo de consentimento, assim que detectado, seria imediatamente sanado pela pesquisadora.

### 3.8 BENEFÍCIOS

Neste estudo destacou-se a importância de realizar um diagnóstico situacional através do conhecimento dos gestores e reconhecer os problemas evidenciados para alcançar as metas propostas no programa nacional com consciência dos saberes destes sujeitos sobre as atividades realizadas, rotinas e serviços ofertados pelo município. A pesquisa possibilitou a produção informações para direcionar processos organizacionais e formular justificativas que abarquem a necessidade de estabelecer conexões entre os serviços, incluindo relações custo/benefício e a formulação de novas políticas pública. No entanto, o ponto chave desta investigação está em contribuir com os gestores efetivamente no planejamento,

organização, gerência, monitoramento e avaliação das ações de controle da TB preconizadas pelo programa.

#### 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O questionário possui 96 perguntas subdivididas nos seguintes dez eixos:

- (a) Informações gerais;
- (b) TB na agenda municipal / Porta de entrada;
- (c) Acesso ao diagnóstico;
- (d) Acesso ao tratamento;
- (e) Vínculo;
- (f) Elenco de serviços;
- (g) Coordenação;
- (h) Enfoque na família;
- (i) Orientação para a comunidade;
- (j) Formação profissional.

A partir destes eixos foram criadas 17 tabelas no Word 2010, nas quais todas as questões do instrumento de coleta de dados e suas respectivas possibilidades de respostas estão descritas. Organizamos as respostas dos participantes por questões e procedemos com a soma destas respostas ao final de cada questão, destacamos que existe uma variação para as possibilidades de respostas entre os eixos da pesquisa.

As questões possuem respostas que seguem um padrão tipo Likert e recebem uma pontuação entre 1 para o pior desempenho e 5 para o melhor desempenho, e o somatório da pontuação referente a cada resposta dada pelos gestores possibilitou a construção de um gráfico de desempenho por eixo da pesquisa.

Os eixos B/D/E/F/G/H/I possuem seis possibilidades de respostas: nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre, sempre e não se aplica; para estes eixos o melhor desempenho é representado pela resposta “sempre” e o pior pela resposta “nunca”, para a resposta “não se aplica” não há pontuação.

As questões 12 e 13, representadas no eixo B como “Porta de entrada”, trazem oito opções de respostas: UBSF/PACS, UBS, ambulatório de referência,

hospital público, hospital privado, consultório particular, pronto atendimento e outros; e por este motivo não foram contabilizadas no Gráfico de desempenho do eixo B.

O eixo C “Acesso ao diagnóstico” possui doze questões com possibilidades de respostas bem distintas. As questões 14, 15, 16 e 17 estão relacionadas aos dias, número de vezes e quantidade de semanas; e receberam pontuação semelhante aos demais eixos, sendo a nota máxima para o menor período de espera e a nota mínima para o maior período de espera. A questão 18 segue o padrão de respostas dos eixos B/D/E/F/G/H/I. Entre as questões 19 e 25 as opções de respostas são inversamente proporcionais com o melhor desempenho e maior pontuação para a resposta “nunca” e o pior para a resposta “sempre”.

No eixo J “Formação profissional”, a questão 89, trata sobre tempo em anos. Nesta questão o melhor desempenho está atrelado ao maior número de anos. As outras questões deste eixo retomam as possibilidades de resposta nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre e recebem a mesma pontuação aplicada aos eixos B/D/E/F/G/H/I.

Durante a entrevista foi explicado para cada participante às diferentes opções de respostas para cada questão e foi oferecida a possibilidade de uma nova categoria de resposta para contemplar situações as quais o gestor demonstrasse não ter conhecimento, esta categoria não receberia nenhuma pontuação e seria a opção “Não sabe”.

#### 4.1 EIXO A: INFORMAÇÕES GERAIS/CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Não se criou tabela e gráfico para o eixo A, pois as informações gerais tratadas neste eixo são limitadas, haja vista que não é intencional uma caracterização mais ampla dos participantes da pesquisa.

Os quatro participantes entrevistados eram do sexo feminino, três eram enfermeiras e uma bióloga; estas trabalhavam em nível central e ocupavam os cargos de Coordenadora do Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT); Coordenadora do Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (DVEA); Gerente do Departamento de Desenvolvimento da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SSAPS) e Subsecretária da Atenção Primária à Saúde (APS). A participante

que estava a mais tempo no exercício de sua função como gestora trabalhava a mais de quatro anos no cargo, em contrapartida a que estava há menos tempo não havia completado um ano no exercício de sua função. Para as respostas das entrevistadas foram consideradas ações voltadas para a Atenção Primária a Saúde como um todo.

#### 4.2 EIXO B: A TB NA AGENDA MUNICIPAL

O eixo B é composto pelas questões 11, 12 e 13, no entanto, por existirem diferentes opções de respostas para estas questões foi necessário realizar uma subdivisão na Tabela que apresenta os dados referentes a este eixo.

A questão 11 traz 10 assertivas que trabalham a prioridade da doença no quadro sanitário do município; a aplicação específica, distribuição e regularidade de recursos (próprios, estadual e federal), insumos (potes, viatura, motorista, combustível...), incentivos (cesta básica, vale transporte...) e a definição de ações de saúde para o controle da doença. As questões 12 e 13 tratam sobre a “Porta de entrada” e colocam em discussão qual serviço o usuário procura primeiro para prevenir e tratar sinais e sintomas.

Tabela1 – A TB na agenda municipal

Questão avaliada	Possibilidades de respostas							Total de respostas
	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica	Não sei	
11 a. A TB é considerada como uma doença prioritária no quadro sanitário do município?	–	–	2	–	2	–	–	4
11 b. A distribuição de recursos para TB é realizada com base nas necessidades da população a ser atendida?	–	–	2	–	1	–	1	4
11 c. São disponibilizados incentivos (cesta básica, vale transporte...) para doentes de TB em tratamento?	1	1	1	–	1	–	–	4
11 d. é mantida a regularidade da distribuição de incentivos (cesta básica, vale transporte...) para doentes de TB em tratamento?	–	1	1	–	1	1	–	4

continua

conclusão

Questão avaliada	Possibilidades de respostas							Total de respostas
	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica	Não sei	
11 e. Participa na discussão e definição de ações de saúde para controle da TB?	1	-	-	-	3	-	-	4
11 f. No repasse de recursos financeiros para o município, são definidas linhas específicas para TB?	1	1	-	-	1	-	1	4
11 g. Participa da discussão e definição de aplicação de recursos para o controle da TB?	2	-	-	2	-	-	-	4
11 h. O município investe recursos próprios para TB?	-	-	2	1	1	-	-	4
11 i. Os recursos (potes, viatura, motorista, combustível...) são suficientes para atender as necessidades de controle da TB?	-	1	1	-	2	-	-	4

	Possibilidades de respostas						
	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca	Não sei	
11 j. Os recursos financeiros destinados a TB são aplicados em outros programas/ necessidades de saúde?	-	-	-	-	1	3	4

	Possibilidades de respostas									
	UBSF-PACS	UBS	Amb. de referência	Hosp. Público	Hosp. Privado	Consultório particular	Pronto Atendimento	Outros	Não sei	
12. Quando os usuários precisam de algum controle de saúde preventivo (vacina BCG, exames de escarro) qual serviço de saúde eles procuram?	2	1	1	-	-	-	-	-	-	4
13. Qual o primeiro serviço de saúde que o usuário procura quando apresenta sinais/sintomas de TB?	1	2	-	-	-	-	1	-	-	4

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Entendemos que os serviços de saúde devem estar organizados a partir de uma rede de cuidados articulada definida por critérios epidemiológicos, econômicos e

culturais, com fluxos conhecidos e regulados, cujo objetivo é acolher necessidades dos usuários, gestores e sociedade (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

No Brasil, em decorrência das fragilidades de articulação entre: as instâncias gestoras do sistema e a gerência dos serviços; os serviços de saúde/apoio diagnóstico e terapêutico, como também, entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços; e o que se observa é a fragmentação e a descontinuidade assistencial (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Para que a fragmentação e a centralização do cuidado existente sejam superadas a APS precisa assumir seu papel de coordenadora do conjunto de necessidades em saúde dos usuários fazendo com que os atores-chave dos espaços meso e micro do Sistema de Saúde se envolvam e se articulem suprimindo as deficiências no desempenho desses serviços (WYSOCKI *et al.*, 2017).

Todo profissional da saúde inserido atuante na APS tem o dever de conhecer as normas do PNCT, bem como entender as competências de seus níveis de gestão e gerenciamento, para que suas ações estejam embasadas tecnicamente, colaborando com o controle da doença (PEREIRA *et al.*, 2016). Gestores da área da saúde carregam o peso da responsabilidade administrativa e técnica sobre diversos assuntos pertinentes a sua atuação, o poder de decisão no âmbito da saúde é um dos mais importantes para o bem-estar da população e quando executado com excelência, impacta positivamente em inúmeros setores.

Ao discutirmos a “Agenda municipal” acreditávamos que os participantes revelariam estar completamente envolvidos e inteirados dos fatos abordados, no entanto, foi observado que as respostas “Não sei e Não se aplica” estavam presentes em algumas questões.

Destacamos a questão 11j na qual três gestores informaram não saber se os recursos financeiros destinados a TB eram aplicados para outros fins, enquanto um afirmou que este fato nunca aconteceu. Ao confrontarmos estas respostas com as respostas da questão 11g observamos uma informação conflituosa. Dois gestores responderam que nunca participaram da discussão e definição de aplicação de recursos para o controle da TB, resposta que justifica não saberem se estes recursos são aplicados em outros serviços, porém os outros dois entrevistados disseram que sempre participaram. Se três gestores não souberam responder sobre o destino dos recursos financeiros para controle da TB e apenas dois negaram participar desta



discussão, o terceiro gestor mesmo participando das discussões não sabia se havia aplicação de recursos destinados ao controle da TB em outros serviços.

Esta informação permite inferir que os gestores não participam efetivamente das discussões sobre a aplicação dos recursos financeiros destinados ao programa de controle da doença, fator complicador para o bom desenvolvimento de um planejamento estratégico de ações que dependem de incentivos para acontecer.

As demais questões deste eixo não apresentaram uniformidade nas respostas e são reflexo das possibilidades quando se tem ou não investimento de recursos financeiros. Desta forma, a capacidade técnica do gestor, por mais que exista criatividade, fica limitada sem a informação adequada sobre o “dinheiro” destinado ao controle da doença inviabilizando a resolutividade dos problemas nesta área.

As questões 12 e 13 se referem a “Porta de entrada” escolhida pelo usuário quando precisa de atendimento. Legalmente a porta de entrada do sistema de saúde brasileiro deve ser a Atenção Primária. As orientações da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que 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), traz em seu Art. 2º §1º que Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2017b)

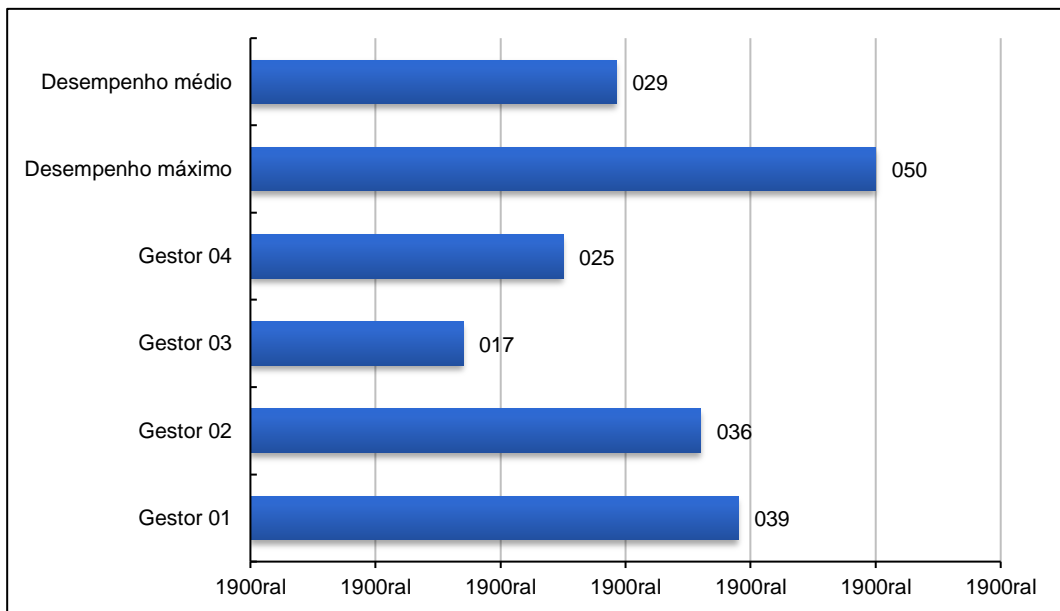
Os serviços precisam ser acessíveis e resolutivos diante das principais necessidades de saúde da população, faz-se necessário a adoção de ferramentas apropriadas de trabalho gerencial que mostrem para o usuário a importância que o setor tem e fortaleçam o primeiro contato através de medidas como: abordagem multidisciplinar, planejamento das ações, organização horizontal do trabalho e compartilhamento do processo decisório (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Segundo a perspectiva de três gestores entrevistados, a primeira opção dos usuários são as UBS-PACS e UBS, o que configura que o município provavelmente segue as orientações do Ministério da Saúde e consegue acolher e atender sua demanda na Atenção Primária.

O Gráfico 1 não incluiu os dados das questões 12 e 13. Para cada possibilidade de resposta das demais questões foi considerada uma pontuação, o desempenho máximo para o eixo “TB na agenda municipal” seria alcançado com o

total de 50 pontos (100%), zero ponto era equivalente ao pior resultado e o desempenho médio foi obtido pela soma do total de pontos alcançado por cada gestor dividido pelo número de gestores participantes. A média alcançada pelo município foi de 29,25 pontos (58,5%), esta pontuação nos permite perceber que a TB não é considerada em tempo integral como prioridade na agenda municipal, falta integração e transparência quando o assunto é a aplicação dos recursos financeiros para o controle da doença, fator que agrava a continuidade de ações que dependem diretamente de dinheiro, inclusive as relacionadas aos insumos, incentivos, bens e outros.

Gráfico 1 – Desempenho: TB na agenda municipal



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

#### 4.3 EIXO C: ACESSO AO DIAGNÓSTICO

O eixo “Acesso ao Diagnóstico” engloba da questão 14 a 25, por possuírem diferentes opções de respostas foi realizada uma subdivisão na elaboração da Tabela2 como explicado anteriormente. Nesse eixo os participantes refletiram e

responderam sobre tempo para conseguir uma consulta; número de vezes que o usuário procura a unidade quando apresenta sinais e sintomas e/ou precisa de atendimento para realizar o diagnóstico de TB; como também falaram sobre a proximidade das unidades de saúde que realizam estes serviços em relação à casa dos usuários; dificuldade de deslocamento, necessidade de transporte motorizado, custos ou perda de turno de trabalho para realizarem consultas; e se existe dificuldade para agendamento e obtenção e informações via telefone.

Tabela2– Acesso ao diagnóstico

Questão avaliada	Possibilidades de respostas						Total de respostas	
	5 dias ou mais	4 dias	3 dias	2 dias	1 dia-24h	Não sei		
14. Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quanto tempo demoram para conseguirem consulta?	-	-	-	-	2	2	4	
Questão avaliada	Possibilidades de respostas						Total de respostas	
	5 vezes ou mais	4 vezes	3 vezes	2 vezes	1 vez	não se aplica		não sei
15. Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para conseguir atendimento?	-	-	-	-	3	-	1	4
16. Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para realizar o diagnóstico de TB?	1	-	-	1	1	-	1	4
Questão avaliada	Possibilidades de respostas						Total de respostas	
	5 ou mais semanas	4 semanas	3 semanas	2 semanas	1 semana	Não sei		
17. Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quanto tempo leva para receberem o diagnóstico de TB?	-	-	-	2	1	1	4	
18. Para consulta de diagnóstico de TB, os usuários procuram a unidade de saúde mais próxima da casa deles?	1	-	1	2	-	-	4	

continua

conclusão

	Possibilidades de respostas							
	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca	Não se aplica	Não sei	
19. Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB, esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?	-	-	1	1	-	-	2	4
20. Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, os mesmos têm dificuldade para obter informações por telefone na unidade de saúde?	-	-	1	2	-	1	-	4
21. Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, os mesmos têm dificuldade para marcar consulta por telefone na unidade de saúde?	-	-	-	-	-	3	1	4
22. Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, têm dificuldade para se deslocarem até a unidade de saúde?	-	-	2	1	-	-	1	4
23. Para consulta de diagnóstico de TB, os usuários precisam utilizar algum tipo de transporte motorizado para vir à unidade de saúde?	-	-	1	-	1	-	2	4
24. Durante as consultas para diagnóstico da TB, os usuários gastam dinheiro com transporte para vir à unidade de saúde?	-	-	2	-	1	-	1	4
25. Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, perdem o turno de trabalho ou compromisso para a consulta no serviço de saúde?	-	1	1	-	1	-	1	4

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

O diagnóstico precoce é imprescindível para a interrupção da cadeia da transmissão da doença. Para isso o profissional de saúde precisa ser capaz de identificar casos suspeitos, diagnosticar corretamente os pacientes e tratar o quanto antes os doentes, no entanto, nada disso é possível sem uma oferta de serviços adequados com disponibilidade de exames diagnósticos (CECILIO; TESTON; MARCON, 2017).

Na questão 15 observamos um aspecto muito positivo com relação ao acesso ao diagnóstico. Três dos entrevistados afirmaram que o usuário recebe

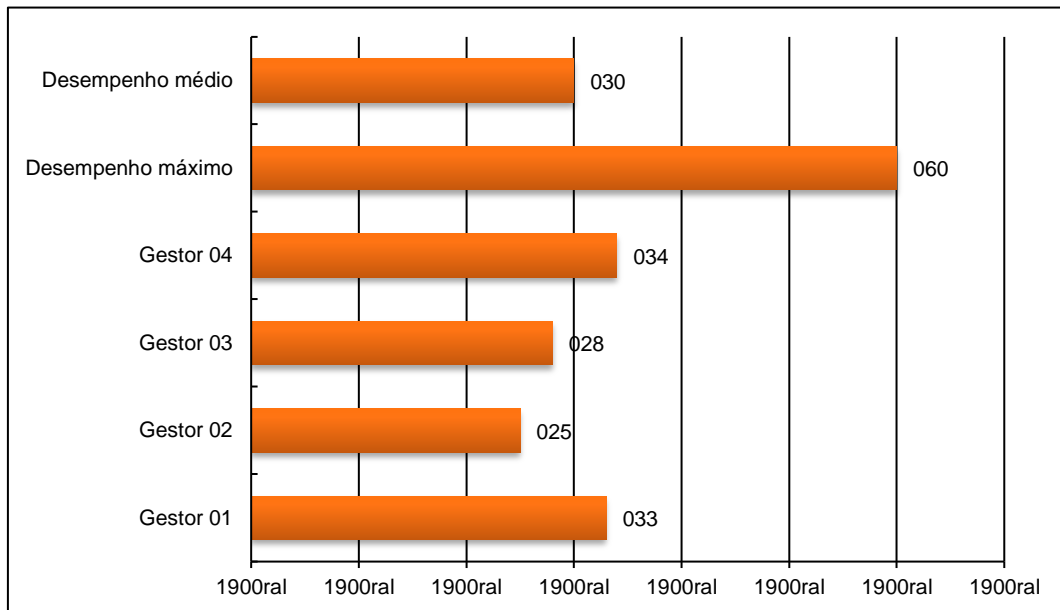
atendimento na primeira vez que procura a unidade de saúde quando apresenta sinais/sintomas de TB, dado controverso a alguns estudos que apontam que os portadores de TB procuram inúmeras vezes os serviços de saúde e acabam sendo atendidos por outros males sem a obtenção de um diagnóstico correto(CECILIO; TESTON; MARCON, 2017).

Na questão 17 dois dos entrevistados responderam que o usuário recebe o diagnóstico em duas semanas, um deles não soube responder e o outro disse que o prazo era de apenas uma semana. Neste caso é importante ressaltar que para o fechamento do diagnóstico faz-se necessário a realização de exames específicos que não são realizados na Atenção Básica, assim, a UBS ou o ambulatório, recolhem o material para exame do paciente e encaminham ao laboratório de análises clínicas no município de referência, o que pode atrasar o diagnóstico (CECILIO; TESTON; MARCON, 2017).

Ao responderem *não se aplica* na questão 21 os gestores informaram que o município não realiza marcação de consulta por telefone nas unidades de saúde, no entanto um entrevistado não detinha esta informação. As demais questões tratam tiveram um padrão de respostas variado.

O Gráfico 2 incluiu todas as questões deste eixo, foi feita uma adaptação para a pontuação das respostas na qual a melhor opção de resposta pontuava mais e a pior pontuava menos. O desempenho máximo para o eixo “Acesso ao diagnóstico” seria alcançado com o total de 60 pontos (100%), zero ponto era equivalente ao pior resultado e o desempenho médio foi obtido pela soma do total de pontos alcançado por cada gestor dividido pelo número de gestores participantes. A média alcançada pelo município foi de 30 pontos (50%), o que nos remete a ineficácia para a obtenção do diagnóstico em casos suspeitos de TB no município, reitera-se que para a melhora efetivamente o fechamento dos casos é necessário um boa integração entre o conhecimento dos profissionais e a uma rotina adequada de funcionamento do serviço (CECILIO; TESTON; MARCON, 2017).

Gráfico 2 – Desempenho: acesso ao diagnóstico



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

#### 4.4 EIXO D: ACESSO AO TRATAMENTO

As questões tratadas neste eixo falam sobre o prazo de 24 horas para obtenção de uma consulta médica; informações e marcação de consulta via telefone; visitas domiciliares; doentes tratados fora da área de cobertura das unidades; dificuldade de deslocamento, custos e perda de turno de trabalho; espera maior que 60 minutos para atendimento; além de falta de medicação nos últimos 12 meses. Foram respondidas dez questões que estão subdivididas em duas categorias por apresentarem discrepância nas possibilidades de respostas (Tabela 3).

Tabela3 – Acesso ao tratamento

Questão avaliada	Possibilidades de respostas						Total de respostas	
	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica		Não sei
26. Se os doentes em tratamento passarem mal por causa da medicação ou da TB, conseguem uma consulta médica no prazo de 24h?	-	-	1	1	2	-	-	4
27. Durante o tratamento, os doentes de TB conseguem obter informações por telefone na unidade de saúde?	-	-	1	1	1	1	-	4
28. Durante o tratamento, os doentes de TB conseguem marcar consulta por telefone na unidade de saúde?	-	-	1	-	-	2	1	4
29. Os profissionais realizam visitas domiciliares aos doentes de TB?	-	-	1	2	1	-	-	4
30. Qual a frequência em que os doentes de TB tratados nesta unidade de saúde pertencem à área adscrita?	-	-		2	-	1	1	4

	Possibilidades de respostas						
	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca	Não sei	
31. Durante o tratamento de TB, os doentes perdem o turno de trabalho ou compromisso para serem atendidos?	1	1	1	-	-	1	4
Os usuários têm dificuldades para se deslocarem até a unidade de saúde onde fazem tratamento para serem consultados?	-	1	2	-	-	1	4
33. Os doentes de TB têm que utilizar algum tipo de transporte motorizado para se deslocar até a unidade de saúde?	1	-	2	-	-	1	4
34. Os doentes de TB têm que pagar pelo transporte?	2	-	1	-	1		4
35. Durante os últimos 12 meses, houve falta de medicamentos para TB?	-	-	1	-	2	1	4
36. Os doentes de TB esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?	-	-	-	1	-	3	4

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A carência de infraestrutura adequada nas unidades da ESF, a fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde, a falta de profissionalização da gestão, a ausência de equipes multiprofissionais, a baixa densidade tecnológica, a fragilidade do modelo de atenção para dar conta de uma situação com forte prevalência de condições crônicas, a precarização nas relações de trabalho e o subfinanciamento são os principais entraves para que a APS seja uma realidade no Brasil (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

A orientação para descentralização da assistência das ações de controle da TB é recente e exerce papel fundamental no acesso ao tratamento para o indivíduo, além de ter extrema importância na avaliação dos aspectos organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde que passam por reorganização da rede assistencial; o que inclui impreterivelmente: horário de funcionamento, forma de marcação de consulta, horas de disponibilidade da unidade de saúde, intervalo de tempo entre marcar e consultar, disponibilidade para visitas domiciliares, tratamento de TB na unidade de saúde mais próxima, perda do dia de trabalho ou compromissos devido à consulta de TB, dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde e disponibilidade de medicamentos durante o tratamento (FURLAN; MARCON, 2017).

O Ministério da Saúde recomenda que as ações de controle da TB sejam descentralizadas para o âmbito das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Unidades Saúde da Família (USF). A mudança proposta pelo PNCT vem requerendo a adoção de pesquisas e metodologias que possibilitem avaliar o alcance dessa estratégia e o impacto dessas inovações na organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) (FURLAN; MARCON, 2017).

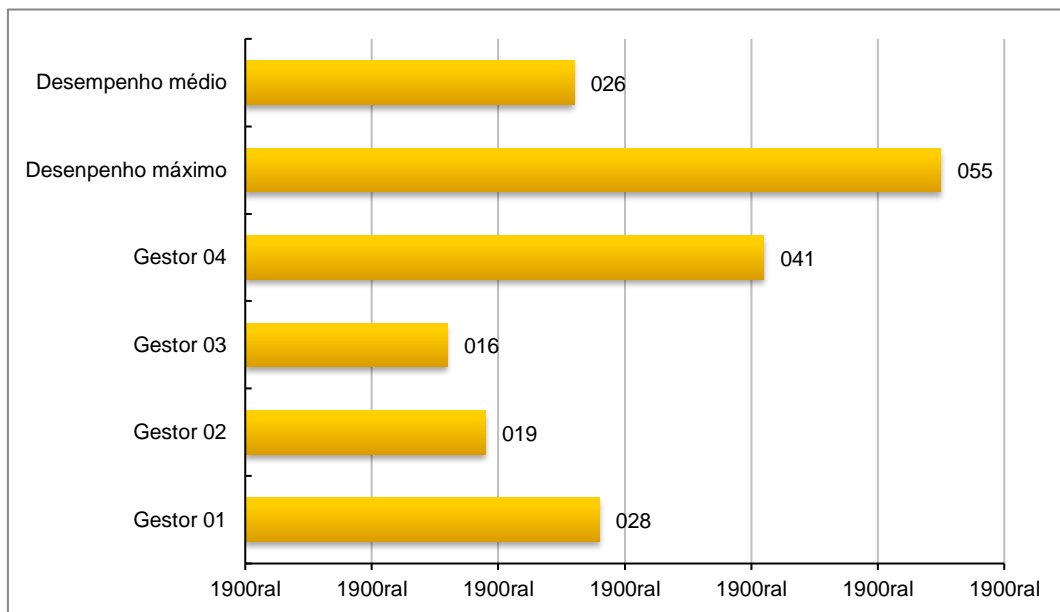
Estas características embasaram este eixo da pesquisa. As respostas obtidas para as questões de 26 a 36 estão bem distribuídas na Tabela, ou seja, houve pouca reincidência nas respostas; este fato nos deixou bastantes reflexivos sobre a realidade assistencial enfrentada pelo usuário para ter acesso ao tratamento, já que está explícita a discordância entre os gestores sobre este assunto.

O Gráfico 3 incluiu todas as questões deste eixo. O desempenho máximo para o eixo “Acesso ao tratamento” seria alcançado com o total de 55 pontos (100%), zero ponto era equivalente ao pior resultado e o desempenho médio foi obtido pela soma do total de pontos alcançado por cada gestor dividido pelo número de gestores participantes. Para nossa surpresa neste quesito o município não alcançou ao menos



metade dos pontos no desempenho médio e obteve uma nota equivalente a 47,27% (26 pontos).

Gráfico 3 – Desempenho: acesso ao tratamento



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

#### 4.5 EIXO E: VÍNCULO

Ao responderem as questões de 37 a 49 os gestores puderam expor seu conhecimento sobre situações como a relação dos profissionais com usuário (clareza, compreensão, acessibilidade ao mesmo profissional, diálogo, escuta...); acesso à informação; convívio familiar, com os colegas de trabalho e amigos; aceitação do tratamento; necessidade de incentivos e recomendação dos serviços por parte do usuário (Tabela 4).

Tabela 4 – Vínculo

Questão avaliada	Possibilidades de respostas						Total de respostas	
	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica		Não sei
37. Os doentes de TB são examinados pelos mesmos profissionais cada vez que consultam?	-	-	-	3	1	-	-	4
38. Se os doentes de TB tiverem dúvidas sobre seu tratamento, conseguem falar com os mesmos profissionais que os atenderam?	-	-	-	3	1	-	-	4
39. As dúvidas/questionamentos dos doentes de TB são compreendidas pelos profissionais que os atendem?	-	-	-	2	1	-	1	4
40. Os profissionais respondem às perguntas dos doentes de TB de forma clara?	-	-	-	2	1	-	1	4
41. Os profissionais dão tempo suficiente para que os doentes de TB explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?	-	-	-	-	2	-	2	4
42. Quando os doentes de TB consultam, os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde ou necessidades?	-	-	-	2	1	-	1	4
43. Os profissionais informam aos doentes de TB sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da doença?	-	-	-	1	2	-	1	4
44. Os profissionais solicitam informações sobre todos os medicamentos utilizados pelos doentes de TB?	-	-	-	1	2	-	1	4
45. Os doentes de TB atendidos nesta unidade de saúde recomendam os serviços para um(a) amigo(a) a ser atendido?	-	-	-	1	1	1	1	4
46a. Com que frequência os doentes de TB sofrem algum tipo de preconceito por parte <b>da família</b> ?	-	-	2	-	-	-	2	4
46b. Com que frequência os doentes de TB sofrem algum tipo de preconceito por parte <b>dos colegas de trabalho</b> ?	-	-	-	2	-	-	2	4
46c. Com que frequência os doentes de TB sofrem algum tipo de preconceito por parte <b>dos amigos</b> ?	-	-	-	2	-	-	2	4

continua

conclusão

Questão avaliada	Possibilidades de respostas						Total de respostas	
	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica		Não sei
46d. Com que frequência os doentes de TB sofrem algum tipo de preconceito por parte <b>dos profissionais de saúde da unidade?</b>	1	1	1	–	–	–	1	4
47. O tratamento é aceito pelos doentes de TB?	–	–	2	1	–	–	1	4
48. Os doentes necessitam de incentivos para o enfrentamento da doença e a continuidade do tratamento?	–	–	–	2	1	–	1	4
49. O(a) sr. (a) considera bom o atendimento da equipe de saúde aos doentes de TB?	–	–	2	–	1	–	1	4

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Para Oliveira *et al.* (2013) mesmo que ocorram interrupções na continuidade da atenção, isto não significa que a relação pessoal de longa duração (denominada longitudinalidade temporal) entre os profissionais de saúde e os usuários não exista ou que seja interrompida, no entanto, esta relação pode se estabelecer mediante um relacionamento interpessoal insatisfatório, enquanto um bom relacionamento pode ocorrer em curto período de tempo.

Estudos sobre longitudinalidade estão investigando o vínculo interpessoal entre usuários e sua fonte de atenção (longitudinalidade pessoal) cujas características são: o alcance do entendimento entre profissionais e usuários; a tranquilidade destes em falar aos profissionais a respeito de suas preocupações e o quanto sentem que o profissional está interessado em outros aspectos de sua vida e não apenas em seu problema de saúde e que entende quais problemas são mais importantes para eles (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

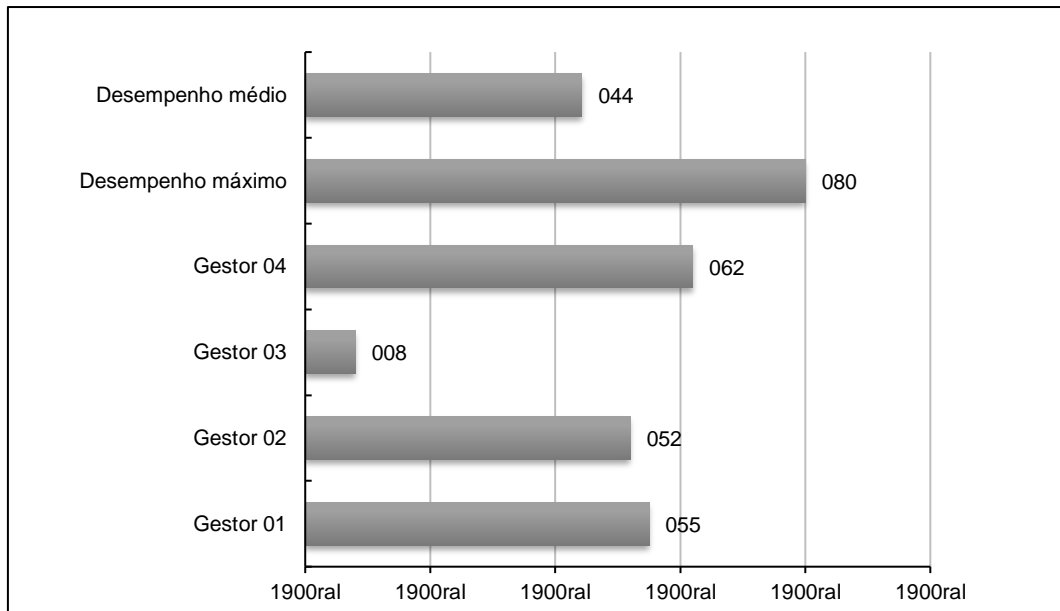
As questões trazidas na Tabela 4 tratam exatamente destas características e receberam em sua maioria as respostas “Quase sempre” e “Sempre”. Este fator foi analisado positivamente, mesmo considerando a relevância da subjetividade dos profissionais assistenciais e dos usuários neste momento. Os gestores acreditam que na maioria das vezes a construção das relações consegue ser estabelecida com

sucesso, assim, torna-se indispensável o desenvolvimento das capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar, incorporando tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como o acolhimento e o vínculo (CECILIO; TESTON; MARCON, 2017).

Sabemos que a permanência dos usuários no serviço depende de como são recebidos e da sua necessidade de solucionarem seus problemas. No caso específico da TB, o vínculo com os profissionais de saúde é imprescindível, pois na maioria das vezes, o paciente sente-se constrangido em procurar ajuda devido ao estigma da doença. Nas questões 37 e 38 três gestores sinalizaram que “Quase Sempre” os usuários conseguem ser atendidos pelos mesmos profissionais quando procuram atendimento, fator importante para a construção dos vínculos, já que para tal, faz-se necessário uma fonte regular de atenção, com o fortalecimento de laços interpessoais e cooperação mútua (CECILIO; TESTON; MARCON, 2017).

O Gráfico 4 incluiu todas as questões desse eixo. O desempenho máximo para o eixo “Vínculo” seria alcançado com o total de 80 pontos (100%), zero ponto era equivalente ao pior resultado e o desempenho médio foi obtido pela soma do total de pontos alcançado por cada gestor dividido pelo número de gestores participantes. As respostas do gestor 03 somaram apenas oito pontos e influenciaram negativamente causando a redução do desempenho médio deste eixo que ficou com 44,25 pontos (55,31%).

Gráfico 4 – Desempenho: vínculo



Fonte: Elaborado pela autora

#### 4.6 EIXO F: ELENCO DE SERVIÇOS

O eixo “Elenco de serviços” está representado nas questões de 50 a 63, nele podemos destacar os seguintes assuntos: disponibilidade de insumos, exames, recursos humanos e materiais, planejamento e execução de ações, consultas, informação, visitas, tratamento supervisionado e atividades programadas como grupos de apoio.

Tabela 5 – Elenco de serviços

Questão avaliada	Possibilidades de respostas							Total de respostas
	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica	Não sei	
50. Pote para exame de escarro para diagnóstico de TB?	-	-	-	-	3	-	1	4
51. Exame para HIV/Aids?	-	-	-	-	3	-	1	4
52. Pote para exame de escarro para controle mensal de TB?	-	-	-	-	3	-	1	4
53. Consulta mensal de controle para o tratamento da TB?	-	-	-	2	1	-	1	4
54. Cestas básicas ou vale alimentação?	-	-	1	-	1	1	1	4
55. Vale transporte?	1	-	1	-	-	1	1	4
56a. Informação sobre: sintomas da TB?	-	-	1	1	1	-	1	4
56b. Informação sobre: transmissão da TB?	-	-	1	1	1	-	1	4
56c. Informação sobre: tratamento da TB?	-	-	1	1	1	-	1	4
57. Informação sobre outros temas de saúde?	-	-	1	1	1	-	1	4
58. Visitas domiciliares durante o tratamento?	-	-	2	1	-	-	1	4
59. Visitas domiciliares para realização do TS?	-	2	1	-	-	-	1	4
60. Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?	-	-	2	1	-	-	1	4
61. Disponibilidade de profissional na unidade da saúde sempre que o doente procura?	-	-	-	1	1	-	2	4
62. Grupos de doentes de TB na unidade de saúde?	1	1	-	-	-	1	1	4
63. Tratamento supervisionado – TS? *	-	2	1	-	-	-	1	4

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

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

As ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) foram descentralizadas para a Atenção Primária à Saúde (APS) para transpor barreiras de acesso e horizontalizar o atendimento aos pacientes com TB no Brasil, no entanto, o manejo da TB como condição crônica requer reflexões a respeito dos contextos organizacional e operacional do sistema de saúde do Brasil, uma vez que a oferta de serviços é realizada de maneira fragmentada, reativa e episódica (WYSOCKI *et al.*, 2017).

É importante reconhecermos influência de fatores socioeconômicos como barreira para o controle da doença e mesmo quando o tratamento é gratuito, a ausência de benefícios, ou de suporte, para cobrir gastos com transporte e comida pode dificultar a continuidade do tratamento. As questões 54 e 55 perguntaram sobre a frequência de oferta de cestas básicas ou vale alimentação e vale transporte, e mais uma vez não houve consenso entre as opiniões dos gestores; sabemos que esse tipo de suporte exige maior articulação dos serviços de saúde com outros setores e compreendemos que possam existir dificultadores a nível local ((FURLAN; MARCON, 2017).

O acesso referente à organização do serviço de saúde inclui características e recursos que facilitam ou impedem os esforços das pessoas em receber os cuidados de uma equipe. O exemplo dos serviços de saúde centralizados de TB que por possuírem elevado número de doentes por TB e área de maior abrangência tem maior dificuldade para realização de visitas domiciliares para supervisão do tratamento (FURLAN; MARCON, 2017).

Quando perguntamos aos participantes sobre a oferta de visitas domiciliares e tratamento supervisionado (questões 58, 59, 60, 63), ações que são preconizadas pelo PNCT, não recebemos ao menos uma resposta equivalente ao desempenho máximo que seria “Sempre”, a melhor resposta obtida foi “Quase sempre” marcada uma única vez para as questões 58 e 60.

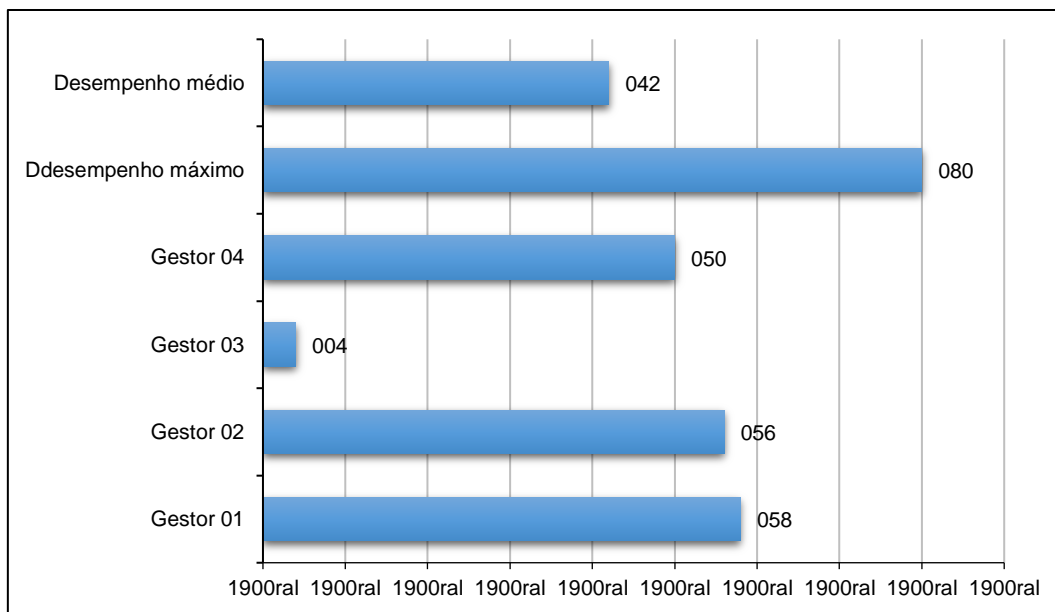
A visita domiciliar é fundamental para o combate à TB, pois, além do objetivo de supervisionar a ingestão da medicação, visa a outros aspectos, como avaliação dos contatos, apoio psicossocial, fortalecimento de vínculo e maior orientação. Esses elementos são fundamentais para a adesão ao tratamento e prevenção da doença no contexto familiar (FURLAN; MARCON, 2017).

A disponibilidade de orientação/informação nas unidades (questões 56a, 56b, 56c, 57), ação que independe recursos, recebeu avaliações um pouco melhores.

Para cada uma das possibilidades: “Às Vezes”, “Quase Sempre” e “Sempre” existiu uma resposta, porém sabemos que o acesso à informação é o mínimo que um serviço de saúde pode e deve oferecer.

O Gráfico 5 incluiu todas as questões deste eixo. O desempenho máximo para o eixo “Elenco de serviços” seria alcançado com o total de 80 pontos (100%), zero ponto era equivalente ao pior resultado e o desempenho médio foi obtido pela soma do total de pontos alcançado por cada gestor dividido pelo número de gestores participantes. As respostas do gestor 03 somaram apenas quatro pontos e influenciaram negativamente causando a redução do desempenho médio deste eixo que ficou com 42 pontos (52,5%).

Gráfico 5 – Desempenho: elenco de serviços



Fonte: A autora, 2019

#### 4.7 EIXO G: COORDENAÇÃO

As informações no eixo “coordenação” estão distribuídas em 12 questões nas quais foi possível analisar as inferências dos entrevistados sobre a utilização do



prontuário do usuário durante as consultas (acesso ao histórico de saúde, registro de queixas, exames e agendamentos); encaminhamentos para outros serviços e especialidades; discussão de casos em equipe; discussão de casos com o usuário; comprovantes de marcação de consultas; uso de documentos de referência e contrarreferência; e a preocupação dos profissionais com a assistência prestada por outros setores (Tabela 6).

Tabela 6 – Coordenação

Questão avaliada	Possibilidades de respostas						Total de respostas	
	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica		Não sei
64. Os profissionais utilizam prontuários quando estão examinando os doentes de TB?	-	-	-	-	3	-	1	4
65. As queixas dos doentes de TB são registradas nos prontuários?	-	-	-	-	2	-	2	4
66. Os resultados dos exames dos doentes de TB ficam disponíveis para o doente na unidade de saúde?	-	-	-	-	3	-	1	4
67. Os doentes de TB são comunicados sobre os agendamentos das consultas de retorno na unidade de saúde?	-	-	-	1	2	-	1	4
<b>AGORA VAMOS FALAR SOBRE O ENCAMINHAMENTO DO DOENTE A OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE OU ESPECIALIDADES (Serviço Social, Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, Médico especialista, Nutricionista)</b>								
68. Quando os doentes apresentam algum outro problema de saúde, conseguem ser encaminhados para outro serviço de saúde?	-	-	1	1	1	-	1	4
69. Quando os doentes precisam ser encaminhados para outros serviços, os profissionais discutem com eles ou indicam os possíveis locais de atendimento?	-	-	1		1	-	2	4
70. Quando os doentes são encaminhados para algum especialista, os profissionais da unidade de saúde ajudam a marcar consulta?	-	-	1	1	2	-	-	4
71. Quando a consulta é agendada em outro serviço de saúde, o doente recebe comprovante de que a consulta foi marcada?	-	-	-	2	2	-	-	4

continua

conclusão

Questão avaliada	Possibilidades de respostas							Total de respostas
	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica	Não sei	
72. Quando os doentes são encaminhados para outros serviços de saúde, os profissionais da unidade fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?	-	-	-	1	1	-	2	4
73. Quando os doentes de TB retornam à unidade de saúde, trazem informações escritas sobre a consulta realizada no outro serviço?	-	-	1	-	1	-	2	4
74. Os profissionais da unidade de saúde discutem com os doentes de TB os resultados da consulta realizada no outro serviço?	-	-	-	1	-	-	3	4
75. Os profissionais da unidade de saúde se preocupam com assistência prestada por outros serviços aos doentes de TB?	-	-	1	1	-	-	2	4

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A coordenação pode ser definida como a articulação entre as diversas ações e serviços de saúde em todos os níveis assistenciais, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados. Um dos grandes desafios do SUS está em qualificar a APS para exercer a coordenação do cuidado, organizar pontos integrados de atenção especializada intercomunicantes, para assegurar a linha de cuidado integral e fornecer aos usuários do SUS respostas apropriadas as suas necessidades por meio de diferentes pontos da rede de atenção à saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

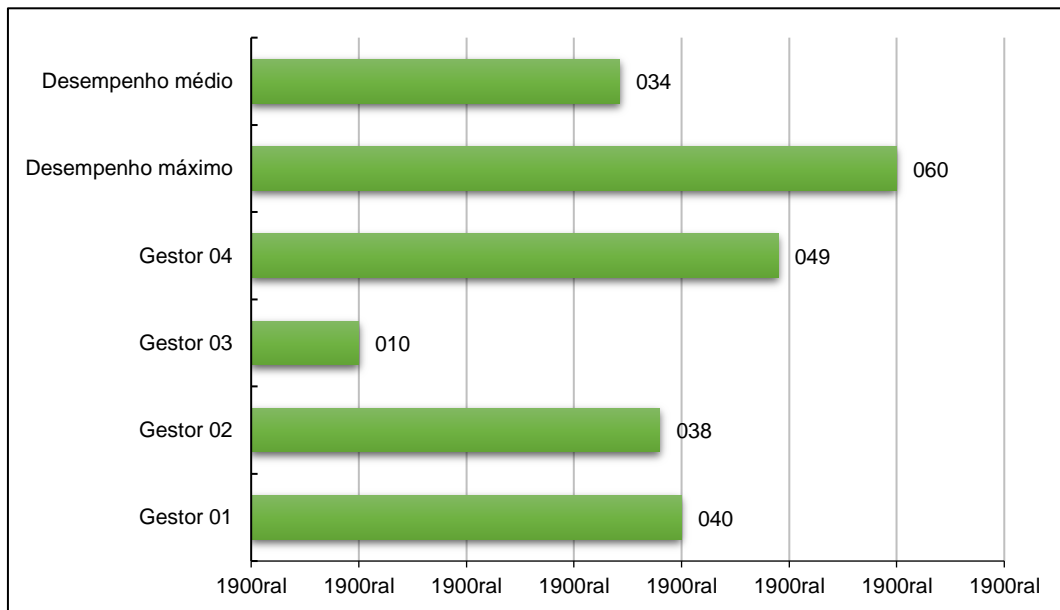
A avaliação da qualidade da assistência prestada ao paciente também é feita por meio dos registros da realização do cuidado, a inexistência ou a inadequação destes dificulta o acompanhamento da evolução clínica do paciente por parte de toda equipe de saúde. As primeiras questões deste eixo trouxeram essa reflexão e três participantes disseram que os prontuários “Sempre” são utilizados quando os doentes são examinados, no entanto, apenas dois destes manteve sua opinião, reafirmando que o registro das queixas do doente “Sempre” é feito neste documento. Dados básicos como: resultado de baciloscopia mensal no escarro, exame físico e tipo de

tratamento instituído, nem sempre são registrados, ocasionando prejuízos no acompanhamento da evolução do tratamento dos doentes. As anotações refletem como os profissionais realizam no cuidado e demonstram a qualidade do serviço prestado) (SANTOS, B. M. G. *et al.*, 2015).

Outro aspecto importante de destacar no atendimento dos casos de TB é a qualificação profissional que muitas vezes é insuficiente, falta sistematização nos treinamentos para a equipe e a construção de estratégias contextualizadas (CECILIO; TESTON; MARCON, 2017) sendo frequentemente necessário o acionamento de especialistas da atenção secundária. Neste contexto, dados registrados nas questões 73, 74 e 75 trouxeram informações preocupantes. Na questão 74 três participantes afirmaram não saber se os profissionais das unidades de saúde discutem com os doentes de TB os resultados da consulta realizada em outros serviços e nas outras duas questões metade dos entrevistados relataram não saber se ao retornarem a unidade de saúde os doentes traziam alguma informação escrita sobre a consulta realizada em outro serviço, como também se os profissionais da unidade estavam preocupados com a assistência prestada por estes serviços aos doentes de TB da sua unidade.

O Gráfico 6 incluiu todas as questões deste eixo. O desempenho máximo para o eixo “Coordenação” seria alcançado com o total de 60 pontos (100%), zero ponto era equivalente ao pior resultado e o desempenho médio foi obtido pela soma do total de pontos alcançado por cada gestor dividido pelo número de gestores participantes. As respostas do gestor 03 somaram apenas dez pontos e influenciaram negativamente causando a redução do desempenho médio deste eixo que ficou com 34,25 pontos (57,08%).

Gráfico 6 – Desempenho: coordenação



Fonte: Elaborado pela autora

A capacidade das equipes de saúde para garantir a continuidade da atenção com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento só será alcançada com a coordenação plena do cuidado (OLIVEIRA *et al.*, 2013). É imprescindível qualificar os profissionais para recepcionar, atender, dialogar, escutar, tomar decisão, amparar e orientar os usuários, assumindo então, a responsabilidade de intervir a partir da identificação dos problemas. Faz-se necessário promover o diálogo entre as diretrizes nacionais e a singularidade dos serviços locais de saúde, por meio de capacitações contínuas dos profissionais de saúde, visando identificar as falhas na atenção (CECILIO; TESTON; MARCON, 2017).

#### 4.8 EIXO H: ENFOQUE NA FAMÍLIA

O eixo “enfoque na família” aborda assunto relevante principalmente quando pensamos em interrupção da cadeia de transmissão. Neste ponto os gestores foram perguntados sobre a abordagem profissional durante as consultas para obtenção de informações sobre as pessoas que moram com o doente; condições de

moradia, emprego e saneamento; relação do profissional, doente e familiar; investigação de sintomáticos; solicitação de exames; acesso à informação, prevenção e tratamento; e aproveitamento da aproximação para outras abordagens (Tabela 7).

Tabela 7– Enfoque na família

Questão avaliada	Possibilidades de respostas						Total de respostas	
	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica		Não sei
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)?	–	–	–	2	1	–	1	4
77. Os profissionais conhecem as pessoas que moram com o doente de TB e/ou a sua família?	–	–	–	3	–	–	1	4
78. Durante as consultas, os profissionais pedem informações sobre as enfermidades das pessoas que moram com o doente de TB e/ou da sua família?	–	–	–	1	1	–	2	4
79. Os profissionais questionam os doentes de TB se as pessoas que moram com ele e/ou sua família apresentam sintomas da doença?	–	–	–	1	2	–	1	4
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?	–	–	–	1	2	–	1	4
81. Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre a doença?	–	–	–	1	2	–	1	4
82. Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre o tratamento da doença?	–	–	–	–	2	–	2	4
83. Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre outros problemas de saúde?	–	–	–	–	1	–	3	4

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

O modelo atual de atenção à saúde, infelizmente, ainda está centrado no indivíduo. O processo de descentralização das ações de controle da TB para a APS vem determinando intervenções que estendem suas ações de prevenção e promoção para o cuidado familiar e da comunidade. Exemplo da realização da visita domiciliar, ferramenta inerente ao trabalho dos profissionais das UBS que possuem equipes da ESF. No contexto do programa de controle da TB as visitas facilitam e subsidiam intervenções na comunidade para a identificação de contatos domiciliares e rápido diagnóstico da doença (FURLAN; GONZALES; MARCON, 2015).

Os profissionais precisam conhecer a dinâmica familiar do indivíduo acometido pela doença, incluindo a forma de comunicação intrafamiliar (FURLAN; GONZALES; MARCON, 2015), aspectos socioeconômicos, as condições de vida e moradia dos doentes, como tipo e local de habitação, situação de emprego, renda familiar e posse de automóvel (FURLAN; MARCON, 2017) para lidar melhor com os problemas apresentados pelo usuário.

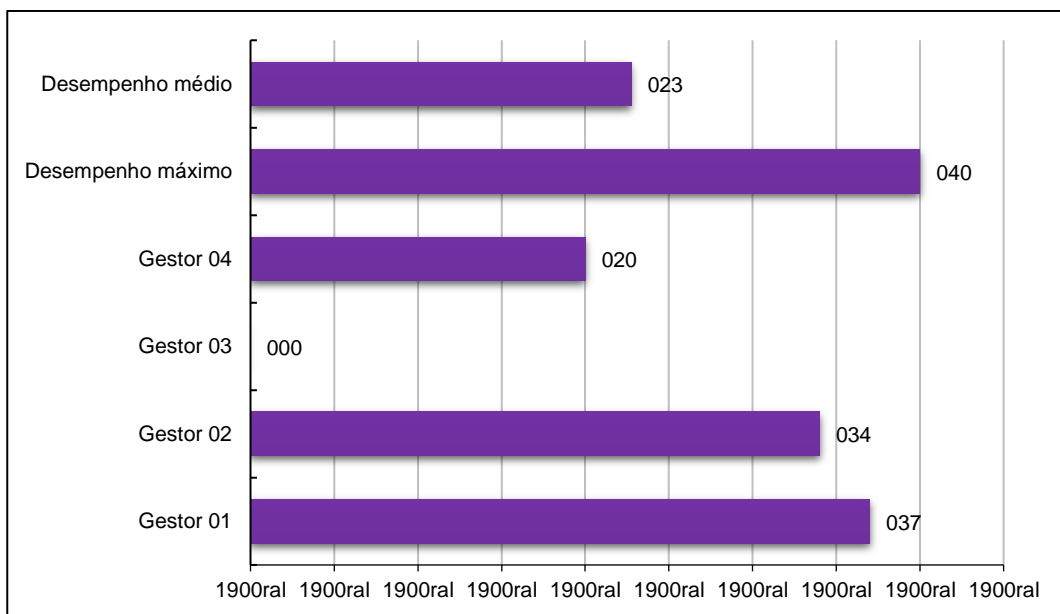
O eixo “Enfoque na família trás questões sobre as ações dos profissionais da APS, deveras, que a unidade de saúde deva ter profissionais capacitados para realizar a suspeição e diagnóstico dos casos; tratar e supervisionar a ingestão medicamentosa; acompanhar os contatos; manter atualizado o sistema de informação e realizar ações preventivas e educativas junto à comunidade; uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença pode subsidiar a adoção de novos hábitos, comportamentos e condutas desencadeando um cuidado integral e propiciando vínculos (CECILIO; TESTON; MARCON, 2017).

Consideramos positivo o maior número de respostas deste eixo, três gestores afirmaram que se os profissionais conhecem as pessoas que moram com o doente de TB e/ou a sua família (questão 77) e a metade dos participantes concordou que os profissionais “Sempre” perguntam sobre as condições de vida (questão 76), questionam os doentes se as pessoas que moram com ele e/ou sua família apresentam sintomas (Questão 79), solicitam exame de escarro e/ou raio X e/ou PPD (questão 80) e conversam com as pessoas que moram com o doente e/ou sua família sobre a doença e o tratamento (questão 81 e 82).

O envolvimento da família no acompanhamento ao doente durante todo processo de tratamento da TB é fundamental para o bom desfecho do caso. O momento é essencial para estreitar vínculos, realizar promoção/prevenção e investigar problemas de saúde que possam estar sendo negligenciados.

O Gráfico 7 incluiu todas as questões deste eixo. O desempenho máximo para o eixo “Enfoque na família” seria alcançado com o total de 40 pontos (100%), zero ponto era equivalente ao pior resultado e o desempenho médio foi obtido pela soma do total de pontos alcançado por cada gestor dividido pelo número de gestores participantes. Inferimos que o gestor 03 considerou o caráter de subjetividade implícito nas perguntas deste eixo, já que todas se referiam a condutas/ações de terceiros (os profissionais da Atenção Básica) e por esse motivo respondeu “não sei” para todas as perguntas, não pontuando. Com isso o desempenho médio do município ficou avaliado em 56,87% (22,75 pontos).

Gráfico 7 – Desempenho: enfoque na família



Fonte: Elaborado pela autora

A família desempenha diferentes papéis quando um dos seus membros está doente, provem além de suporte emocional, compartilham as responsabilidades, e influenciam na tomada de decisões, principalmente quando o doente está debilitado. A luta contra a doença não deve restringir-se apenas a aspectos patológicos; a equipe de saúde precisa de uma visão ampliada e humanizada que extrapole os muros das

unidades de saúde e possam dar suporte social ao doente e sua família, oferecendo subsídios para um cuidado de forma integrada (FURLAN; GONZALES; MARCON, 2015).

#### 4.9 EIXO I: ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE

O eixo “orientação para a comunidade” apresenta apenas cinco questões, que abordam algumas ações dos profissionais das unidades de saúde como solicitação de exames para os contatos extradomiciliares; execução de campanhas educativas; desenvolvimento de ações em parceria com representantes da comunidade e principalmente a ocorrência de busca ativa de sintomáticos respiratórios (Tabela 8).

Tabela 8 – Orientação para a comunidade

Questão avaliada	Possibilidades de respostas							Total de respostas
	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica	Não sei	
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?	–	1	–	2	–	–	1	4
85. Os profissionais realizam propagandas/ campanhas/ trabalhos educativos, para informar à comunidade sobre a TB?	–	–	1	1	1	–	1	4
86. Os profissionais desenvolvem ações de saúde com igrejas e associações de bairro para identificar sintomáticos respiratórios?	–	1	1	1	–	–	1	4
87. Os profissionais solicitam a participação de um representante da comunidade para discutir o problema da TB?	–	2	–	1	–	–	1	4
88. Os profissionais realizam busca de sintomáticos respiratórios na comunidade?	–	1	1	1	–	–	1	4

Fonte: Elaborado pela autora (2019).



A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi aprovada em 30 de março de 2006 por meio da Portaria 687 GM/MS, com o objetivo promover a qualidade de vida da população através de ações integradas e intersetoriais, de modo que setores privados, governamentais, não governamentais e sociedade civil, participem juntos em dos debates sobre os determinantes e condicionantes sociais de saúde e potencializem formas ampliadas de intervir em saúde (BRASIL, 2006 a).

Esta política influenciou órgãos gestores do SUS a reconhecerem a importância da promoção da saúde para a equidade, a partir de então, implantariam ações para fortalecer a participação social, adotando práticas horizontais de gestão e estabelecendo redes de cooperação intersetorial. Neste aspecto, tanto do ponto de vista político quanto técnico, seria uma tarefa desafiadora e complexa, pois muitas ações envolvem instâncias que se encontram fora do setor saúde, implicando no estabelecimento de agendas públicas compartilhadas entre diversos setores (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

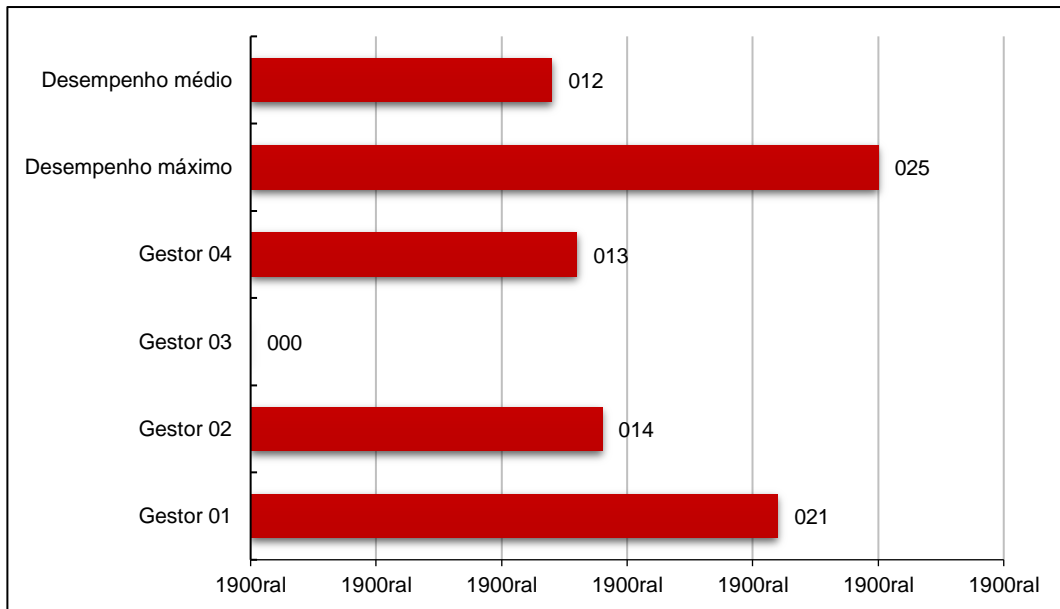
Para a efetivação desta política faz-se necessário ainda iniciativas de promoção da saúde junto a trabalhadores e usuários do SUS, através de metodologias participativas que promovessem a aproximação entre os conhecimentos científicos e os saberes populares e tradicionais (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

A Tabela 8 traz respostas bem distribuídas com pouca reincidência, à afirmação “Quase Nunca” e “Não Sei” esteve presente em 50% do total delas. Por tratar especificamente de condutas realizadas pelos profissionais da APS e não pelos gestores, existiram muitas dúvidas sobre o que era o possível de se fazer, o que era correto e o que realmente era feito nestes casos, por outro lado a realização destas ações geram documentos e indicadores que deveriam ser de ciência dos gestores, acredita-se que esta interação esta interrompida e por este motivo as respostas não foram tão positivas quanto o esperado.

O Gráfico 8 incluiu todas as questões deste eixo. O desempenho máximo para o eixo “Orientação para comunidade” seria alcançado com o total de 25 pontos (100%), zero ponto era equivalente ao pior resultado e o desempenho médio foi obtido pela soma do total de pontos alcançado por cada gestor dividido pelo número de gestores participantes. Inferimos que o gestor 03 considerou o caráter de subjetividade implícito nas perguntas deste eixo, já que todas se referiam a condutas/ações de terceiros (os profissionais da Atenção Básica) e por esse motivo

respondeu “Não Sei” para todas as perguntas, não pontuando. Com isso o desempenho médio do município ficou avaliado em 52,5% (12 pontos).

Gráfico 8 – Desempenho orientação para a comunidade



Fonte: Elaborado pela autora

Uma importante ferramenta de gestão para alcançar o controle da doença no meio social está na avaliação sistemática das ações de controle da doença, mas para isso as equipes de saúde devem criar espaços que oportunizem discussão ampliada e coletiva permitindo o alcance de metas, elaboração de estratégias de trabalho e otimizando o acompanhamento e avaliação dos usuários (SANTOS, B. M. G. *et al.*, 2015).

#### 4.10 EIXO J: FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Os gestores foram questionados sobre sua “formação profissional” e puderam relatar se tiveram oportunidade de vivenciar a temática TB em sua formação;

se receberam informações em disciplinas ou estágios; se realizaram algum treinamento específico para atuar no serviço; se estão preparados/qualificados para trabalhar questões relacionadas a este agravo; e se o município segue algum protocolo específico para o controle da doença (Tabela 9).

Tabela 9 – Formação profissional

Questão avaliada	Possibilidades de respostas						Total de respostas
	Menos de 1 ano	1 a 2 anos	2 a 3 anos	3 a 4 anos	4 anos ou mais	Não sei	
89. Há quanto tempo o(a) sr. (a) atua em ações de controle da TB?	-	1	-	-	2	1	4

Questão avaliada	Possibilidades de respostas						Total de respostas
	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não sei	
90. Durante a sua formação, foi abordado o tema TB?	1	-	-	2	-	1	4
91. Durante a sua formação, teve disciplinas ou estágios que permitiram vivenciar a temática da TB?	1	1	-	1	-	1	4
92. O(A) Sr.(a) recebeu treinamento específico no serviço para atuar em ações de controle da TB?	1	-	-	2	-	1	4
93. Os profissionais são qualificados para atender TB?	-	-	-	3	-	1	4
94. Os profissionais são qualificados para atuarem segundo a diversidade cultural da comunidade?	-	-	3	-	-	1	4
95. O(A) Sr.(a) realiza educação permanente para desenvolver ações de controle da TB?	-	-	1	1	1	1	4
96. O(A) Sr.(a) segue algum protocolo específico para as ações de controle da TB na unidade de saúde?	-	-	-	1	2	1	4

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Estudos apontam questões limitantes ao controle da TB nos serviços da APS, sendo identificadas: fragilidade no envolvimento dos profissionais junto às ações

de controle; verticalização centralizada das ações de controle; rotatividade de profissionais; falta de capacitação profissional; necessidade de avançar na articulação entre os pontos de atenção à saúde e debilidades quanto às estratégias de monitoramento das ações de controle da TB desenvolvidas no contexto da APS (PINHEIRO *et al.*, 2017).

O alcance de melhores indicadores da TB perpassa por melhorias estruturais e organizacionais, o que reforça a necessidade de descentralizar as ações de controle da doença para a APS, reorganizar e fortalecer este nível de atenção, amparando-se nos pressupostos do compromisso político e nas habilidades de gestão. Aumentar a articulação entre a coordenação do PCT e os serviços da Atenção Básica possibilitará o fortalecimento do empoderamento dos mesmos para o empreendimento das ações de controle da doença (PINHEIRO *et al.*, 2017).

A dificuldade em encontrar casos suspeitos de TB não está no diagnóstico e no tratamento, mas no modo de organização do serviço para detectar os casos, que pode estar falho graças a insuficiência de recursos materiais e humanos, além da falta de capacitação profissional, fator que compromete a assistência ao doente (CECILIO; TESTON; MARCON, 2017).

O protagonista nas ações de controle da TB é sempre o profissional de saúde, que mesmo passando por algumas capacitações e sensibilizações para aprender a lidar com pacientes, dificuldades especiais, grupos vulneráveis, empobrecidos e estigmatizados, ainda tem dificuldade para colocar em prática o princípio da integralidade das ações em saúde e o livre acesso à informação e ao atendimento (CECILIO; TESTON; MARCON, 2017).

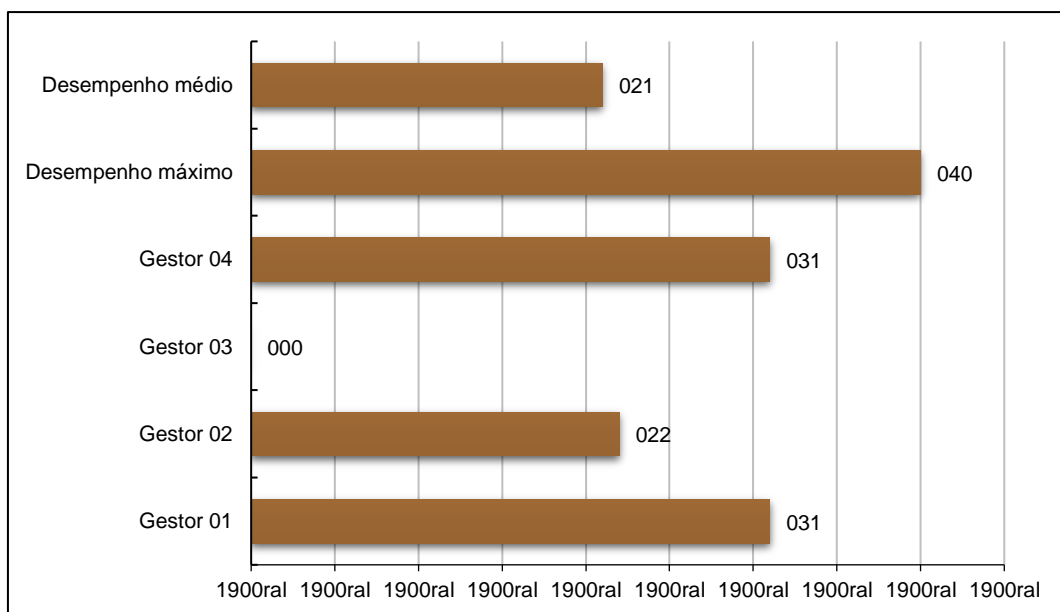
Quando perguntados sobre “Formação profissional”, ficamos surpresos com aparecimento da resposta “NÃO SEI” uma vez em cada questão. As perguntas 93 e 94 tratavam dos profissionais em geral, mas as demais eram subjetivas e achamos improvável que uma pessoa não possua tal conhecimento sobre si. Este fato nos levou a pensar sobre os critérios utilizados pelo município para a designação dos profissionais para os cargos de gestão, se neste tipo de seleção não levam em consideração formação e experiência profissional antes das nomeações.

As limitações na capacitação para atender os casos de TB podem ser somadas às dificuldades em identificar os sintomáticos respiratórios, ao baixo percentual de suspeição e de solicitação de exames de diagnóstico para TB que podem estar atrelados ao despreparo dos profissionais (CECILIO; TESTON;

MARCON, 2017). Alguns gestores afirmaram “Nunca” ou “Quase Nunca” terem recebido informações e/ou vivenciado a temática TB em sua formação e estágios (questões 90 e 91) fato que nos deixou perplexos já que os entrevistados eram da área de ciências da saúde e estamos falando de doença infectocontagiosa.

O Gráfico 9 incluiu todas as questões deste eixo, foi feita uma adaptação para a pontuação das respostas da questão 89, na qual a melhor opção de resposta pontuava mais e a pior pontuava menos. O desempenho máximo para o eixo “Formação profissional” é alcançado com o total de 40 pontos (100%), zero ponto era equivalente ao pior resultado e o desempenho médio foi obtido pela soma do total de pontos alcançado por cada gestor dividido pelo número de gestores participantes. O gestor 03 não obteve nenhum ponto neste eixo, ou seja, este participante respondeu “Não Sei” para todas as perguntas, fato que nos deixou estarecidos, haja vista que o eixo trazia questões de cunho pessoal. Por não ter pontuado em suas respostas o gestor 03 mais uma vez foi o responsável pela queda no desempenho médio do município que alcançou 21 pontos (52,5%).

Gráfico 9 – Desempenho: formação profissional



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Uma importante ferramenta de gestão para alcançar o controle da doença no meio social é avaliação sistemática das ações de controle da TB, para isso deve-se criar espaços que oportunizem a discussão ampliada e coletiva que resultem em pactuação, pela equipe de saúde local, de metas a serem alcançadas, estratégias de trabalho e a forma de acompanhamento e avaliação (SANTOS, B. M. G. *et al.*, 2015), no entanto se os profissionais não estiverem preparados para enfrentar mais este desafio, os resultados serão os mesmos obtidos até o presente momento sem melhora/mudança no quadro sanitário municipal.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se a importância de realização um diagnóstico situacional para reconhecimento e intervenções nas problemáticas evidenciadas pela pesquisa, com intuito alcançar as metas propostas no programa nacional de controle da TB.

As ações de controle da TB analisadas trazidas sob a ótica da gestão local através dos os eixos propostos por esta pesquisa contemplam todas as temáticas relevantes ao PMCT passíveis de intervenção, e a partir do conhecimento da realidade local é possível pensar em estratégias para mudar a perspectiva dos indicadores em Juiz de Fora – MG.

O estudo possibilitou como contribuição para a área do conhecimento da saúde, e, conseqüentemente para a gestão das políticas públicas, principalmente do PCT, com a construção de um conteúdo pautado em evidências sobre as ações e serviços de controle da TB ofertados a população de Juiz de Fora – MG; e as informações produzidas podem direcionar processos estruturais/organizacionais, para que sejam trabalhados com mais consciência através da sensibilização dos profissionais da saúde na APS, estabelecendo melhores conexões entre os serviços/setores; impulsionando a reestruturação efetiva do planejamento, da organização, gerência, monitoramento e avaliação das ações de controle da TB preconizadas pelo programa.

Existe uma lacuna na interrelação entre profissionais assistenciais/população e gestão, em muitas perguntas que envolviam outros atores nas ações de controle da TB do sistema de saúde os participantes demonstraram incerteza ou responderam questionando-se sobre a realidade. A pesquisa mostrou em diversos momentos divergências nas opiniões quando os participantes foram perguntados sobre assuntos complementares ou concomitantes, comprovando que não sabiam bem algumas coisas que estavam afirmando. Faz-se necessário estimular a vivência compartilhada entre todos os envolvidos nas ações de controle da TB preconizadas pelo MS e executadas no município, como também investir em qualificação específica para os profissionais que estão exercendo cargos de gestão.

## 5.1 LIMITAÇÕES

Como limitações para a pesquisa destaca-se: a não participação de dois gestores que além de implicar diretamente nos resultados, causou uma redução significativa no número de participantes; as especificidades do município de Juiz de Fora – MG que podem não refletir a realidade de outros municípios e por isto sugere-se a continuidade da pesquisa em outros estados; e ressalta-se, ainda, que o número disponível de publicações especificamente sobre o tema ainda é pequeno.



## REFERÊNCIAS

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.

ANTUNES, L. B. *et al.* Sintomático Respiratório de Tuberculose Na Atenção Primária: Avaliação Das Ações Segundo as Recomendações Nacionais. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 17, n. 3, p. 409–415, 2016.

ARAKAWA, T. *et al.* Programa de controle da Tuberculose no contexto municipal: avaliação de desempenho. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-89102017000100218&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102017000100218&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 25 jul. 2019.

BARREIRA, D.; GRANGEIRO, A. Avaliação das estratégias de controle da Tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, p. 4–8, 2007. Suplemento 1.

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. 23, 29 jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006a. Aprova a Política de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 138, 31 mar. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Tuberculose na Atenção Primária à Saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tratamento diretamente observado (TDO) da Tuberculose na atenção básica**: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). 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, p. 59, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Panorama da Tuberculose no Brasil**: indicadores epidemiológicos e operacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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. Ministério da Saúde. **Brasil livre da Tuberculose**: plano nacional pelo fim da Tuberculose como problema de saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

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). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 68, 22 set. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **TabNet Win32 3.0**: Tuberculose - Casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Minas Gerais. 2017c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/tubercmg.def>. Acesso em: 24 out. 2018.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Tuberculose na Atenção Primária à Saúde**. 4. ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017e. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. 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, 2017f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Implantação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 49, p. 1–18, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil Livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 50, p. 1–18, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. CNESNet. Consultas: tipos de estabelecimentos. Minas Gerais. Juiz de Fora. 2019b. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade.asp?VEstado=31&VMun=313670](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=31&VMun=313670). Acesso em: 7 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. CNESNet. Consultas: equipes. Minas Gerais. Juiz de Fora. 2019c. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Equipes.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp). Acesso em: 7 jan. 2020.

CECILIO, H. P. M.; TESTON, E. F.; MARCON, S. S. Acesso ao diagnóstico de Tuberculose sob a ótica dos profissionais de saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, p. e0230014, 2017.

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.

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

DUARTE, R. *et al.* Eliminação da Tuberculose na América Latina: considerações. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 44, n. 2, p. 73–76, 2018.

FURLAN, M. C. R.; GONZALES, R. I. C.; MARCON, S. S. Desempenho dos serviços de controle da Tuberculose em municípios do Paraná: enfoque na família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, p. 102–110, 2015. Número especial.

FURLAN, M. C. R.; MARCON, S. S. Avaliação do acesso ao tratamento de Tuberculose sob a perspectiva de usuários. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 339–347, 2017.

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.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil: Panorama.** c2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>>. Acesso em: 21 dez. 2017a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Juiz de Fora: Panorama.** c2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>>. Acesso em: 21 dez. 2017b.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria de Saúde. **Plano de Saúde 2014-2017.** Juiz de Fora: PJF, 2014.

KRITSKI, A. *et al.* O papel da Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose nos esforços nacionais e internacionais para a eliminação da Tuberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 44, n. 2, p. 77–81, 2018.

MACIEL, M. S. *et al.* A história da Tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 226–230, 2012.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde em debate**, Londrina, v. 27, n. 65, p. 243–256, 2003.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG).** Belo Horizonte: SES, 2011.

MINAS GERAIS. Governo do Estado de Minas Gerais. Secretaria 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.

OLIVEIRA, G. P. *et al.* Tuberculosis in Brazil: Last Ten Years Analysis - 2001-2010. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, Salvador, v. 17, n. 2, p. 218–233, 2013.

PEREIRA, A. A. *et al.* Gestão e gerenciamento dos níveis hierárquicos do programa nacional de controle da Tuberculose. **IJHE – Interdisciplinary Journal of Health Education**, Belém, v. 1, n. 1, p. 68–71, 2016.

PINHEIRO, P. G. O. D. *et al.* Pontos de estrangulamento sobre o controle da Tuberculose na atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 6, p. 1227–1234, 2017.

RUFFINO-NETTO, A. Controle da Tuberculose no Brasil: atividades implementadas em 1999. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 58–66, 1999.

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

SANTOS, B. M. G. *et al.* Desempenho das ações de controle da Tuberculose em municípios prioritários. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 1477–1494, 2015.

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

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report 2015**. Geneva: World Health Organization, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report 2016**. Geneva: WHO, 2016.

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

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

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“Avaliação do Programa de Controle de Tuberculose na Atenção Primária à saúde: percepção dos gestores”**, sob a orientação da profª Drª Girlene Alves da Silva. Nesta pesquisa pretendemos **“Avaliar o Programa de Controle de Tuberculose na Atenção Primária à Saúde segundo a percepção dos gestores no município de Juiz de Fora – MG”**. O motivo que nos leva a estudar esta temática permitirá **compreender o conjunto de ações e atividades realizadas no Serviço Público de Saúde pelo Programa de Controle da Tuberculose Municipal para que possamos a partir desses achados contribuir com a redução da vulnerabilidade das pessoas à TB articulando com as estratégias e metas propostas pelo Ministério da Saúde.**

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: O Sr. (a) participará de uma pesquisa de campo onde utilizaremos um questionário para coleta de dados com perguntas objetivas que permitirão a livre expressão dos voluntários. Consideramos mínimos os riscos aos participantes já que solicitaremos apenas o preenchimento de um formulário utilizando papel e caneta. Com a conclusão dessa investigação a pesquisa contribuirá **para o conhecimento da atual situação do Programa de Controle da Tuberculose em Juiz de Fora – MG no âmbito do Sistema Único de Saúde fornecendo as instituições, seus gestores, chefias, equipe técnica-assistencial e acadêmicos o acesso a uma base de dados atualizada e contextualizada que lhes permitam realizar uma análise crítica sobre a temática e consecutivamente implementar ações para a melhoria da qualidade dos serviços.**

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. 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 esta 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 de Tuberculose na Atenção Primária à saúde: percepção dos gestores**" 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 201\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome 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](mailto:girleneas@terra.com.br)

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

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: [cep.propesq@ufjf.edu.br](mailto:cep.propesq@ufjf.edu.br)

## ANEXO A – RELATÓRIO DA VISITA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DE 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

### *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:**

Maíra Veloso (SES-MG)

Claúdia Hermínia 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: PECT/SVEAST/SUBVPS/SES-MG. SINAN-NEI/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 às 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](mailto:tuberculose@saude.mg.gov.br)) e para a Regional de Saúde ([epidemi.jfo@saude.mg.gov.br](mailto: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 ... 100, 305-6

## ANEXO B – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS GESTORES PARA COLETA DE DADOS

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

### III. GESTORES

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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">UBS</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">1 ( )</td> </tr> <tr> <td>UBS/PACS</td> <td style="text-align: center;">2 ( )</td> </tr> <tr> <td>USF/PACS</td> <td style="text-align: center;">3 ( )</td> </tr> <tr> <td>Ambulatório de Referência</td> <td style="text-align: center;">4 ( )</td> </tr> <tr> <td>Nível Central ( _____ )</td> <td style="text-align: center;">5 ( )</td> </tr> </table>	UBS	1 ( )	UBS/PACS	2 ( )	USF/PACS	3 ( )	Ambulatório de Referência	4 ( )	Nível Central ( _____ )	5 ( )		
UBS	1 ( )													
UBS/PACS	2 ( )													
USF/PACS	3 ( )													
Ambulatório de Referência	4 ( )													
Nível Central ( _____ )	5 ( )													
3.	Nome Instituição: _____													
4.	Endereço: _____													
5.	Cidade: _____													
6.	Telefone: _____													
7.	FAX: _____													
8.	e-mail: _____													
9.	Titulação (especificar área): _____													
10.	Função	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Gerente / Diretor da Unidade</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">1 ( )</td> </tr> <tr> <td>Coordenador do PCT</td> <td style="text-align: center;">2 ( )</td> </tr> <tr> <td>Coordenador de Vigilância em Saúde</td> <td style="text-align: center;">3 ( )</td> </tr> <tr> <td>Supervisores / coordenadores de PSF/PACS</td> <td style="text-align: center;">4 ( )</td> </tr> <tr> <td>Supervisores / coord. vigilância epidemiológica</td> <td style="text-align: center;">5 ( )</td> </tr> <tr> <td>Outros ( _____ )</td> <td style="text-align: center;">6 ( )</td> </tr> </table>	Gerente / Diretor da Unidade	1 ( )	Coordenador do PCT	2 ( )	Coordenador de Vigilância em Saúde	3 ( )	Supervisores / coordenadores de PSF/PACS	4 ( )	Supervisores / coord. vigilância epidemiológica	5 ( )	Outros ( _____ )	6 ( )
Gerente / Diretor da Unidade	1 ( )													
Coordenador do PCT	2 ( )													
Coordenador de Vigilância em Saúde	3 ( )													
Supervisores / coordenadores de PSF/PACS	4 ( )													
Supervisores / coord. vigilância epidemiológica	5 ( )													
Outros ( _____ )	6 ( )													
10.a	Número de anos que trabalha nesta função: _____ anos													

<b>B. A TB NA AGENDA MUNICIPAL</b>		
<b>Para as questões 11.a a 11.i responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica</b>		
11.a	A TB é considerada como uma doença prioritária no quadro sanitário do município?	
11.b	A distribuição de recursos para TB, é realizada com base nas necessidades da população a ser atendida?	
11.c	São disponibilizados incentivos (cesta básica, vale transporte...) para os doentes de TB em tratamento?	
11.d	É mantida a regularidade da distribuição de incentivos (cesta básica, vale transporte...) para os doentes de TB em tratamento?	
11.e	Participa na discussão e definição de ações de saúde para controle da TB?	
11.f	No repasse dos recursos financeiros para o município, são definidas linhas específicas para TB?	
11.g	Participa da discussão e definição de aplicação de recursos para o controle da TB?	
11.h	O município investe recursos próprios para TB?	
11.i	Os recursos (potes, viatura, motorista, combustível, material de laboratório,...) são suficientes para atender as necessidades de controle da TB?	
<b>Para a questão 11.j responda: 1 – Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase Nunca; 5 – Nunca</b>		
11.j	Os recursos financeiros destinados à TB são aplicados em outros programas/necessidades de saúde?	

<b>B. PORTA DE ENTRADA</b>		
<b>Para as questões 12 a 13 responda: 1 – UBSF/PACS; 2 – UBS; 3 – Ambulatório de referencia; 4 – Hospital Público; 5 – Hospital Privado; 6 - Consultório particular; 7 – Pronto atendimento; 8 - Outros (_____)</b>		
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?	

<b>C. ACESSO AO DIAGNÓSTICO</b>	
<b>Para a questão 14 responda:</b> 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 ?
<b>Para as questões 15 a 16 responda:</b> 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?
<b>Para as questões 17 responda:</b> 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 levam para receber o diagnóstico de TB?
<b>Para as questões 18 responda:</b> 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?
<b>Para as questões 19 a 25 responda:</b> 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 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 consultar no serviços de saúde?

<b>D. ACESSO AO TRATAMENTO</b>		
<b>OBS: AGORA VAMOS FALAR DA UNIDADE DE SAÚDE ONDE O(A) SR.(A) TRATA A TB</b>		
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?	

<b>E. VÍNCULO</b>		
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 compreendidas 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?	
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.	

#### F. 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 SEGUINTE 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).		
<b>G. COORDENAÇÃO</b>		
<b>Para as questões 64 a 75 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica</b>		
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?	
<b>OBS.: AGORA VAMOS FALAR SOBRE O ENCAMINHAMENTO DO DOENTE A OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE OU ESPECIALIDADES (Serviço Social, Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, Médico especialista, Nutricionista)</b>		
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?	
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.	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.	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?	
91.	Durante a sua formação teve disciplinas ou estágios que permitiram vivenciar a temática da TB ?	
92.	O Sr(a) recebeu treinamento específico no serviço para atuar em ações de controle da TB?	
93.	Os profissionais são qualificados para atender TB?	
94.	Os profissionais são qualificados para atuarem segundo a diversidade cultural da comunidade?	
95.	O Sr(a) realiza educação permanente para desenvolver ações de controle da TB?	
96.	O Sr(a) segue algum protocolo específico para as ações de controle da TB na unidade de saúde?	

#### QUESTÕES QUALITATIVAS (USO DE GRAVADOR)

101.	O(A) Sr.(a) tem alguma pergunta, sugestão, comentário ou dúvida?	
------	--	--

#### *Observações do entrevistador*

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

## ANEXO C – 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  
**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

**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