



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
MESTRADO EM CIÊNCIAS E SAÚDE**

**ANA VANNISE DE MELO GOMES**

**A TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA CIDADE DE  
TERESINA - PIAUÍ**

**TERESINA**

**2017**

ANA VANNISE DE MELO GOMES

**A TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA  
CIDADE DE TERESINA - PI**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências e Saúde.

Área de Concentração: Planejamento e Gestão em Saúde.

Linha de Pesquisa: Análise de Situação de Saúde.

Orientador: Dr. Viriato Campelo.

TERESINA

2017

G633t Gomes, Ana Vannise de Melo.  
A tuberculose na atenção básica em saúde na cidade de Teresina - PI / Ana Vannise de Melo Gomes. -- Teresina, 2017.  
115 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde, 2017.

“Orientação : Prof. Dr. Viriato Campelo.”

Bibliografia

1. Tuberculose. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Avaliação dos serviços de saúde. I. Título.

CDD 616.995

ANA VANNISE DE MELO GOMES

**A TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA  
CIDADE DE TERESINA - PI**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde, da Universidade Federal do Piauí, como requisito básico para obtenção do título de Mestre em Ciências e Saúde.

BANCA EXAMINADORA

---

**Presidente:** Prof. Dr. Viriato Campelo  
Universidade Federal do Piauí

---

**1º Examinador:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Andréa Conceição Gomes Lima  
Universidade Estadual do Piauí

---

**2º Examinador:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Zélia de Araújo Madeira  
Universidade Federal do Piauí

---

**3º Examinador:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Luisa Helena de Oliveira Lima  
Universidade Federal do Piauí

TERESINA

2017

A Deus, aos meus pais Antonio e Vilmarina, ao meu marido Frederico e ao meu amado filho Henrique, minha fonte diária de amor e coragem.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, que me permitiu estar aqui hoje, me capacitando e direcionando em cada etapa, rumo a conclusão desta dissertação. Certamente, sem a sua presença não ousaria sonhar e muito menos conquistar.

Agradeço aos meus pais que sempre estiveram ao meu lado, me proporcionando muito além da educação. Obrigada pelo apoio incondicional, pelo amor e pelo abrigo. Vocês souberam acolher a mim e minha família, nos cercando de muito amor! Agradeço também aos meus irmãos Marco, Aline e Ayla, que, de formas diferentes, me ajudaram nesta caminhada.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Viriato Campelo, que depositou em mim a confiança em desenvolver este projeto. Com sua experiência, paciência e sabedoria este percurso tornou-se mais seguro e firme. Agradeço a Universidade Federal do Piauí e Fundação Municipal de Saúde de Teresina pela oportunidade de desenvolver esta pesquisa, proporcionando-me todo o embasamento necessário.

Agradeço a todos aqueles que Deus colocou no meu caminho e que foram essenciais nesta caminhada. À Cassandra e Amparo por me fazerem acreditar que eu seria capaz; à Maria Augusta, por estar sempre ao meu lado, compartilhando as dificuldades e conquistas; à Mayanne, por ser uma fonte constante de estímulo; à minha cunhada Kassandra, que com sua alegria, me ajudou muito em diversos momentos; aos meus amigos de trabalho, Lília Fortaleza e Raurys, pelas palavras de incentivo.

Não poderia deixar de agradecer aos meus queridos alunos, Jahmerson, Lêda, Renan, Jeandson, Thalya, Luana e Dante, que contribuíram com a coleta de dados de forma grandiosa. Agradeço toda a dedicação e empenho!

Por fim, agradeço ao meu marido Frederico. Obrigada por me trazer serenidade em meio a tanto desafios. Sua paciência, amor e disponibilidade foram fundamentais para seguir em frente.

*“E ainda que tivesse o dom da profecia, e conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, e ainda que tivesse toda fé, de maneira tal que transportasse os montes, e não tivesse amor, nada seria”.*

1 Coríntios 13:2

## RESUMO

A tuberculose encontra-se como a maior causa de morbimortalidade entre as doenças infectocontagiosas no mundo. No Brasil, ainda é considerada um sério problema da saúde pública, com profundas raízes sociais. Com a finalidade de impulsionar as ações necessárias ao enfrentamento da tuberculose no Brasil foi implementado o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, que prioriza a descentralização das ações de controle da doença, com participação efetiva da atenção primária nas práticas de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e monitoramento dos casos, vacinação e outras ações destinadas à promoção de saúde. Este estudo teve o objetivo de analisar as ações de controle da tuberculose desenvolvidas pela Atenção Básica na cidade de Teresina – PI, destacando as práticas relacionadas ao acesso ao diagnóstico, tratamento, coordenação de serviços e educação em saúde. Para tanto, realizou-se uma pesquisa de caráter transversal e descritivo, com uma abordagem quantitativa, que foi executada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Teresina- PI, no período de setembro de 2016 a maio de 2017. A amostra foi composta por pacientes com tuberculose já diagnosticados e em tratamento nas UBSs, pelos profissionais de saúde que atuam nas UBSs e pelos seus coordenadores. O instrumento de coleta de dados utilizado foi o *PCA Tool – Primary Care Assessment Tool*, adaptado e validado para a atenção à tuberculose. Participaram do estudo cento e dois (102) indivíduos: sendo trinta (30) pacientes portadores de tuberculose, quarenta e seis (46) profissionais de saúde (14 médicos e 32 enfermeiros) e vinte e seis (26) coordenadores de UBSs. Segundo a avaliação dos pacientes os atributos da atenção primária com pior classificação foram porta de entrada (escore médio 3,58 e DP  $\pm$ 2,31) e orientação para a comunidade (escore médio 1,93 e DP  $\pm$ 2,03), indicando baixa orientação para o desempenho das ações da atenção básica para controle da tuberculose. O atributo que melhor foi avaliado, segundo os pacientes, foi adesão/vínculo (escore médio 8,03 e DP  $\pm$ 1,45). Na opinião dos profissionais de saúde entrevistados os atributos com pior classificação também foram porta de entrada (escore médio de 2,96 e DP  $\pm$ 1,98) e orientação para a comunidade (escore médio de 5,55 e DP  $\pm$ 2,20), sugerindo fragilidade destes atributos da atenção básica. Destacamos que os atributos vínculo (escore médio 8,03 e DP  $\pm$ 1,03), coordenação (escore médio 8,93 e DP  $\pm$ 0,89), enfoque na família (escore médio 8,91 e DP  $\pm$ 1,13) e formação profissional (escore médio 8,09 e DP  $\pm$ 1,73) foram os melhores avaliados. Segundo a avaliação dos gestores, considera-se que os atributos com pior classificação foram porta de entrada (escore médio de 2,10 e DP  $\pm$ 1,79), orientação para a comunidade (escore médio de 6,26 e DP  $\pm$ 2,71) e formação profissional (escore médio 6,15 e DP  $\pm$ 2,11). E o atributo coordenação (escore médio 8,93 e DP  $\pm$ 0,89), foi o melhor avaliado pelos gestores das UBSs, indicando alta orientação destes serviços da atenção básica para o controle da tuberculose. Assim, conclui-se que, segundo a avaliação de pacientes, profissionais de saúde e coordenadores de UBSs entrevistados, as ações de controle da tuberculose realizadas pela atenção básica na cidade de Teresina ainda apresentam deficiências nos atributos porta de entrada e orientação para comunidade.

**Palavras-chave:** Tuberculose. Atenção Primária à Saúde. Avaliação dos serviços de saúde.



## ABSTRACT

Tuberculosis is currently the major cause of morbidity and mortality among infectious-contagious diseases in the world. In Brazil, it is still considered a serious problem of public health, with deep social roots. The National Tuberculosis Control Program, which prioritizes the decentralization of disease control actions, with the effective participation of primary care in the diagnosis, treatment, follow-up and monitoring of cases, vaccination and other actions aimed at health promotion. This study aimed to analyze tuberculosis control actions developed by primary care in the city of Teresina – PI, highlighting practices related to access to diagnosis, treatment, coordination of services and health education. Therefore, a cross-sectional and descriptive study was carried out with a quantitative approach that was performed at Basic Health Units (BHUs) of Teresina-PI from September 2016 to May 2017. The sample consisted of patients with tuberculosis already diagnosed and treated in the BHUs, by the health professionals who work in the BHUs and by their coordinators. The instrument of data collection used was the PCA Tool - Primary Care Assessment Tool, adapted and validated for attention to tuberculosis. One hundred and two (102) individuals participated: thirty (30) tuberculosis patients, forty-six (46) health professionals (14 doctors and 32 nurses) and twenty-six (26) BHU coordinators. According to the patients' perception, the attributes of the primary care with worse classification were entrance door (mean score 3.58 and standard deviation (SD)  $\pm$  2.31) and community orientation (mean score 1.93 and SD  $\pm$  2.03), which indicates low guidance for the performance of basic care actions to control tuberculosis. The attribute that was best evaluated according to the patients was adherence/bonding (mean score 8.03 and SD  $\pm$  1.45). In the opinion of the health professionals interviewed, the attributes with the worst classification were also the entrance door (mean score of 2.96 and SD  $\pm$  1.98) and community orientation (mean score of 5.55 and SD  $\pm$  2.20), suggesting fragility of these attributes of basic care. We highlight that the bonding attributes (mean score 8.03 and SD  $\pm$  1.03), coordination (mean score 8.93 and SD  $\pm$  0.89), family focus (mean score 8.91 and SD  $\pm$  1.13) and professional training (mean score 8.09 and SD  $\pm$  1.73) were the best evaluated. In regard to managers, the attributes with the worst classification were considered to be the entrance door (mean score of 2.10 and SD  $\pm$  1.79), community orientation (mean score of 6.26 and SD  $\pm$  2.71), and professional training (mean score 6.15 and SD  $\pm$  2.11), and the coordination attribute (mean score 8.93 and SD  $\pm$  0.89) was the best evaluated by the BHUs' coordinators, indicating high service orientation of this basic care for tuberculosis control. Thus, it is concluded that in the perception of patients, health care professionals and BHUs' coordinators interviewed, the tuberculosis control actions carried out by primary care in the city of Teresina still present deficiencies in the attributes of entrance door and community orientation.

**Keywords:** Tuberculosis. Primary Health Care. Health services evaluation.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Características sócio-demográficas e econômicas dos pacientes com tuberculose assistidos nas Unidades Básicas de Saúde, Teresina, PI, 2017.....	47
<b>Tabela 2</b> - Características do estado de saúde dos pacientes diagnosticados com tuberculose assistidos nas Unidades Básicas de Saúde, Teresina- PI, 2017 .....	48
<b>Tabela 3</b> - Análise do atributo porta de entrada na percepção dos pacientes com TB assistidos nas Unidades Básicas de Saúde, Teresina- PI, 2017.....	50
<b>Tabela 4</b> - Análise comparativa do preconceito (atributo adesão/vínculo) na percepção dos pacientes com TB assistidos nas Unidades Básicas de Saúde, Teresina- PI, 2017.....	51
<b>Tabela 5</b> - Análise do atributo orientação para a comunidade na percepção dos pacientes com TB assistidos nas Unidades Básicas de Saúde, Teresina- PI, 2017.....	53
<b>Tabela 6</b> - Análise dos atributos da atenção primária segundo os escore dos pacientes com tuberculose. Teresina, PI, 2017.....	54
<b>Tabela 7</b> - Análise dos atributos da atenção primária classificados segundo o Escore Geral na percepção dos pacientes com TB assistidos nas Unidades Básicas de Saúde, Teresina- PI, 2017.....	55
<b>Tabela 8</b> - Análise do atributo acesso ao diagnóstico na percepção dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, Teresina- PI, 2017.....	56
<b>Tabela 9</b> - Análise do atributo enfoque familiar na percepção dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, Teresina- PI, 2017.....	57
<b>Tabela 10</b> - Análise dos atributos da atenção primária segundo os escores dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde. Teresina, PI, 2017.....	61
<b>Tabela 11</b> - Análise dos atributos da atenção primária classificados segundo o escore geral na percepção dos profissionais de saúde atuantes nas Unidades Básicas de Saúde, Teresina- PI, 2017.....	61
<b>Tabela 12</b> - Análise do atributo acesso ao tratamento na percepção dos gestores das Unidades Básicas de Saúde, Teresina- PI, 2017.....	62
<b>Tabela 13</b> - Análise do atributo coordenação na percepção dos gestores das Unidades Básicas de Saúde, Teresina- PI, 2017.....	64
<b>Tabela 14</b> - Análise do atributo orientação para a comunidade na percepção dos gestores das Unidades Básicas de Saúde, Teresina- PI, 2017 .....	66

<b>Tabela 15</b> - Análise dos atributos da atenção primária segundo os escores dos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde. Teresina, PI, 2017.....	68
<b>Tabela 16</b> - Análise dos atributos da atenção primária classificados segundo o escore geral na percepção dos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde, Teresina- PI, 2017.....	68

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA	Adenosina Deaminase
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BAAR	Bacilo Álcool-ácido Resistente
BCG	Bacilo de Calmette e Guérin
ESF	Estratégia Saúde da Família
GAL	Gerenciador de Ambiente Laboratorial
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
ILTb	Infecção Latente da Tuberculose
LACEN	Laboratórios Centrais de Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PPD	<i>Purified Protein Derivative</i>
SILTb	Sistema de Informação Laboratorial da Tuberculose
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SITE-Tb	Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SNCD	Sistema de Notificação Compulsória de Doenças
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science for Windows®</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termos de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	18
2.1 Geral .....	18
2.2 Específicos .....	18
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	19
3.1 Tuberculose .....	19
3.1.1 Conceitos e aspectos epidemiológicos .....	19
3.1.2 Formas de contágio e quadro clínico .....	21
3.1.3 Diagnóstico e tratamento .....	23
3.2 Registros e acompanhamento dos casos de tuberculose .....	25
3.2.1 Agravos de notificação compulsória .....	25
3.2.2 Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN .....	26
3.2.3 A importância dos indicadores epidemiológicos e operacionais .....	28
3.3 A tuberculose na cidade de Teresina-PI .....	29
3.4 Atenção Primária à Saúde .....	30
3.4.1 Conceito e componentes fundamentais .....	30
3.4.2 Estratégia Saúde da Família .....	31
3.4.3 A Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose .....	33
3.4.4 Educação em Saúde .....	34
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	37
4.1 Tipo de pesquisa .....	37
4.2 Cenário .....	37
4.3 População e Amostra .....	38
4.4 Critérios de Inclusão e exclusão .....	40
4.5 Instrumento de coleta de dados .....	41
4.6 Coleta de Dados .....	43
4.7 Análise dos dados .....	44
4.8 Aspectos éticos e legais .....	45
<b>5. RESULTADOS</b> .....	46
5.1 Pacientes .....	46
5.1.1 Informações sócio-deomográficas e econômicas .....	46
5.1.2 Estado de saúde do caso confirmado de tuberculose .....	48

5.1.3	Porta de entrada, acesso ao diagnóstico e acesso ao tratamento .....	49
5.1.4	Adesão/vínculo, elenco de serviços e coordenação .....	50
5.1.5	Enfoque na família e orientação para a comunidade .....	52
5.1.6	Análise dos atributos da atenção básica segundo os escores obtidos a partir dos pacientes .....	54
5.2	Profissionais de Saúde .....	55
5.2.1	Porta de entrada, acesso ao diagnóstico e acesso ao tratamento .....	56
5.2.2	Vínculo, elenco de serviços e coordenação .....	57
5.2.3	Enfoque na família, orientação para a comunidade e formação profissional .....	58
5.2.4	Análise dos atributos da atenção básica segundo os escores obtidos a partir dos profissionais de saúde .....	60
5.3	Gestores .....	61
5.3.1	Porta de entrada, acesso ao diagnóstico e acesso ao tratamento .....	61
5.3.2	Vínculo, elenco de serviços e coordenação .....	63
5.3.3	Enfoque na família, orientação para a comunidade e formação profissional .....	65
5.3.4	Análise dos atributos da atenção básica segundo os escores obtidos a partir dos pacientes .....	67
<b>6.</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>69</b>
6.1	Informações sociodemográficas e estado de saúde dos pacientes .....	69
6.2	Porta de entrada .....	70
6.3	Acesso ao diagnóstico .....	70
6.4	Acesso ao tratamento .....	72
6.5	Adesão e Vínculo .....	73
6.6	Elenco de serviço .....	74
6.7	Coordenação .....	75
6.8	Enfoque na família .....	76
6.9	Orientação para a comunidade .....	77
6.10	Formação profissional .....	79
<b>7.</b>	<b>LIMITAÇÕES DO ESTUDO</b> .....	<b>81</b>
<b>8.</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>82</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>83</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>88</b>

APÊNDICE A .....	89
<b>ANEXOS</b> .....	92
ANEXO A .....	93
ANEXO B .....	103
ANEXO C .....	109
ANEXO D .....	115

## 1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) caracteriza-se como uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que um terço da população mundial seja infectada pelo agente causador. Nos dias atuais, a tuberculose ainda se encontra como maior causa de morbimortalidade entre as doenças infectocontagiosas no mundo (World Health Organization, 2014).

No Brasil, no período de 2005 a 2014, foram diagnosticados, em média, 73 mil casos novos de tuberculose por ano, e, apenas no ano de 2013, ocorreram 4.577 óbitos. Por isso, o Brasil está incluído na lista da OMS, como um dos países que concentram 80% dos casos de tuberculose no mundo, ocupando a 16ª posição em número absoluto de casos (BRASIL, 2015).

No estado do Piauí, fatores como a pobreza e a desnutrição são determinantes para alcançarmos incidências consideráveis de tuberculose, sobretudo em Teresina, capital do estado, em função da alta densidade demográfica e formação de zonas populosas com infraestrutura e saneamento precários. Em 2005, a capital atingiu uma taxa de incidência acima da média nacional com 50,2 casos/100 mil habitantes, enquanto o Estado apresentava incidência em torno de 43,2/100 mil habitantes (MONTECHI, 2013). Observa-se um decréscimo nestas taxas em 2013, contudo, ainda se tem como grande desafio o controle da tuberculose em Teresina.

A doença é considerada como endêmica desde a antiguidade e disseminou-se pelo mundo na época do colonialismo e expansão comercial. Contudo, assumiu níveis de epidemia com a urbanização capitalista, que facilitou o contágio nas aglomerações humanas subnutridas (REIS et al, 2017).

Entre os anos de 1970 e 1979, os países desenvolvidos conseguiram uma redução na incidência e prevalência de tuberculose, criando-se a expectativa de controle da doença, em razão da descoberta de medicamentos para o tratamento da infecção e da disseminação de medidas profiláticas, como a vacinação. Entretanto, nas décadas seguintes, presenciou-se o inverso: uma elevação no número de casos de tuberculose nos países avançados e o agravamento ainda maior no número de casos nos países pobres ou em desenvolvimento (TORRES, 2005).

O número crescente de casos de tuberculose no mundo pode ser justificado pela pandemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV- *Human Immunodeficiency Virus*), pelo



crescimento da população idosa e de populações em situação de miséria, como também pela depreciação dos serviços públicos de assistência à saúde (BRASIL, 2011a).

No Brasil, a propagação da doença encontra-se intimamente relacionada às condições de vida da população, estando mais prevalente em locais de grande concentração humana com condições precárias de infraestrutura. Assim, a tuberculose ainda é considerada um sério problema da saúde pública, com profundas raízes sociais, apesar de verificar-se uma redução de sua incidência nos últimos nove anos. Segundo os indicadores epidemiológicos, sua incidência reduziu 13,2%, passando de 38,7 casos/100 mil habitantes em 2006, para 33,7 casos/100 mil habitantes em 2015. Em relação ao número de casos novos, a redução nos últimos nove anos foi de 4,8% (BRASIL, 2017).

A Organização Mundial da Saúde recomenda que o país alcance 85% de taxa de cura para que comece a reverter à situação epidemiológica da doença. Esse resultado, no entanto, demanda uma série de medidas relacionadas à detecção precoce de casos, ao tratamento do paciente e ao acompanhamento integral durante todas as fases do tratamento até a sua conclusão. Essas iniciativas devem ser desenvolvidas prioritariamente dentro dos serviços da Atenção Primária, devido sua proximidade com o usuário e às parcerias com diversos atores que promovem trabalhos voltados ao tratamento e erradicação da doença no território nacional (BRASIL, 2011b).

Com o objetivo de impulsionar as ações necessárias ao enfrentamento da tuberculose no Brasil foi implementado o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) que desde a sua criação mantém-se integrado ao sistema de saúde. O PNCT estabelece como prioridade a descentralização das ações de controle da doença, com participação efetiva da Atenção Primária nas práticas de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e monitoramento dos casos de TB prevenção, vacinação e outras ações destinadas à promoção de saúde (BRASIL, 2011a).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde é conhecida como Atenção Básica e sua estruturação possui um caráter de descentralização e reorientação do modelo médico-assistencial. Ela é organizada, prioritariamente, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que possibilitou uma ampliação na cobertura, valorização nas ações de promoção e proteção integral à saúde, transformando gradualmente as práticas sociais em saúde. Este modelo surgiu da necessidade de expandir o acesso aos serviços de saúde e fundamenta-se na formação de uma equipe de saúde de caráter multiprofissional.

Cada equipe de saúde da família deve ficar responsável por, em média, 3 mil pessoas residentes em um território delimitado. Devem ser capacitados a atuar na comunidade,

identificando os problemas de saúde e estabelecendo medidas de enfrentamento dos fatores determinantes. Também é fundamental a promoção de ações educativas, adoção de práticas preventivas e assistência integral as famílias (GIOVANELLA; MAGALHÃES; MENDONÇA, 2012).

Os profissionais que trabalham na atenção básica desenvolvem um contato permanente e próximo com a população, assim, possuem condições para desempenhar as ações essenciais para o controle da tuberculose na comunidade. Dentre estas práticas, destacamos como prioridades as medidas de diagnóstico precoce, busca ativa entre sintomáticos respiratórios, supervisão do tratamento proposto, visitas domiciliares e as ações de prevenção e promoção da saúde, que devem ser direcionadas aos doentes, familiares e comunidade. O que se espera, sobretudo, é que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) atuem como porta de entrada para estes pacientes e promovam uma assistência abrangente e de qualidade.

O estudo de Santos et al (2012), realizado com 86 pacientes assistidos nas UBSs na cidade de Teresina, evidenciou que, embora estas unidades de saúde sejam procuradas com frequência pelos pacientes de TB, a organização do serviço prestado não garantiu acesso ao diagnóstico precoce e a um tratamento adequado. Esta pesquisa ainda apontou deficiências em práticas importantes no manejo do doente com TB, que são a visita domiciliar e o Tratamento Diretamente Observado (TDO).

Acredita-se que diversas estratégias foram implementadas na cidade de Teresina com o intuito de controlar a disseminação da doença na população, contudo, o êxito no tratamento da tuberculose e a conseqüente diminuição do índice de transmissão da doença dependem diretamente da qualidade da assistência prestada aos pacientes. No ano de 2016, ainda se observou uma discrepância entre os dados epidemiológicos relativos à TB no Piauí (coeficiente de incidência 18,5/100 mil hab) e em Teresina (coeficiente de incidência 30,6/100 mil hab), indicando que os esforços realizados para o enfrentamento da tuberculose, na capital, ainda não são suficientes e precisam ser aperfeiçoados (BRASIL, 2017).

Diante do exposto, este estudo foi desenvolvido com a finalidade de avaliar o atual desempenho da Atenção Básica no controle da tuberculose na cidade de Teresina. Buscando identificar possíveis falhas e entraves à condução das práticas de assistência integral ao doente e a comunidade, que corroboram para que a tuberculose ainda permaneça como um problema de saúde pública. A compreensão deste universo torna-se fundamental para traçar estratégias e reorientar as ações de enfrentamento deste agravo na cidade de Teresina.

## **2 OBJETIVO**

### 2.1 Geral

- Analisar as ações de controle da tuberculose desenvolvidas pela Atenção Básica na cidade de Teresina – PI.

### 2.2 Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes com tuberculose que são assistidos nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Teresina;
- Identificar que serviços de saúde são procurados pelos pacientes ao iniciarem os sintomas de tuberculose, e em quais serviços são realizados o diagnóstico da doença;
- Verificar o acesso e a adesão ao tratamento dos pacientes com tuberculose atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Teresina;
- Analisar as ações relativas coordenação dos serviços prestados nas Unidades Básicas de Saúde aos pacientes com tuberculose;
- Identificar as práticas de educação em saúde voltadas para formação dos profissionais e para o controle da tuberculose junto aos pacientes, familiares e comunidade.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

O embasamento teórico tem o intuito de apresentar de forma detalhada a tuberculose como patologia infectocontagiosa de grande impacto na saúde pública, ressaltando os dados epidemiológicos e determinantes sociais de grande influência para crescente incidência e mortalidade da doença. Buscou-se descrever o quadro clínico característico da patologia, formas de contágio, diagnóstico e tratamento.

Em seguida, destacou-se a importância da atuação permanente e organizada da Atenção Primária no controle da Tuberculose. Apresentou-se o conceito de Atenção Primária e sua estruturação no nosso país, enfatizando as ações que são consideradas como pontos-chave para a contenção da doença no Brasil. Por fim, destacou-se necessidade do aprimoramento das práticas de educação em saúde, detecção precoce dos casos de tuberculose e implementação de uma rede eficiente e informatizada capaz de supervisionar os pacientes em tratamento.

#### 3.1 Tuberculose

##### 3.1.1 Conceito e aspectos epidemiológicos

A tuberculose é considerada a doença infecciosa mais comum da humanidade, com presença marcante nos países em desenvolvimento com alta incidência e mortalidade (REIS et al., 2017).

Entre os anos de 1960 a 1979 foram adotadas medidas de tratamentos medicamentosos que poderiam efetivamente controlar a disseminação da doença, contudo o que se observou nas décadas seguintes foi a elevação brusca nos números de casos nos países pobres, e surgimento de novos casos nos países considerados de primeiro mundo (TORRES, 2005).

Em 1992, a OMS apontava para o número de 8 a 9 milhões de casos de tuberculose por ano no mundo. Esse valor corresponde a um número três vezes maior do que nas décadas anteriores (BRASIL, 2011b). Atualmente, apesar de observar-se a tendência de redução dos coeficientes de incidência e de mortalidade, ainda se verifica o registro de 66.796 casos novos em 2016 no Brasil, 12.809 casos de retratamento e 4.543 óbitos por tuberculose em 2015 (BRASIL, 2017b).

As precárias condições de saúde, saneamento básico, miséria, bem como o crescimento populacional nos centros urbanos dos países em desenvolvimento foram fatores determinantes para a crescente incidência da tuberculose nos países em desenvolvimento. A carência de

políticas públicas e a ausência de intervenção por parte das autoridades governamentais e sanitárias destes países tornaram a doenças mais marcante na população com índices preocupantes de mortalidade (REIS et al., 2017).

Neste contexto, chama-se atenção para a relação existente ente a tuberculose e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), que é considerado um fator importante para o aumento da morbidade e mortalidade, não somente entre os países pobres, mas sobretudo nos países desenvolvidos. Isso se explica porque um paciente infectado pelo HIV tem a possibilidade de adoecimento por reativação endógena e maior suscetibilidade de contrair a doença por fontes externas (pacientes infectados pelo bacilo). Assim, torna-se imprescindível a identificação precoce do HIV e a realização do tratamento adequado com o intuito de reduzir a mortalidade nesse grupo e aumentar as chances de cura do caso de tuberculose (TORRES, 2005).

O Ministério da Saúde recomenda que todos os pacientes com tuberculose realizem os testes diagnósticos para AIDS, priorizando o teste rápido. No Brasil, em 2014, 62,7% dos casos novos de tuberculose foram submetidos aos testes para detecção do HIV e foi constatada a existência de 10,4% das pessoas com a coinfeção TB-HIV, sendo que a região Sul apresentou maior percentual de coinfectados (12,8%) (BRASIL, 2015).

Visando o estabelecimento e a implementação de estratégias para o fim da tuberculose como problema de saúde pública no Brasil, segue-se a proposta da OMS no que diz respeito às prioridades relacionadas à detecção precoce de casos, ao tratamento do paciente e à sua conclusão com desfecho favorável. Para isso, as atividades desenvolvidas precisam estar pautadas nos indicadores epidemiológicos e articuladas com outras áreas, inclusive fora do setor da saúde, visto que a tuberculose é uma doença que possui forte associação com as vulnerabilidades sociais (ALMEIDA, 2017; BRASIL, 2015).

Devido à extensão do nosso território nacional e diversidade sócio-demográfica e econômica verifica-se uma variabilidade nos indicadores epidemiológicos entre as Unidades da Federação. Para exemplificar vamos citar os dados relativos ao ano de 2014, onde encontramos valores heterogêneos entre os estados de Goiás e Amazonas, que variaram quanto ao número de casos, de 11,0 a 68,4/100 mil hab, respectivamente (BRASIL, 2015).

Apesar das disparidades encontradas entre os estados brasileiros, todas as localidades devem pautar suas ações no Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose criado pelo Ministério da Saúde. Este plano traça estratégias com o objetivo de acabar com a tuberculose como problema de saúde pública no país até o ano de 2035 (BRASIL, 2017a).

O Plano Nacional está baseado em três pilares, que são: prevenção e cuidado integrado centrado no paciente, tratar de forma adequada e oportuna todos os casos diagnosticados de tuberculose e intensificar as ações de prevenção. Estes pilares conduzirão ações de diagnóstico, rastreamento de contatos, investigação dos casos de morte e tratamento individualizado com foco na cura das pessoas com tuberculose, evitando assim o abandono do tratamento e contribuindo para a interrupção da cadeia de transmissão (BRASIL, 2017b).

### 3.1.2 Formas de contágio e quadro clínico

A contaminação pela tuberculose ocorre por via aérea, no momento em que o paciente infectado lança no ar, pela fala ou pela tosse, gotículas contendo o bacilo. Dessa forma, pessoas saudáveis podem entrar em contato com o bacilo da tuberculose, que fica suspenso no ar, e desenvolver a doença. Por isso, o indivíduo com a forma pulmonar da doença é considerado a principal fonte de infecção. Calcula-se que, durante um ano, em uma localidade delimitada, um indivíduo bacilífero (que lança bacilos no ar) poderá infectar, em média, de 10 a 15 pessoas (ALMEIDA, 2017; BRASIL, 2009; SIQUEIRA; RAFFUL, 2005).

Essa via de contágio já era conhecida pelos egípcios, que já isolavam seus doentes com o objetivo de quebrar a cadeia de transmissão. As partículas lançadas no ar devem apresentar características aerodinâmicas próprias da gotícula-núcleo de Wells – diâmetro de 2 a 10 µm com 1 a dois bacilos - para então ter o poder de chegar aos bronquíolos e alvéolos e ali iniciar um quadro inflamatório. Fora do corpo humano o bacilo sobrevive por pouco tempo, pois é muito sensível ao calor, radiação solar dentre outros. É importante salientar que a transmissão da tuberculose, habitualmente, é inter-humana e que os pacientes bacilíferos realimentam o ciclo natural da infecção na população (BRASIL, 2011; REIS et al., 2017; TORRES, 2005).

Após a infecção vários fatores irão influenciar para a que então ocorra a manifestação dos sintomas no indivíduo. Dentre estes fatores destacamos a competência do sistema imunológico. A primeira infecção (primoinfecção) ocorre geralmente na infância. Pessoas que convivem no mesmo domicílio que o doente, possuem mais risco de infecção, ou seja, quanto maior a proximidade, maior a transmissibilidade. Por isso é fundamental a investigação dos comunicantes para controle da doença. Contudo, após o início do esquema terapêutico indicado, a transmissibilidade da doença tende a diminuir gradativamente e, em geral, após 15 dias de tratamento chega a níveis insignificantes (SIQUEIRA; RAFFUL, 2005).

Nem todos os indivíduos expostos ao bacilo se infectam, isso irá depender, sobretudo, da quantidade de bacilos inalados, sua virulência e do tempo de exposição. Quando inalado em

pequenas quantidades os bacilos podem ser destruídos antes de produzirem lesão pulmonar, ou mesmo de induzirem resposta imune (BRASIL, 2014).

A maioria das pessoas infectadas não manifesta os sintomas da doença e desenvolve imunidade parcial. Esta é conhecida como infecção latente da tuberculose (ILT<sub>B</sub>), que pode ser detectada, na maioria das vezes, pela prova tuberculínica positiva, nela os bacilos ficam encapsulados em estado latente. Contudo, cerca de 5% dos indivíduos infectados não conseguem impedir a multiplicação do bacilo e adoecem; e outros 5%, conseguem inibir a infecção nesta fase, mas posteriormente começam a apresentar os sintomas da tuberculose (tuberculose pós-primária ou secundária). Esse fenômeno ocorre por reativação dos bacilos (reativação endógena) ou por exposição a nova fonte de infecção (reinfecção exógena) (BRASIL, 2011a).

Verifica-se que a cada 100 pessoas infectadas, 10 irão desenvolver os sintomas da tuberculose durante sua vida. Entretanto isso acontece com maior frequência nos dois primeiros anos após o contágio ou em situações onde o indivíduo apresente uma baixa no seu sistema imunológico. Determinadas condições de vida já são consideradas como predisponentes para a manifestação dos sintomas da tuberculose. Logo, são considerados mais vulneráveis ao adoecimento os moradores de rua, indígenas, pessoas que vivem privados de liberdade, os usuários de droga e pessoas com HIV/AIDS (BRASIL, 2011a).

A tuberculose é uma doença de evolução crônica, assim, os sintomas possuem uma manifestação crescente, podendo também apresentar períodos de remissão. No geral, a forma mais comum da doença é tuberculose pulmonar, que em 2012, abrangeu 85,5% dos casos novos de tuberculose no Brasil; também é considerada a mais relevante para a saúde pública, pois é a principal responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença (BRASIL, 2014; TORRES, 2005).

Os sintomas respiratórios são os mais frequentes e dentre eles destacamos a tosse, a hemoptise e a dor torácica. A tosse é um sintoma que está presente em quase todos os pacientes. Inicialmente ela apresenta-se seca, podendo evoluir para uma tosse produtiva com secreção mucosa, purulenta e em alguns casos com sangue (hemoptise). O sangramento pode apresentar manifestações variadas e se deve a formação das cavidades no pulmão do doente (BRASIL, 2011a).

Devido ao comprometimento da pleura o doente poderá referir dor torácica, que costuma se manifestar de modo precoce e com baixa intensidade. Os sintomas gerais da TB são febre vespertina, sudorese noturna e perda de peso. Essas manifestações são características da doença, ocorrendo em grande parte dos pacientes. Em crianças menores de 10 anos, as manifestações

clínicas podem variar, sendo mais comum a presença de febre moderada por mais de 15 dias, irritabilidade, perda de peso, tosse e sudorese (BRASIL, 2014; BRASIL, 2011b).

O conhecimento de todos os aspectos relacionados à transmissibilidade, suscetibilidade e ciclo natural da tuberculose é fundamental para orientar as ações de saúde pública que podem ser desenvolvidas com a população. Outro aspecto importante que fundamenta as práticas para o controle da TB é o conhecimento da distribuição dos casos em nosso meio, identificando as áreas maior incidência da doença (BRASIL, 2014).

### 3.1.3 Diagnóstico e tratamento

Em 2017 foi apresentado o Plano Brasileiro pelo Fim da Tuberculose. Ele foi elaborado considerando a meta de redução de incidência e da mortalidade até o ano de 2035. Logo, foi necessário estabelecer estratégias de controle que irão dar suporte ao Programa de Controle da Tuberculose, nas três esferas de governo, considerando suas respectivas competências estabelecidas no Sistema Único de Saúde. Neste plano o diagnóstico precoce aparece como ponto focal e estratégico para o controle da doença. E para isso é imprescindível a disponibilização e ampliação ao acesso de exames diagnósticos como: teste rápido molecular, baciloscopia, cultura, teste de sensibilidade, dentre outros (BRASIL, 2017a).

O diagnóstico precoce e preciso é fundamental nos cuidados aos pacientes com tuberculose. Para que isso seja possível é preciso fortalecer a rede de diagnóstico laboratorial já existente além de promover ações que garantam o acesso ao diagnóstico precoce, sobretudo entre as populações mais vulneráveis, consideradas em situação de risco como os moradores de rua, população privada de liberdade e portadores do HIV.

Na prática o diagnóstico de tuberculose pode ser clínico-epidemiológico, laboratorial e/ou diagnóstico por imagem. O diagnóstico clínico-epidemiológico pode ser considerado na impossibilidade de se comprovar a suspeita por meio de exames laboratoriais, mas deve estar associado a outros exames complementares (BRASIL, 2017b).

Dentre os exames laboratoriais, o exame microscópico direto, onde se faz a pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente (BAAR), é a técnica mais utilizada e permite a detecção na grande maioria dos casos de tuberculose pulmonar. Segundo a Organização Mundial de Saúde, os serviços de atenção básica devem estar preparados para a realização da baciloscopia, visto que se trata de um método diagnóstico rápido e de baixo custo. Porém no Brasil, verifica-se entraves na utilização da mesma nas Unidades Básicas de Saúde (DOS SANTOS et al, 2017).



Vários exames laboratoriais podem ser utilizados de forma secundária no diagnóstico da tuberculose, pois somente a baciloscopia direta, a cultura e o teste rápido molecular para tuberculose são os exames considerados confirmatórios nos casos de tuberculose ativa. A cultura para micobactéria é um método de elevada especificidade e sensibilidade diagnóstica e deve ser realizada sobretudo nos casos pulmonares com baciloscopia negativa. Já o teste molecular rápido para tuberculose está indicado para o diagnóstico de tuberculose pulmonar tanto em adultos, como em crianças (BRASIL, 2017b).

O exame histopatológico é indicado nos casos de tuberculose extrapulmonar ou tuberculose miliar, bem como a mensuração dos níveis de adenosina deaminase (ADA) nos líquidos pleural, pericárdico, sinovial, ascítico e no líquor, que pode auxiliar no diagnóstico de tuberculose pleural. Destacamos ainda a radiografia de tórax que representa método diagnóstico de grande importância na investigação da tuberculose, e é o exame mais realizados nas unidades de saúde de média e alta complexidade. Deve ser solicitada para todo paciente com suspeita clínica de tuberculose pulmonar e também para excluir a possibilidade de outras doenças pulmonares (BRASIL, 2017b).

Na prática, as ações relativas ao diagnóstico da tuberculose, atribuídas aos serviços de atenção primária, estão ocorrendo com frequência nos serviços de atenção especializada. Isso pode ser justificado pela acessibilidade funcional e técnica que o usuário possui aos serviços especializados, que possibilitam uma maior flexibilidade nos horários de atendimento, e maior resolutividade do problema. No estudo de Paiva et al. (2017), observa-se que os serviços de saúde de média e alta complexidade possuem profissionais mais qualificados e comprometidos, além de maior disponibilidade do material necessário para a realização dos exames e maior suporte tecnológico. Assim, a confirmação diagnóstica ocorre em um menor tempo e logo se inicia o tratamento indicado.

Por outro lado, percebe-se ainda muitas limitações no desempenho dos serviços de atenção básica para o diagnóstico da TB, dificultando sua atuação como porta de entrada, suspeição de casos de TB e confirmação diagnóstica da doença (PAIVA et al. 2017). Por isso o diagnóstico da TB ainda pode ser considerado tardio em muitos casos, pois o doente, em geral, só procura assistência quando os sintomas estão evoluídos, e a busca ativa destes doentes e seus contatos ainda não é uma prática habitual nos serviços de saúde (DOS SANTOS et al., 2017).

Entre os anos de 1940 e 1959 ocorreram grandes avanços no tratamento da tuberculose com o desenvolvimento de drogas antituberculosas fundamentadas nas bases bacteriológicas, farmacológicas e posteriormente com a realização de pesquisas experimentais e terapêuticas. As drogas que hoje são utilizadas no tratamento da TB contribuem para a redução significativa

da mortalidade e transmissibilidade da doença. Contudo, o tratamento é longo e exige um acompanhamento e controle no uso das drogas e realização de exames (REIS et al, 2017).

Para se estabelecer o tratamento ideal para o paciente deve ser considerado a sua faixa etária, se é um caso novo (nunca submetido a medicação para tratamento da TB ou submetido por menos de 30 dias) ou retratamento e as condições de saúde do paciente (associação com outras patologias). Os fármacos usados nos esquemas padronizados para a TB sensível são: a isoniazida, a rifampicina, a pirazinamida e o etambutol; estes fármacos apresentam-se em comprimidos de doses fixas combinadas (BRASIL, 2017b).

O tratamento proporciona melhoras significativas dos sintomas logo no primeiro mês, tal fato contribui para ocorrência frequente de abandono ao tratamento antes de sua finalização aumentar (BRASIL, 2011a).

Devido à gravidade da TB e sua ampla infecção, ressalta-se a importância do trabalho preventivo, que fundamentalmente deve ser realizado com a vacinação (BCG – Bacilo de Calmette e Guérin), busca ativa de novos casos e a quimioprofilaxia, que deve ser realizada somente entre os pacientes infectados e nos pacientes com TB latente (comunicantes intradomiciliares de focos bacilíferos. A quimioprofilaxia é feita com isoniazida para os grupos de maior risco, a fim de evitar que a pessoa infectada evolua para a doença) (REIS et al, 2017).

## 3.2 Registros e acompanhamento dos casos de tuberculose

### 3.2.1 Agravo de notificação compulsória

A tuberculose é uma patologia que possui aspectos individuais e coletivos. Pode ser entendida como um fenômeno biológico, mas possui fortes determinantes sociais. Do ponto de vista epidemiológico, é uma doença que afeta alguns, mas é considerada um risco à saúde de todos. Logo, o seu controle deve passar por diversas estratégias de detecção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos confirmados (COSTA et al, 2015).

Diante disso, observa-se a necessidade uma rede eficiente e informatizada capaz de supervisionar os pacientes em tratamento, pacientes recidivantes, pacientes com co-morbidades associadas, além dos sintomáticos respiratórios. Somente assim será possível controlar a tuberculose, quebrar a cadeia de transmissão e diminuir o número de pessoas suscetíveis à doença.

De acordo com a Portaria nº 1271, de 6 de junho de 2014, a tuberculose é um dos agravos de notificação compulsória em todo território nacional, e deve ser notificada por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). “Notificação é a comunicação da

ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes” (BRASIL, 2016 p. 6).

Como intuito de aprimorar o controle dos casos de tuberculose foi desenvolvida um instrumento denominado de Livro de Registro e Acompanhamento de Tratamento dos Casos de Tuberculose, trata-se de um instrumento oficial do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNTC), da Secretaria de Vigilância em Saúde. Este livro é utilizado no acompanhamento dos casos de tuberculose, cuja a situação de encerramento não tenha sido registrada.

Os dados contidos neste livro servem como fonte de informações a ser utilizadas na própria unidade de saúde local (onde o paciente faz seu acompanhamento), e também serão disponibilizadas para a composição de indicadores operacionais e epidemiológicos de âmbito regional e nacional (BRASIL, 2002).

Cada equipe de Saúde recebe o treinamento necessário para que o preenchimento deste livro seja feito de forma padronizada. Assim, fica explicitado que devem ser registrados apenas as informações dos pacientes que tiverem seu diagnóstico firmado segundo as definições estabelecidas no Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2002).

### 3.2.2 Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN

O SINAN é o mais importante sistema para a Vigilância Epidemiológica. Ele foi criado e aprimorado entre 1990 e 1993, para tentar sanar as dificuldades do Sistema de Notificação Compulsória de Doenças (SNCD). Hoje este sistema é disponibilizado em todas as localidades do território nacional e deve ser operado a partir das unidades de saúde, considerando o objetivo de coletar e processar dados sobre agravos de notificação, em todo o território nacional, desde o nível local, fornecendo dados para análise do perfil de morbidade (BRASIL, 2009; BRASIL, 2016).

Os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) possuem uma maior responsabilidade no fornecimento das informações relacionadas aos casos de tuberculose, visto que o acompanhamento e tratamento devem ser feito dentro da própria UBS. O valor da informação depende da precisão com que o dado é gerado. Portanto, os responsáveis pela coleta devem ser preparados para aferir a qualidade do dado obtido (BRASIL, 2009). Assim, as informações provenientes das Unidades Básicas de Saúde devem fornecer dados suficientes para alimentar outras ferramentas de controle epidemiológico que são: a Ficha de Notificação/

Investigação de Tuberculose e o Boletim de Acompanhamento de Casos de Tuberculose, ambos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Algumas questões são ressaltadas quanto a execução correta destes instrumentos de controle epidemiológico, pois o registro correto e eficiente permite um planejamento adequado de medidas relativas ao diagnóstico, tratamento e supervisão dos casos conhecidos. Os profissionais de saúde que acompanham o caso, durante a fase de tratamento, e os que preenchem a ficha de acompanhamento do SINAN devem atentar para a identificação e o preenchimento satisfatório das co-morbidades associadas (CARVALHO; DOURADO; BIERRENBACH, 2011).

Dentre os agravos associados à tuberculose, destacamos a AIDS, que deve ser registrada logo após a confirmação da doença por meio da realização de testes específicos. A não realização dos testes, motivada por diversos fatores, contraria a recomendação do Ministério da Saúde para a testagem em todos os pacientes com TB. Tal postura dificulta o planejamento de ações preventivas e de controle do agravo (LÍRIO et al., 2015).

Pacientes que apresentam co-morbidades associadas necessitam de cuidados específicos, pela complexidade do tratamento proposto e fragilidade do estado de saúde. Por isso a disponibilização de terapia antirretroviral em indivíduos coinfectados com TB são consideradas prioridades pela OMS para controle desta doença (CARVALHO; DOURADO; BIERRENBACH, 2011).

Mesmos conhecendo-se a importância de todo este mecanismo de acompanhamento e notificação dos casos de Tuberculose, ainda é uma realidade a presença de falhas no processo. Citamos aqui a incompletude dos dados como um entrave ao desempenho da Vigilância epidemiológica, que pode ser atribuída a muitos fatores, como a demora na liberação dos resultados dos exames e ausência de atualização dos dados pelas Secretarias Municipais da Saúde, devendo ser tomadas as providências cabíveis para efetiva correção (LÍRIO et al., 2015).

Os exames laboratoriais são imprescindíveis para o diagnóstico da tuberculose e controle dos casos confirmados em tratamento. Por isso foi desenvolvido o “Sistema de Informação Laboratorial da Tuberculose (SILBT), que permite tanto o armazenamento dos dados dos casos de tuberculose contidos no “Livro de Registro de Baciloscopia e de Cultura para Diagnóstico e Controle da Tuberculose” dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN) e Unidades Laboratoriais (PAULINO et al., 2009).

### 3.2.3 A importância dos indicadores epidemiológicos e operacionais

O SINAN disponibiliza diversas informações necessárias ao cálculo dos principais indicadores epidemiológicos e operacionais, que servem de base para uma análise de situação local, municipal, estadual e nacional. Contudo, a veracidade das informações disponibilizadas depende principalmente dos dados emitidas pelas unidades de saúde. Assim, para que as informações geradas a partir do SINAN sejam efetivamente úteis ao direcionamento das ações de controle da tuberculose, é imprescindível que análise da qualidade dos dados sejam efetuadas regularmente (BRASIL, 2009).

Neste aspecto também estacamos a importância do SINAN na identificação de falhas de registros, como a incompletude, inconsistência de dados e duplicidade. E assim, permite o redirecionamento e a resolução do problema à instância responsável (CARVALHO; DOURADO; BIERRENBACH, 2011).

O compartilhamento das análises dos dados produzidos pelo SINAN é da competência do PNTC (Programa Nacional de Controle da Tuberculose). Estas informações devem chegar a todos os profissionais de saúde que lidam diretamente com a tuberculose. É essencial que esses profissionais sejam instruídos a respeito da situação epidemiológica da TB, pois são dados importantes para a execução de seu trabalho; mas também, para que compreendam a importância do preenchimento adequado dos registros e sintam-se motivados a melhorar a qualidade dos dados coletados (CARVALHO; DOURADO; BIERRENBACH, 2011).

Outro instrumento importante nesta rede de informações é a Ficha de Notificação/Investigação, que deve ser preenchida somente após confirmação diagnóstica de casos novos, recidivas, reingressos e transferências.

Para que seja avaliada a efetividade do tratamento, bem como o monitoramento da incidência e encerramento são necessárias também as informações relativas ao acompanhamento dos casos que são apresentadas no Boletim de Acompanhamento de Casos de Tuberculose. Neste Boletim, todos os casos notificados com tratamento em andamento são listados por unidade de saúde. Este boletim deve ser emitido pelo primeiro nível informatizado e encaminhado para as Unidades de Saúde uma vez por mês, para atualização dos dados e retorno para alimentação do sistema (BRASIL, 2009).

Ressaltamos aqui a importância do gerenciamento dos dados pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) de modo que disponham de dados sempre atualizados e de boa qualidade para que monitorem o comportamento da endemia, avaliem o impacto das ações de controle implementadas e possam, assim, cumprir efetivamente o seu papel no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009).

Deste modo, periodicamente é necessário reavaliar os indicadores e redirecionar ações realizadas, detectando falhas, propondo soluções e novas metas. Em 2017, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, decidiu elaborar um plano nacional com o objetivo de acabar com a tuberculose como problema de saúde pública no Brasil. Para isso é imprescindível esforços de toda a sociedade para redução dos coeficientes de incidência e mortalidade da tuberculose (SANTOS, 2017).

Dentre as estratégias apresentadas no Plano Nacional pelo fim da tuberculose encontra-se a melhora dos sistemas informatizados de registros de casos. Que deve ser pautado no aprimoramento das análises dos indicadores já existentes, adequação e integração dos sistemas SINAN, GAL e SITE-Tb e fortalecimento da prática correta e eficiente dos registros dos casos. Todas essas ações irão possibilitar uma vigilância mais eficiente que servirá de subsídio para o planejamento das ações que permitam a melhoria dos indicadores de tuberculose no Brasil (BRASIL, 2017).

### 3.3 A tuberculose na cidade de Teresina –PI

O Piauí possui uma população estimada para o ano de 2017 de 3.118.360 pessoas, destas, 850.198 residem na capital Teresina, que está localizada na região centro norte do estado. Teresina possui uma área territorial de 1.391,981 km<sup>2</sup> que se divide em zonas centro/norte, sul e leste/sudeste (IBGE, 2017).

Para atender a população, que se encontra distribuída em áreas urbana e rural da capital, a Fundação Municipal de Saúde possui 92 Unidades Básicas de Saúde, estando 71 UBS e 237 equipes da ESF no perímetro urbano da cidade de Teresina, localizadas nas diferentes regiões do município.

No ano de 2016 verificamos um decréscimo nos indicadores epidemiológicos referentes à tuberculose no estado e na capital, contudo ainda é notória a discrepância entre a incidência de doença no Piauí (coeficiente de incidência 18,5/100 mil hab) e em Teresina (coeficiente de incidência 30,6/100 mil hab). Isso nos leva a perceber a correlação existente entre a tuberculose e os determinantes sociais relacionados à densidade demográfica e a pobreza, favorecendo o risco de disseminação da doença em Teresina (BRASIL, 2017).

Em Teresina, a TB afeta principalmente os indivíduos do gênero masculino, com idade entre 20 a 49 anos, contudo sua maior taxa de incidência foi entre indivíduos acima de 50 anos. Tal fato se justifica pelo aumento da expectativa de vida no Brasil, o que possibilita o

crescimento de pacientes com infecção latente, que são reativadas pela manifestação de patologias crônicas (COELHO et al., 2010).

Também foi verificado que a forma pulmonar da doença é a mais frequente, afetando 80,23% dos casos de Teresina; e quanto a evolução da doença observou-se que 71,07% dos casos foram curados (COELHO et al., 2010). Para atender a demanda de pacientes diagnosticados com TB, e controlar a disseminação da doença na capital a Fundação Municipal de Saúde estabelece um controle direto dos casos, que devem ser acompanhados prioritariamente pela Atenção Básica, e assim proporcionar acesso ao diagnóstico e tratamento de qualidade.

### 3.4 Atenção Primária à Saúde

#### 3.4.1 Conceito e componentes fundamentais

A Declaração Oficial da Conferência Internacional de Alma-Ata define a Atenção Primária à Saúde como uma estratégia de organização da saúde pública voltada para responder a maior parte das necessidades de uma população. A Atenção primária deve estar ao alcance de todos os indivíduos e deve ser organizada de modo a priorizar a participação efetiva da comunidade. Cabe à atenção primária direcionar suas ações baseadas nas características de cada comunidade, com enfoque nos problemas sanitários locais. Assim, as ações possuem variações entre países e regiões, mas devem contemplar práticas preventivas, curativas, de reabilitação e de promoção de saúde (PAIN; ALMEIDA FILHO, 2014).

Na conferência de Alma-Ata, gestores de diversos países discutem seus indicadores e concluem que as desigualdades no acesso às ações de saúde constituem a realidade presente e representam uma agravante nos indicadores. Predomina nesse encontro o consenso de que as práticas em saúde, embora ancoradas por pressupostos científicos que subsidiaram a elaboração de estratégias e a criação e diversos recursos tecnológicos para a assistência ao doente, passaram a considerar e desvalorizar necessidades básicas no campo da saúde. Produto dessa realidade, uma medicina de alto custo, de acesso para uma minoria e de pouco impacto nas demandas, necessidades e doenças prevalentes (OHARA; SAITO, 2008, p. 45).

A Atenção primária deve representar o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde. Neste sentido, os cuidados de saúde devem chegar a toda a população ultrapassando os limites físicos dos hospitais, ambulatórios e centros de Saúde. As ações voltadas à saúde devem chegar o mais próximo possível da comunidade, permeando o ambiente de trabalho, as escolas

e ao local onde as pessoas residem, num processo continuado de assistência integral à saúde (ANDRADE; BARRETO; SILVA, 2013).

Em 2005 a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) estabeleceu que a Atenção Primária à Saúde deve ser compreendida como parte integral no desenvolvimento dos Sistemas de Saúde, sendo fundamental melhoras equitativas e sustentáveis na saúde da população. Assim, cada país, de acordo com sua capacidade política, econômica e administrativa, deveria desenvolver sua própria estratégia para renovação da Atenção Primária (CAMPOS, 2013).

Este modelo de assistência surge da necessidade de mudança do enfoque no cuidado com a saúde. O modelo centrado a ação curativa, hospitalocêntrico, voltado para o cuidado da doença passa a ser questionado em sua eficiência e abrangência. Assim, torna-se imperativo a ocorrência de mudanças na atenção à saúde, para então delinear um modelo de atuação onde ações de saúde são voltadas à pessoa, e não à enfermidade. Neste novo contexto, destaca-se não apenas a figura do médico, mas, sobretudo, a participação de uma equipe de saúde com profissionais capacitados que dialogam entre si (ANDRADE; BARRETO; SILVA, 2013).

A conferência de Alma-Ata ainda definiu alguns componentes fundamentais para implantação das práticas da Atenção primária, são elas: a educação em saúde, programas voltados para a saúde materno-infantil, saneamento ambiental, prevenção e tratamento de doenças e lesões comuns, fornecimento de medicamentos essenciais e promoção da boa nutrição e medicina tradicional (OHARA; SAITO, 2008).

#### 3.4.2 Estratégia Saúde da Família (ESF)

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde é conhecida como Atenção Básica à Saúde e é organizada prioritariamente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Este modelo surgiu da necessidade de expandir o acesso à saúde em todo o território nacional, e de fato concretizar a descentralização dos serviços de saúde (ANDRADE; BARRETO, 2007).

O Programa Saúde da Família foi criado em 1994 na sucessão do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), implantado pelo Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde em caráter emergencial. O agente comunitário surgiu com o papel de prestar uma assistência básica em saúde nos locais onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica, contudo diante das circunstâncias encontradas, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, o agente comunitário passou a identificar áreas de risco, e atuar em ações de promoção e proteção à saúde de populações mais vulneráveis (sobretudo mulheres e crianças). Dentro da ESF o agente comunitário já tem a missão de criar



um elo entre a equipe de saúde e a população e assim diminuir as barreiras existentes no processo de comunicação entre profissionais de saúde e comunidade, respeitando assim as diferenças culturais e hábitos locais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; OHARA; SAITO, 2008).

Com o intuito de proporcionar ao indivíduo uma assistência integral e oportuna, a ESF deve ser organizada e coordenada com os demais níveis da rede sanitária. Desta forma, torna-se possível a consolidação do discurso de integralidade da atenção à saúde e incorporação do controle social, percebendo-se na conjuntura nacional uma redução nas desigualdades regionais em relação a oferta de serviços de saúde e financiamento da saúde (ANDRADE; BARRETO; SILVA, 2013).

Segundo Ohara e Saito (2008, p.55):

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, suas diretrizes organizativas são operacionalizadas mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde dessa comunidade.

A organização das equipes atuantes na ESF sugere uma composição multiprofissional básica com uma quantidade mínima de profissionais de saúde e agentes comunitários. Assim, cada equipe nuclear deve constituir-se de: um (1) médico generalista, um (1) enfermeiro, um (1) a dois (2) auxiliares/ técnicos de enfermagem e de cinco (5) a seis (6) agentes comunitários. A EqSF (Equipe de Saúde da Família) pode estar associada a uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) que é composta por um (1) cirurgião-dentista e (1) auxiliar de consultório dentário (MOREIRA et al., 2016; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Reforça-se a multiplicidade de funções e atribuições da ESF que é a responsável direta pela atenção a saúde da população de um determinado território. Para isso, todo o processo se inicia pelo cadastramento das famílias e direcionamento das mesmas para acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que deve funcionar como porta de entrada no sistema de saúde e primeiro nível de atenção. Logo depois cada equipe deve identificar os problemas de saúde e as situações de risco, para então elaborar as ações de enfrentamento (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

As práticas conduzidas pelos profissionais de saúde no âmbito do ESF devem ser norteadas por dados de controle epidemiológicos, tornando-se assim mais adequadas e eficientes na resolução de problemas graves de saúde pública. Essas ações devem ultrapassar a abordagem de cunho clínico-assistencial, e serem realizadas numa parceria entre profissionais da saúde e os membros da comunidade (BRASIL b, 2011).

### 3.4.3 A Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose

Dentre as patologias que carecem de controle emergencial destaca-se a tuberculose (TB). Desde a década de 1990, a TB foi considerada como problema de saúde global pela OMS, tendo em vista o aumento da incidência e da mortalidade. Sendo esta, uma enfermidade de tratamento e controle já conhecidos e amplamente divulgados, é considerada uma doença tratável e curável (REIS, 2017).

Com o objetivo de ampliar e facilitar o acesso dos pacientes com tuberculose aos serviços de saúde, a ESF foi incluída nas ações determinadas pelo Plano Nacional de Controle da Tuberculose. A ESF possibilita uma descentralização das ações de controle da TB, bem como a integralidade e coordenação da atenção, que são fatores importantes para assegurar uma assistência continuada ao portador de TB (STARFIELD, 2002).

A atuação da equipe de saúde junto ao paciente deve ocorrer de forma longitudinal, sendo este acompanhado ao longo da vida independentemente da ausência ou não da doença. Isso proporciona a criação de vínculo sólido entre usuários e profissionais de saúde, estimulada pelo contato regular e bom acolhimento (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A Estratégia de Saúde da Família tem entre suas atribuições a abordagem de pessoas em situação de risco, acompanhamento de pacientes portadores de tuberculoses, ou com suspeita clínica, encaminhamento para a investigação diagnóstica e acompanhamento dos casos confirmados, tratamento supervisionado até a cura da enfermidade (BRASIL, 2011b).

O controle da Tuberculose requer uma atuação permanente e organizada da Atenção Primária. Para isso os profissionais de saúde devem dispor de capacitação e recursos necessários a resolução da grande maioria dos casos de TB (SOUZA, 2014).

Uma das ações mais importantes que deve ser realizada pela a ESF seria a busca ativa de novos casos de tuberculose entre a população de risco. A detecção precoce destes novos casos proporciona um diagnóstico e intervenção precoce evitando assim a disseminação da doença (AZEVEDO et al., 2014).

Este rastreamento deve ser efetuado primeiramente entre pessoas com sintomas respiratórios (tosse crônica), pessoas que mantem contato com outros pacientes com tuberculose, pacientes imunodeprimidos, portados de HIV, indivíduos que vivem em comunidades fechadas como asilos e penitenciárias, moradores de rua, pacientes etilistas e usuários de drogas. Essa ação é importante para que ocorra a quebra da cadeia de transmissão do bacilo e assim ocorra a redução das taxas de incidência e mortalidade (BRASIL, 2011a).

A estratégia básica para a confirmação de novos casos fundamenta-se na realização do exame direto do escarro, a baciloscopia e no teste rápido molecular (TRM), sobretudo entre os pacientes que apresentam sintomas respiratórios como a tosse e expectoração por mais de 3 semanas. A baciloscopia também é indicada para o acompanhamento mensal do paciente que já se encontra em tratamento (SOUZA, 2014)

Segundo Pinheiro (2012), a detecção precoce dos casos de tuberculose, realizada pelos profissionais na atenção primária, associada a um tratamento eficaz são duas ações fundamentais para o controle da patologia. Contudo todas essas práticas devem ocorrer de forma coordenada e organizada para então oferecer uma assistência contínua e efetiva ao doente.

#### 3.4.4 Educação em saúde

A educação em saúde pode ser considerada uma das principais ações a serem realizadas pelas equipes de saúde. Ela é fundamental no controle e na prevenção de diversas patologias, bem como é responsável pela disseminação de novos hábitos de vida importantes para promoção de saúde. O planejamento das ações educativas deve estar adequado ao princípio de participação ampliado, atendendo às peculiaridades locais e regionais, à utilização de recursos técnicos disponíveis e interação com as instituições de ensino (DANTAS et. al., 2014; COSTA, 2015).

Esta prática se caracteriza como instrumentos de prevenção e promoção em saúde, onde os profissionais desta área buscam informar, conscientizar e capacitar de forma clara, a comunidade em geral sobre os problemas de saúde presentes naquela região. Assim, o coletivo obtém êxito para evitar e solucionar os problemas de saúde existentes naquela área.

Pode ser considerado um importante instrumento de construção da participação popular nos serviços de saúde. Ela valoriza a diversidade e heterogeneidade dos grupos sociais e possibilita uma intercomunicação entre profissionais de saúde e comunidade. Os profissionais engajados com a população percebem com mais facilidade as necessidades locais buscam meios mais eficientes para redirecionar sua prática (VASCONCELOS, 2008).

O mais importante no processo educativo em saúde é remeter ao cidadão o seu potencial transformador capaz de construir e desconstruir valores, hábitos e pensamentos. Assim, ele passa a ser o principal sujeito no processo de prevenção e cura, na medida em que se promove a socialização de saber, que deixa de ser monopólio dos profissionais de saúde (COSTA et al, 2015).

Contudo, é necessário que os profissionais estejam conscientes sobre a importância e a valorização da inclusão dessa prática no seu ambiente de trabalho, assim como também devidamente capacitados para o mesmo, tendo em vista o seu real objetivo e não apenas transmissão de informações (VASCONCELOS, 2007).

A Educação em saúde trabalha com dois importantes pilares: Educação popular e educação continuada. O primeiro é centrado no cidadão e estimula a autonomia do indivíduo e capacitação para o enfrentamento dos problemas relacionados à saúde, estimulando a criação de hábitos de vida saudáveis. O segundo pilar é centrado no profissional de saúde, que necessita de uma formação mais ampla e crítica sobre o processo saúde-doença (COSTA et al, 2015).

A educação continuada é um importante mecanismo de capacitação dos profissionais da ESF, que devem estar aptos a acompanhar as demandas trazidas pela comunidade local. Também pode ser compreendida como método para o desenvolvimento e integração da própria equipe de saúde, e dos profissionais com a população. A capacitação continuada dos profissionais de saúde viabiliza o alcance das metas preconizadas e contribui para a compreensão do seu papel enquanto mediadores do processo de mudança à atenção a TB. Isso possibilita identificar as metas dos programas de controle da TB e as lacunas existentes no sistema de saúde no qual estão inseridos (SANTOS, 2017).

Um dos princípios do Sistema único de Saúde é a participação popular que possibilita uma reorientação e aperfeiçoamento da globalidade das práticas institucionais. A educação popular tem um papel importante na mudança de paradigma dentro do setor de saúde, marcado por uma tradição autoritária e normatizadora centralizada na figura do médico; contudo o que ainda se percebe é uma fragilidade e descrédito nas organizações populares que apresentam com frequência uma diminuição na sua capacidade de mobilização (VASCONCELOS, 2007).

Outra dificuldade notada na implementação das práticas de educação em saúde é a percepção de sua real importância pelos profissionais de saúde e gestores. A educação não pode ser entendida apenas como mais um componente da Atenção Primária, visto que ela se baseia em sua totalidade em um processo eminentemente educativo. Conforme a Conferência de Alma Ata, os profissionais que atuam na Atenção primária devem encorajar as pessoas e grupos sociais a assumir o controle sobre sua saúde, mediante um processo educativo pautado não

somente no conhecimento técnico-científico, mas, sobretudo, no saber popular (VASCONCELOS, 2007).

Apesar da valorização desta ferramenta no processo de enfrentamento de muitas patologias, como a tuberculose, no Brasil ela ainda ocorre de forma fragmentada e pontual. Percebe-se uma inconsistência no processo, que vem sendo desenvolvido através experiências esparsas no território nacional. Observa-se, também, que os princípios metodológicos da educação popular muitas vezes já estão imbuídos nos discursos de muitos profissionais da Atenção básica, contudo, na prática, fica perceptível que estes princípios não são compreendidos e nem incorporados em sua profundidade (VASCONCELOS, 2007).

Na atual conjuntura, pode-se afirmar que não existe uma homogeneidade e continuidade na utilização das práticas educativas, que na grande maioria das vezes são realizadas em campanhas nacionais, ou em função do aumento do número de casos de TB. Ou seja, as práticas educativas só correm em função da incidência do agravo no momento, ou quando impostas pelo próprio sistema. Podemos considerar que as ações educativas dentro do contexto atual da Atenção Primária são desvalorizadas no processo de trabalho diário, que é centrado na prática clínica, individual e curativa (SÁ et al., 2013).

As abordagens praticadas nas UBSs podem ser consideradas de caráter reducionista, pois são focadas no paciente e resume-se a eventos pontuais, como datas comemorativas e campanhas nacionais. Essas ações não possuem a capacidade de mobilizar a participação dos membros da comunidade, nem mesmo os pacientes. A postura adotada e vivenciada em muitas cidades do território nacional está, portanto, incoerente com as diretrizes e políticas públicas vigentes, uma vez que não atende às recomendações do Ministério da Saúde (MS), que tem procurado promover a aproximação democrática entre cidadão e órgão público, bem como o fortalecimento do discurso da saúde com base nos conceitos de educação permanente, controle social e participação popular (SÁ et al., 2013).

Diante desta situação, verifica-se a importância das práticas educativas na redução desta evasão e redução dos prejuízos à saúde coletiva. Para isso os profissionais de saúde devem utilizar de maneiras informativas de completa assimilação por parte dos indivíduos, buscando conhecer as necessidades e dificuldades passadas pelos pacientes individualmente, para assim desenvolver uma assistência especializada e em conjunto alcançar soluções de grande eficácia. O suporte proporcionado pelas ações educativas é fundamental, uma vez que auxilia o indivíduo a se preparar para ser o agente do seu autocuidado proporcionando maior autonomia no decorrer do tratamento (ANDRADE, 2017).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo de caráter transversal e descritivo com uma abordagem quantitativa, que foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Teresina- PI no período de setembro de 2016 a maio de 2017. Este estudo pode ser definido como um inquérito epidemiológico e pretende analisar as ações voltadas para o controle da tuberculose que são desenvolvidas dentro da atenção básica.

Segundo Gil (2009), este tipo de estudo se define pela descrição de características de determinada população, bem como pelo estabelecimento de relações entre variáveis pesquisadas. Para isso, utilizam-se como recurso de coleta de dados, questionários e uma observação sistemática realizadas de forma padronizadas.

Neste estudo utilizou como instrumento de coleta de dados o *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), elaborado por Starfield (2000). Este instrumento avalia os serviços de saúde e foi adaptado para a atenção à Tuberculose no Brasil por Villa e Ruffino-Netto (2009).

### 4.2 Cenário

Este estudo foi desenvolvido nas UBS da cidade de Teresina-Piauí, localizadas no perímetro urbano. Para realização da pesquisa foram selecionadas as unidades que apresentaram casos de tuberculose em tratamento no período de início da pesquisa. Estas informações foram obtidas através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Este Sistema de informações tem o objetivo registrar os dados sobre agravos de notificação em todo o Brasil, fornecendo dados para análise epidemiológica. Estas informações são fundamentais para o direcionamento das ações em saúde e implementação de políticas públicas.

A Estratégia Saúde da Família do governo federal foi concebida para desenvolver as atividades de promoção e recuperação da saúde, características do nível primário. Ela integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e deve atuar de forma interdisciplinar e direcionamento do cuidado ao núcleo familiar. Ela está organizada em estabelecimentos denominados de Unidades Básicas de Saúde que estão sob a responsabilidade e acompanhamento de uma equipe multidisciplinar formada pelos seguintes profissionais: médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e agentes de saúde. Esta é composição básica,

podendo outros profissionais de saúde ser adicionados, conforme a necessidade de cada município (ROCHA; CARVALHO; CRUZ, 2012).

No perímetro urbano da cidade de Teresina encontramos 71 UBS e 237 equipes da ESF, distribuídas nas diferentes regiões do município (sul, leste/sudeste e centro/norte) (FMS, 2017). No início da coleta de dados foram selecionadas as UBSs utilizando como critério o número de registros de casos de tuberculose no SINAN. Posteriormente, foram convidados a participar do estudo os profissionais de saúde de nível superior que compõem a equipe de saúde da UBS selecionada, e seu respectivo coordenador.

#### 4.3 População e amostra

Com o intuito de melhor compreender e analisar as ações de saúde voltadas para o controle da tuberculose, desenvolvidas dentro das Unidades Básicas de Saúde, o estudo incluiu três populações e amostras distintas. A primeira foi composta pelos pacientes com tuberculose já diagnosticados e em tratamento, que são assistidos nas Unidades Básicas de Saúde; a segunda foi composta pelos profissionais de saúde que atuam nas UBSs prestando assistência aos doentes de TB em tratamento e a terceira, pelos coordenadores de cada UBS.

Segundo dados do SINAN de Teresina, sob a gestão da Fundação Municipal de Saúde, até o mês de setembro de 2015 foram notificados 185 (cento e oitenta e cinco) casos de tuberculose em Teresina. Tomando-se por base esse número de casos diagnosticados no referido ano, ter-se-ia uma amostra aproximada de 126 (cento e vinte e seis) pacientes, para obter-se um nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%; a quantidade de profissionais e gestores seria proporcional ao número de UBSs visitadas.

Foram visitadas 52 UBSs distribuídas nas zonas norte, sul e leste/sudeste, conforme apresentado no Quadro 1. As visitas ocorreram apenas nas UBSs localizadas no perímetro urbano de Teresina que possuíam, no SINAN, a informação de pacientes em tratamento.

Partindo desta informação foi realizado o cálculo da população total de gestores (52 coordenadores de UBS) e profissionais de saúde (104 médicos e enfermeiros), e posteriormente foi feito o cálculo da amostra, para obter-se um nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, totalizando uma quantidade 83 profissionais de saúde e 46 coordenadores de UBS.

Quadro 1: Unidades Básicas de Saúde visitas para realização do estudo. Teresina, PI, 2017.

ZONA LESTE/SUDESTE	
1	UBS Alto da Ressureição
2	UBS Dirceu I
3	UBS Dirceu II
4	UBS Félix Francisco
5	UBS Piçarreira
6	UBS Planalto Ininga
7	UBS Planalto Uruguaí
8	UBS Renascença
9	UBS Satélite
10	Centro de Saúde Betinho
11	UBS Vila do Avião
12	UBS Parque Universitário
ZONA SUL	
1	UBS Alegria
2	UBS Angelim
3	UBS Bela Vista
4	UBS Betinho
5	UBS Bruno Rafael (Esplanada)
6	UBS Cristo Rei
7	UBS Dagmar Mazza
8	UBS Dep. Xavier Oliveira Neto (Mario Covas)
9	UBS Dr. Francisco Soares Filho (São Pedro)
10	UBS Dr. José Wilson Batista (Vermelha)
11	UBS Felipe Eulálio de Pádua
12	UBS Dr Augusto Castro (Km 7)
13	UBS Três Andares
14	UBS Vila irmã Dulce
15	UBS Nossa Senha da Paz (Vila da Paz)
16	UBS Parque Piauí
17	UBS Portal da Alegria
18	UBS Cerâmica Cil
19	UBS Sacy
20	UBS Sao Camilo (Lourival Parente)
21	UBS Tânia Melo (Monte Castelo)
22	UBS Virgínia Castelo Branco (Santa Clara)
ZONA CENTRO/NORTE	
1	Unidade Básica de Saúde Dr. Mariano Mendes (Monte Verde)
2	UBS Água Mineral
3	UBS Anita Ferraz
4	UBS Buenos Aires
5	UBS Cecy Fortes
6	UBS Cidade Verde
7	UBS Dois irmãos
8	UBS Dr. Ayres Brito (Parque Wall Ferraz)
9	UBS Karla Ivana
10	UBS Mafrense
11	UBS Mama Mia
12	UBS Memorare
13	UBS Mocambinho
14	UBS Nova Brasília
15	UBS Nova Teresina
16	UBS Poty Velho
17	UBS Real Copagre
18	UBS Santa Maria da Codipi



Contudo, devido às inúmeras dificuldades encontradas no decorrer da pesquisa, essa população tornou-se reduzida. Destacamos a inconsistência dos dados cadastrados do SINAN e a dificuldade de acesso aos pacientes, sobretudo porque muitos pacientes encontram-se em acompanhamento terapêutico nos centros especializados de referência, devido as complicações da tuberculose, ficando, portanto, excluídos deste estudo. Outros fatores como, a indisponibilidade de tempo para prosseguir com a coleta e rotatividade de profissionais de saúde, também contribuíram para redução do tamanho da amostra.

Por fim, participaram do nosso estudo 102 indivíduos: sendo 30 pacientes, 46 profissionais de saúde e 26 gestores. As entrevistas dos profissionais de saúde e gestores foram realizadas na própria UBS no horário estabelecido pelos participantes, em local reservado. As entrevistas dos pacientes com tuberculose foram feitas na data de agendamento da consulta na UBS (na própria UBS), mas em caso de não comparecimento, foi feita uma visita domiciliar para coleta de dados.

#### 4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Para compor a amostra de pacientes estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Pacientes de ambos os gêneros com idade entre 18 anos a 80 anos;
- Pacientes assistidos nas Unidades Básicas de Saúde;
- Possuir diagnóstico de tuberculose e estar cadastrado no SINAN;
- Ter iniciado o tratamento há pelo menos 20 dias;
- Residir em Teresina- PI (perímetro urbano);
- Demonstrar interesse e disponibilidade em participar da pesquisa.

Todos os participantes, foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Foram excluídos do estudo:

- Pacientes com tuberculose que possuem capacidade cognitiva prejudicada que o impediam de responder o questionário proposto;
- Pacientes seguidos no sistema prisional;
- Pacientes em situação de rua;
- Pacientes em acompanhamento terapêutico nos centros especializados de referência;

- Pacientes que residem em outras cidades, mas que faziam acompanhamento nas UBSs de Teresina.

Para compor a amostra de profissionais de saúde, foram convidados a participar do estudo os profissionais de saúde de nível superior (médicos e enfermeiros) que compõe o quadro da UBS escolhida previamente. Este profissional deveria atender aos seguintes critérios de inclusão: ter tempo mínimo de atuação na UBS de 6 meses, prestar assistência ao paciente com TB e consentir livremente em participar do estudo. Foram excluídos do estudo os profissionais que estavam ausentes nos dias da coleta e aqueles afastados de suas atividades laborais por férias ou problemas de diversas ordens.

Os gestores convidados a participar do estudo foram os coordenadores das UBSs. Foram incluídos na amostra os gestores com tempo mínimo de atuação na UBS de 6 meses e aqueles que consentiram livremente em participar do estudo. Foram excluídos do estudo os coordenadores que estavam ausentes nos dias da coleta e aqueles afastados de suas atividades laborais por férias ou problemas de diversas ordens.

#### 4.5 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados utilizado no estudo foi o PCATool – *Primary Care Assessment Tool*), criado por Starfield (2000) e validado para o uso em português por Macinko, Almeida e Oliveira (2003). Este questionário avalia os elementos organizacionais e desempenho dos serviços da Atenção Básica.

Este instrumento foi adaptado e validado para a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino-Netto (2009), contemplando também questões que abordam as características do doente, estado de saúde e informações clínico-epidemiológicas. Assim, o questionário abrange oito dimensões próprias da atenção básica:

- Acesso (ao diagnóstico e tratamento);
- Porta de entrada;
- Vínculo;
- Elenco de serviços;
- Coordenação (ou integração dos serviços);
- Enfoque familiar;
- Orientação para a comunidade;

Para realização deste estudo utilizou-se as três versões do *PCA Tool* (validado para a tuberculose), direcionadas aos pacientes (ANEXO A), profissionais de saúde (ANEXO B) e gestores (ANEXO C). Estes instrumentos contemplam as ações da atenção básica, mas apresentam variações entre si, com questões específicas para cada entrevistado. Assim, as ações desempenhadas pela atenção básica foram avaliadas pela percepção de todos os atores envolvidos no processo.

Cada uma dessas dimensões abordadas pelo *PCA Tool* está relacionada a um conjunto de ações na prática clínica, de saúde pública ou de implementação de políticas de controle da tuberculose em nível municipal (VILLA; RUFFINO-NETTO, 2009).

A seguir, iremos detalhar cada um destes instrumentos. O *PCA Tool* elaborado para os pacientes com tuberculose contempla 93 questões abordando os seguintes domínios:

- Informações sócio-demográficas
- Situação de saúde do paciente
- Porta de entrada
- Acesso ao diagnóstico
- Acesso ao tratamento
- Adesão ou vínculo
- Elenco de serviços
- Coordenação
- Enfoque na família
- Orientação para a comunidade

O *PCA Tool* para os profissionais de saúde é composto por 97 questões distribuídas de acordo com os seguintes domínios:

- Porta de entrada
- Acesso ao diagnóstico
- Acesso ao tratamento
- Vínculo
- Elenco de serviços
- Coordenação
- Enfoque na família
- Orientação para a comunidade
- Formação Profissional

O *PCA Tool* para os gestores também é composto de 97 questões distribuídas segundo os seguintes domínios:

- Porta de entrada
- Acesso ao diagnóstico
- Acesso ao tratamento
- Vínculo
- Elenco de serviços
- Coordenação
- Enfoque na família
- Orientação para a comunidade
- Formação Profissional

O questionário foi respondido pelo participante do estudo seguindo uma escala de Likert, com pontuações que equivalem ao grau de relação de preferência (ou adesão/concordância) com as afirmações apresentadas no instrumento.

#### 4.6 Coleta de dados

Antes de iniciarmos a coleta fizemos um estudo piloto para avaliarmos aplicabilidade dos questionários. Para isso selecionaremos 5 pacientes, 2 profissionais de saúde e 2 coordenadores, seguindo os critérios já estabelecidos anteriormente.

A aplicação dos questionários teve uma duração aproximada de 40 minutos e foi feita individualmente em local reservado para evitar possíveis constrangimentos e respeitar a privacidade dos participantes.

As entrevistas foram feitas por uma equipe de seis (6) pessoas que foram treinadas previamente e orientadas segundo o manual elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) que descreve de forma detalhada como o entrevistador deve se portar diante de cada entrevistado e como conduzir as perguntas em caso dúvidas.

Resumidamente, a coleta de dados seguiu as seguintes etapas:

- 1º Pesquisa dos casos de tuberculose no SINAN até a data de início da pesquisa;
- 2º Localização das UBSs com maior número de casos notificados. A UBS deveria estar localizada no perímetro urbano;
- 3º Triagem dos participantes conforme os critérios de seleção estabelecidos e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);

4º Aplicação do questionário para os pacientes com tuberculose (ANEXO A). A entrevista foi feita na data de agendamento da consulta na UBS. Em caso de não comparecimento, foi feita uma visita domiciliar para coleta de dados;

5º Pesquisa no prontuário do paciente para informações complementares;

6º Aplicação do questionário (ANEXO B) para os profissionais de saúde atuantes na UBS (enfermeiro e médico);

7º Aplicação do questionário para os coordenadores das UBSs (ANEXO C).

#### 4.7 Análise de dados

Os dados coletados foram analisados com software *Statistical Package for Social Science for Windows®* (SPSS) versão 20.0. Inicialmente faremos o levantamento, organização e descrição dos dados em tabelas e gráficos utilizando a estatística descritiva, através da distribuição de frequências absolutas e relativas

O teste estatístico utilizado foi o qui-quadrado ( $X^2$ ) de Pearson, para verificar associação entre variáveis categóricas e teste T de Student para comparação de médias de variáveis quantitativas, onde foi adotada como nível de significância o valor de 5%.

O questionário utilizado contém itens que foram utilizados para a construção de escores. Cada escore corresponde à somatória das categorias das respostas dos participantes de cada item, dividido pelo total de participantes, para obtermos um valor médio. Foi realizada uma análise comparativa entre os escores obtidos a partir das respostas dos pacientes, profissionais de saúde e gestores (BRASIL, 2010).

Para classificar a orientação dos serviços desenvolvidos na Atenção Básica em Saúde (ABS) para controle da tuberculose, seguiu-se o manual de utilização do PCAtool- Brasil (BRASIL, 2010) assim:

- Escores iguais ou acima de 6,6: indicam uma alta orientação dos serviços da ABS na atenção à tuberculose. Sugerindo que as ações de controle da TB estão sendo desenvolvidas de forma satisfatória.

- Escores abaixo de 6,6: indicam baixa orientação dos serviços da ABS na atenção à tuberculose. Apontando fragilidades nas práticas de controle da TB.

#### 4.8 Aspectos éticos e legais

A coleta de dados foi realizada mediante aprovação deste projeto pela Comissão de Ética da Fundação Municipal de Saúde da Prefeitura de Teresina e posteriormente pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) com número de CAAE: 55845916.6.0000.5214 e Número de Parecer: 1.605.789 (ANEXO D).

O estudo obedeceu a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo seres humanos para a realização de pesquisas científicas, com base nos princípios bioéticos de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, visando o respeito aos direitos dos participantes da pesquisa, a comunidade científica e ao estado.

A pesquisa apresentou riscos mínimos aos participantes do estudo, pois não se realizou nenhum tipo de intervenção clínica, contudo manuseou-se informações fornecidas pelos participantes

Dentre os riscos previstos podemos citar o constrangimento ao responder o questionário proposto e o risco de vazamento de informações. Com o intuito de minimizar os riscos apresentados, os questionários foram aplicados individualmente em ambiente reservado e por pessoas da equipe de pesquisa que já estavam preparados para lidar com a população do estudo. Todos os participantes possuem suas identidades preservadas e todo material coletado foi manuseado somente pela equipe de pesquisa.

Os benefícios deste estudo foram voltados ao público participante de forma indireta. Pois, de posse dos dados da pesquisa, poderemos compreender melhor o desempenho das ações voltadas para o controle da tuberculose que são realizados na Atenção Básica. Conhecendo sua dinâmica, falhas e entraves através da percepção do usuário e dos profissionais de saúde, este estudo servirá de orientação para melhorar a assistência aos pacientes com tuberculosas, desde o momento de seu diagnóstico até a alta e assim contribuir para redução da incidência de casos de tuberculose em Teresina – PI.

## 5 RESULTADOS

Os resultados foram organizados conforme a avaliação dos atores sociais participantes do estudo. Assim, esta seção foi iniciada com os resultados referentes aos pacientes, seguindo com as informações coletadas a partir dos profissionais de saúde e finalizada com as informações dos gestores. Os atributos da atenção primária, contemplados no questionário utilizado – *PCA Toll*, foram expostos de forma detalhada para cada grupo entrevistado.

As informações, referentes ao grupo de pacientes entrevistados, foram apresentadas inicialmente através da exposição dos dados sócio demográficos e estado de saúde, concluindo com a avaliação dos atributos da atenção primária.

A apresentação dos resultados dos profissionais de saúde e gestores se iniciou pela avaliação dos atributos da atenção primária e finalizou-se com as informações relacionadas à formação profissional dos médicos, enfermeiros e coordenadores das UBSs entrevistados. Participaram do estudo cento e um (102) indivíduos: sendo trinta (30) pacientes portadores de tuberculose, quarenta e seis (46) profissionais de saúde (14 médicos e 32 enfermeiros) e vinte e seis (26) coordenadores das UBSs.

### 5.1 Pacientes

#### 5.1.1 Informações sócio-demográficas e econômicas

Dos 30 pacientes entrevistados, 53,3% eram do gênero masculino e 46,6% do gênero feminino. Quanto ao estado civil, a metade (50%) dos pacientes encontram-se casados, 44,4% tem como ocupação principal as atividades domésticas, e a renda familiar de 57,1% dos entrevistados fica em torno de até 1 salário mínimo. A maioria dos pacientes, 66,7% não recebe nenhum benefício do governo e apresentam níveis de escolaridade bem diversos, sendo que a maioria ainda apresenta baixa ou nenhuma escolaridade (Tabela 1).

Com relação à moradia, identificou-se que 28 (93,3%) pacientes vivem em casa própria, 92,9% das casas são de alvenaria e 73,3 % das residências apresentam 5 ou mais cômodos. Dos pacientes entrevistados, 55 % possuem 4 ou mais pessoas residindo na mesma casa. Sendo importante ressaltar que em 44,8% das residências possuem idosos e em 26,7 %, possuem crianças entre os residentes, considerados populações mais vulneráveis.

Tabela 1 - Características sócio-demográficas e econômicas dos pacientes com tuberculose assistidos nas Unidades Básicas de Saúde, Teresina, PI, 2017.

	n	%
Estado civil		
Solteiro	10	33,3
Casado	15	50,0
Viúvo	5	16,7
Ocupação		
Desempregado	7	25,9
Empregado	5	18,5
Do lar	12	44,4
Outros	3	11,1
Renda familiar		
Sem renda	2	7,1
Até 1 SM	16	57,1
Mais de 1 até 3 SM	8	28,6
Mais de 3 até 5 SM	2	7,1
Recebe benefícios do governo		
Não recebe	18	66,7
LOAS	3	11,1
Bolsa família	4	14,8
Outros	2	7,4
Qual a última escolaridade do paciente		
Sem escolaridade	5	16,7
1ª fase do fundamental incompleto	4	13,3
1ª fase do fundamental completo	1	3,3
2ª fase do fundamental incompleto	6	20,0
2ª fase do fundamental completo	4	13,3
Médio incompleto	2	6,7
Médio completo	5	16,7
Superior incompleto	2	6,7
Superior completo	1	3,3
Escolaridade do chefe da família		
Sem escolaridade/1ª fase do fund. Incompleto	8	28,6
1ª fase do fundamental completo	7	25,00
2ª fase do fundamental completo	7	25,00
Médio completo	5	17,8
Superior completo	1	3,6



### 5.1.2 Estado de saúde do caso confirmado de tuberculose

Quando questionados sobre seu estado de saúde percebeu-se que a doença afeta a realização das atividades habituais da maioria dos pacientes (n=19) em níveis diferentes, e que a medicação causou reações em metade dos entrevistados (n=15). A metade (50%) dos pacientes informaram que nunca fazem uso de bebidas alcoólicas, 43% nunca fuma e 60% nunca faz uso de drogas (Tabela 2).

Tabela 2 - Características do estado de saúde dos pacientes diagnosticados com tuberculose assistidos nas Unidades Básicas de Saúde, Teresina- PI, 2017.

	Masculino		Feminino		p-valor*
	n	%	n	%	
Com que frequência o (a) Sr. (a) deixa de realizar atividade habitual					0,459
Sempre	2	40,0	3	60,0	
Quase sempre	5	71,4	2	28,6	
Às vezes	5	71,4	2	28,6	
Quase nunca	1	25,0	3	75,0	
Nunca	3	50,0	3	50,0	
Não se aplica	0	0,0	1	100,0	
Com que frequência tem problemas com o tratamento ou medicação					0,094
Sempre	0	0,0	1	100,0	
Quase sempre	1	33,3	2	66,7	
Às vezes	3	30,0	7	70,0	
Quase nunca	6	75,0	2	25,0	
Nunca	6	85,7	1	14,3	
Não se aplica	0	0,0	1	100,0	
Com que frequência bebe					0,567
Quase sempre	2	100,0	0	0,0	
Às vezes	1	33,3	2	66,7	
Quase nunca	2	50,0	2	50,0	
Nunca	7	46,7	8	53,5	
Não se aplica	4	66,7	2	33,3	
Com que frequência fuma					0,638
Sempre	1	50,0	1	50,0	
Quase sempre	2	100,0	0	0,0	
Às vezes	1	33,3	2	66,7	
Quase nunca	0	0,0	1	100,0	
Nunca	7	53,8	6	46,2	
Não se aplica	5	55,6	4	44,4	
Com que frequência usa outras drogas					0,553
Quase nunca	1	100,0	0	0,0	
Nunca	10	55,6	8	44,4	
Não se aplica	5	45,5	6	54,5	

\*Teste Qui-quadrado de Pearson

### 5.1.3 Porta de entrada, acesso ao diagnóstico e acesso ao tratamento

A maioria dos pacientes entrevistados, 93,3%, habitualmente, procura as UBSs para as ações relacionadas ao controle de saúde preventivo, contudo o primeiro serviço de saúde procurado ao iniciar os sintomas da tuberculose foram os hospitais públicos, em 43% da amostra, e o diagnóstico de 67,9% dos pacientes também foi realizado em hospitais públicos (Tabela 3).

Com relação ao tempo de demora para se conseguir uma consulta, observou-se que 50% dos pacientes conseguiram agendar o atendimento em 1 dia, e 43,4 % procuraram o serviço de saúde apenas 1 vez para ser atendido. Destaca-se uma grande variação (30% dos entrevistados procuraram uma única vez e 20 % procurou 5 vezes ou mais) na quantidade de vezes que foram necessárias a ida do paciente até a unidade de saúde para então ser feito diagnóstico de tuberculose. Após o início dos sintomas, 36,7 % dos pacientes demorou 5 semanas ou mais para conclusão diagnóstica, o que contribui para um atraso no início do tratamento e potencializa a contaminação de outras pessoas.

Quando procuram o serviço de saúde para consulta, 36,7% dos entrevistados afirmaram nunca demorar mais de 60 minutos para a consulta, contudo 70% não costuma utilizar o telefone para pedir informações e 73,3 % dos pacientes afirmam não usar o telefone para marcar consultas. Dos pacientes entrevistados, 33% informaram que às vezes possuem dificuldades para se deslocar até o serviço de saúde e utilizam algum meio de transporte motorizado para fazer o deslocamento até a unidade de saúde. Como grande parte dos entrevistados estão desempregados ou apenas desempenham atividades domésticas, 50% não tem prejuízos no trabalho, ou em outros compromissos por causa das consultas agendadas. Destaca-se que 83,3% dos pacientes realizam o seu tratamento na unidade de saúde mais próxima à sua casa, o que facilita o deslocamento e favorece a adesão ao tratamento.

Quando os pacientes apresentam reações adversas devido ao tratamento realizado 30% dos doentes entrevistados afirmaram conseguir agendar uma consulta no prazo de 24 horas. Observa-se valores divergentes em relação à visita domiciliar, pois enquanto 30% dos pacientes afirmaram sempre receber a visita dos profissionais de saúde em sua residência, outros 30% informaram nunca ter recebido. Destaca-se ainda que para 70 % dos entrevistados nunca faltou a medicação necessária para o tratamento, 20% da amostra relatou que os remédios sempre faltam, comprometendo a continuidade do tratamento.

Tabela 3 - Análise do atributo porta de entrada na percepção dos pacientes com tuberculose assistidos nas Unidades Básicas de Saúde, Teresina- PI, 2017.

	n	%
Quando precisa de algum controle de saúde preventivo, qual serviço de saúde procura		
UBS/PACS	14	46,7
UBS	14	46,7
Hospital público	1	3,3
Não se aplica	1	3,3
Qual foi o 1º serviço de saúde que procurou quando começou a ter os sintomas de TB		
UBS/PACS	4	13,3
UBS	7	23,3
Ambulatório de referência	2	6,7
Hospital público	13	43,3
Hospital privado	1	3,3
Pronto-atendimento	2	6,7
Não sabe	1	3,3
Qual foi o serviço de saúde que descobriu que o(a) Sr(a) Estava doente de TB.		
UBS/PACS	2	7,1
UBS	3	10,7
Ambulatório de referência	2	7,1
Hospital público	19	67,9
Hospital privado	1	3,6
Consultório particular	1	3,6

#### 5.1.4 Adesão/ vínculo, elenco de serviços e coordenação

Quando questionados sobre os aspectos relacionados a adesão ao tratamento, 80% dos entrevistados apontaram a família e necessidade de melhorar as condições de vida sempre como incentivos mais relevantes para dar prosseguimento ao tratamento. Dos pacientes entrevistados, 70% afirmaram sempre receber apoio dos familiares, 23 % sempre recebem apoio dos colegas de trabalho, 40% dos amigos e 83,3 % afirmaram receber apoio dos profissionais de saúde.

Com relação ao vínculo formado com os profissionais de saúde, alguns aspectos foram analisados. Dos pacientes entrevistados, 66,7% sempre são atendidos pelos mesmos profissionais de saúde; em caso de dúvidas sobre o tratamento ou estado e saúde, 50% dos pacientes conseguem falar com os profissionais que o acompanham e 80% dos entrevistados afirmaram que sempre são compreendidos em seus questionamentos.

Dentre os pesquisados, 56,7% afirmaram os profissionais de saúde sempre disponibilizam tempo suficiente para esclarecimento de dúvidas e preocupações, 43,3% asseguraram que os médicos e enfermeiros conversam também sobre outros problemas de saúde e 80% dos pacientes informaram que estes profissionais sempre explicam sobre o uso da

medicação e o tratamento para tuberculose. Quando questionados sobre a indicação deste serviço de saúde para um amigo, 66,7 % afirmaram que sempre indicariam a unidade de saúde para outras pessoas.

Os pacientes também foram interrogados quanto ao preconceito sofrido por conta da doença (Tabela 4), e verificou-se que existe uma diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,041$ ) no aspecto preconceito por parte dos amigos, quando comparamos os pacientes do gênero masculino e feminino, indicando que as mulheres sofrem mais preconceito do que os homens.

Tabela 4 - Análise comparativa do preconceito (atributo adesão/vínculo) na percepção dos pacientes com TB assistidos nas Unidades Básicas de Saúde, Teresina- PI, 2017.

Com que frequência o Sr. sente preconceitos por parte:	Masculino		Feminino		p-valor*
	n	%	n	%	
Família					0,296
Sempre	2	33,3	4	66,7	
Às vezes	3	75,0	1	25,0	
Quase nunca	2	100,0	0	0,0	
Nunca	8	47,1	9	52,9	
Colega de trabalho					0,151
Sempre	6	37,5	10	62,5	
Às vezes	1	33,3	2	66,7	
Nunca	2	100,0	0	0,0	
Não se aplica	6	75,0	2	25,0	
Amigos					0,041
Sempre	1	16,7	5	83,3	
Às vezes	6	85,7	1	14,3	
Quase nunca	0	0,0	1	100,0	
Nunca	8	66,7	4	33,3	
Não sabe	0	0,0	1	100,0	
Não se aplica	0	0,0	2	100,0	
Profissionais de saúde da unidade					0,558
Sempre	2	40,0	3	60,0	
Quase nunca	3	75,0	1	25,0	
Nunca	10	50,0	10	50,0	

\*Teste Qui-quadrado de Pearson

Alguns serviços básicos utilizados na condução do tratamento devem ser disponibilizados nas UBSs, sobre estes recursos, 53,3% dos pacientes responderam que sempre recebem o pote de escarro para diagnóstico de TB, 66,7% dos entrevistados já realizaram o exame HIV/AIDS, 43,3% recebem mensalmente o recipiente de escarro para controle da doença e 83,3% sempre realizam consulta mensal de controle. Destaca-se que poucos (6,7%) pacientes

sempre recebem cestas básicas e 93,3% dos doentes nunca recebeu vale transporte para facilitar o deslocamento, indicando a insuficiência de recursos para auxílio dos pacientes em tratamento.

Além da medicação é fundamental que estes pacientes também recebam informações relativas a todos os aspectos envolvidos no processo. Sobre isso verificou-se que apenas 51,7% dos pesquisados sempre recebem informações sobre os sintomas da doença, 58,6% sempre recebem informações sobre a transmissão da tuberculose, 65,5% sempre são informados sobre o tratamento e apenas 13,3% dos pacientes são informados sobre outros temas relativos à saúde. 80% dos entrevistados nunca participou de grupo de doentes com tuberculose na unidade de saúde e apenas 34,5% sempre recebe tratamento supervisionado.

A maior parte dos pacientes (76,7%) relatou que durante as consultas, os profissionais sempre utilizam os prontuários para registrar novos dados, contudo, apenas 46,7% dos entrevistados afirmaram que os resultados dos seus exames estão disponíveis na UBS em caso de necessidade.

Sobre o agendamento das consultas, 73,3% dos entrevistados informaram que sempre são avisados sobre seu retorno a UBS, entretanto, apenas 37,9% sempre conseguem encaminhamento para outros serviços de saúde; e poucos (27,3%) pacientes recebem informações escritas sobre a sua doença para serem levadas a outro serviço de saúde. Destaca-se que uma quantidade reduzida (31,5%) de pacientes retorna às UBSs com a devolutiva do serviço de saúde. Tal situação inviabiliza a discussão do caso e tomada de decisões, assim, apenas 10,5% dos pacientes informaram que discutem com os profissionais de saúde sobre os resultados de exames e/ou consultas.

#### 5.1.5 Enfoque na família e orientação para a comunidade

Quando interrogados sobre a relação da equipe de saúde com a família, 70% dos pacientes informaram que os profissionais de saúde conhecem as pessoas que com quem residem, contudo, apenas 36,7 % dos pacientes afirmaram que foram questionados sobre a presença de sintomas nos familiares.

Observou-se que um número grande de familiares de pacientes entrevistados (33,3%) nunca realizou os exames diagnósticos da tuberculose, poucos familiares sempre conversam (20%) com os profissionais de saúde sobre a doença ou tratamento.

O questionário também avaliou os aspectos preventivos relacionados à comunidade, e verificou-se que apenas 10% dos entrevistados afirmaram que as pessoas que possuem contato com eles (no trabalho ou em instituições de ensino) realizaram os exames diagnósticos para

tuberculose. Dos pacientes entrevistados, 36,7% nunca observou propagandas e campanhas que abordem a tuberculose, 63,3 % dos pacientes nunca observou profissionais de saúde desenvolvendo ações de controle da tuberculose (entrega do pote de escarro) conjuntas com as igrejas, associação de bairro ou outras instituições locais, 60% dos entrevistados também afirmam que nunca observaram os profissionais da UBS solicitarem a participação de pessoas da comunidade para discutir o problema da tuberculose e 73,4% dos pacientes nunca observaram os profissionais da UBS na vizinhança fazendo entrega de pote para coleta de escarro (Tabela 5).

Tabela 5 - Análise do atributo orientação para a comunidade na percepção dos pacientes com TB assistidos nas Unidades Básicas de Saúde, Teresina- PI, 2017.

	n	%
As pessoas que trabalham e/ou estudam com o Sr(a) foram avaliadas com exame de escarro e/ou raio X e/ou PPD* pelos profissionais da unidade		
Nunca	10	34,5
Quase nunca	1	3,4
Quase sempre	2	6,9
Sempre	3	10,3
Não sabe	7	24,1
Não se aplica	6	20,7
O (a) Sr(a) observa propagandas/campanhas/trabalhos educativos realizados pelos profissionais da unidade de saúde para informar a comunidade sobre a TB**		
Nunca	11	36,7
Quase nunca	1	3,3
Às vezes	11	36,7
Quase sempre	1	3,3
Sempre	4	13,3
Não sabe	2	6,7
O (a) Sr. (a) observa que os profissionais da unidade de saúde desenvolvem ações de saúde com as Igrejas, Associações de Bairro, etc. para entrega do pote para coleta de escarro		
Nunca	19	63,3
Quase nunca	4	13,3
Às vezes	2	6,7
Sempre	1	3,3
Não sabe	4	13,3
O (a) Sr.(a) observa que os profissionais da unidade de saúde solicitam a participação de alguém da comunidade para discutir o problema da TB**		
Nunca	18	60
Quase nunca	4	13,3
Às vezes	2	6,7
Sempre	2	6,7
	Continua...	

	Continuação	
	n	%
Não sabe	4	13,3
O (a) Sr.(a) observa visitas dos profissionais da unidade de saúde na sua vizinhança, para a entrega do pote para coleta de escarro		
Nunca	22	73,4
Às vezes	1	3,3
Quase sempre	1	3,3
Sempre	1	3,3
Não sabe	4	13,3
Não se aplica	1	3,3

\*PPD: *Purified Protein Derivative*

\*\* TB: Tuberculose

5.1.6 Análise dos atributos da atenção básica segundo os escores obtidos a partir dos pacientes.

Na Tabela 6 foram avaliados separadamente os atributos da atenção básica, utilizando o cálculo dos escores obtidos a partir dos dados dos pacientes. Observa-se que alguns atributos foram classificados como insatisfatórios, pois atingiram escores abaixo do escore geral (6,6).

Os atributos com pior classificação foram porta de entrada e orientação para a comunidade. O primeiro obteve um escore médio de 3,58 com desvio padrão de  $\pm 2,31$ , e o atributo orientação para a comunidade atingiu o escore médio de 1,93 com desvio padrão de  $\pm 2,03$ , que pode ser compreendido como baixa orientação para as ações de controle da tuberculose na atenção básica.

Destaca-se que os atributos acesso ao diagnóstico (escore médio 5,79 e DP  $\pm 1,86$ ), acesso ao tratamento (escore médio 6,02 e DP  $\pm 1,97$ ), elenco de serviços (escore médio 5,77 e DP  $\pm 1,61$ ) e enfoque na família (escore médio 6,20 e DP  $\pm 2,68$ ) também obtiveram escores abaixo do escore geral. O atributo que melhor foi avaliado segundo os pacientes foi adesão/vínculo que obteve um escore médio de 8,03 com desvio padrão de  $\pm 1,45$ .

Tabela 6 - Análise dos atributos da atenção primária segundo os escore dos pacientes com tuberculose. Teresina, PI, 2017.

Atributos	Escore Mínimo	Escore Máximo	Escore médio	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação (CV%)
Saúde do caso confirmado de TB	1,25	10,00	6,94	2,37	34,16
Porta de entrada	0,00	10,00	3,58	2,31	64,60
Acesso ao diagnóstico	1,82	9,64	5,79	1,86	32,22
Acesso ao tratamento	2,22	10,00	6,02	1,97	32,70

Continua...

					Continuação
Adesão/Vínculo	4,89	10,00	8,03	1,45	18,06
Atributos	Escore Mínimo	Escore Máximo	Escore médio	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação (CV%)
Elenco de serviços	3,04	9,44	5,77	1,61	27,97
Coordenação	3,50	10,00	6,92	1,66	23,93
Enfoque na família	0,63	10,00	6,20	2,68	43,23
Orientação para a comunidade	0,00	6,00	1,93	2,03	104,79
Escore Total	4,31	9,14	6,37	1,21	19,00

Na tabela abaixo (Tabela 7) observa-se diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes informantes nos atributos acesso ao diagnóstico ( $p=0,007$ ), adesão/vínculo ( $p=0,002$ ), elenco de serviços ( $p=0,006$ ), coordenação ( $p=0,003$ ) e enfoque na família ( $p<0,001$ ).

Tabela 7 - Análise dos atributos da atenção primária classificados segundo o Escore Geral na percepção dos pacientes com TB assistidos nas Unidades Básicas de Saúde, Teresina- PI, 2017.

Atributos	Escore Geral		p-valor*
	Baixo ( $\leq 6,6$ )	Alto ( $> 6,6$ )	
Saúde do caso confirmado de TB	6,52 (5,41 - 7,61)	7,31 (4,51 - 10,11)	0,477
Porta de entrada	3,49 (2,13 - 4,84)	3,93 (2,88 - 4,97)	0,693
Acesso ao diagnóstico	4,93 (4,32 - 5,49)	6,9 (5,63 - 8,22)	<b>0,007</b>
Acesso ao tratamento	5,49 (4,69 - 6,29)	6,55 (4,09 - 9,01)	0,232
Adesão/Vínculo	7,31 (6,71 - 7,92)	9,07 (8,27 - 9,87)	<b>0,002</b>
Elenco de serviços	5,25 (4,65 - 5,79)	7,13 (5,89 - 8,21)	<b>0,006</b>
Coordenação	6,20 (5,58 - 6,78)	8,27 (7,08 - 9,44)	<b>0,003</b>
Enfoque na família	5,02 (3,82 - 6,21)	8,97 (8,03 - 9,91)	<b>&lt;0,001</b>
Orientação para a comunidade	1,44 (0,73 - 2,16)	3,25 (1,42 - 4,99)	0,104

\*Teste T de Student para médias; Média (Intervalo de confiança de 95%)

## 5.2 Profissionais de Saúde

### 5.2.1 Porta de entrada, acesso ao diagnóstico e acesso ao tratamento

Foram entrevistados quarenta e seis (46) profissionais de saúde, sendo 14 médicos e 32 enfermeiros, que avaliaram os atributos da atenção básica no manejo da TB. Na perspectiva 78,2% dos profissionais de saúde entrevistados, quando os usuários necessitam de algum serviço de saúde preventivo eles procuram as UBSs. E 69,5% dos profissionais afirmaram que o primeiro serviço de saúde que o usuário procura ao iniciar os sintomas da tuberculose foram



as UBSs.

Ao serem questionados sobre tempo de demora para conseguir uma consulta na UBS, 76,1% dos profissionais de saúde informaram que o tempo médio é de 24 horas e 63% afirmaram que o paciente procura uma única vez a unidade de saúde para conseguir atendimento. Contudo, 41,3% da amostra profissionais de saúde informou que é necessário que o usuário, que já apresenta os sintomas da doença, procure a UBS 2 vezes para então ser feito o diagnóstico de TB.

O tempo médio para ser feito o diagnóstico de TB, na opinião de 32,6% dos médicos e enfermeiros entrevistados, é de 2 semanas. E para realização da consulta de diagnóstico na unidade de saúde, na opinião de 42,5% dos profissionais entrevistados, os usuários quase sempre procuram a unidade de saúde mais próxima de suas casas (Tabela 8).

Verificou-se uma discrepância grande nos dados sobre o uso do telefone para obtenção de informações ou marcação de consulta. Na opinião de 41,3% dos entrevistados os pacientes nunca têm dificuldade para se deslocarem até a unidade de saúde 30,4 % informaram que às vezes estes pacientes necessitam de algum tipo de transporte motorizado para fazer a consulta de diagnóstico. E metade (50%) dos profissionais entrevistados relataram que às vezes os pacientes precisam perder o turno de trabalho ou compromisso para comparecer a consulta agendada.

Na opinião 60,9% dos profissionais de saúde que participaram do estudo os pacientes sempre conseguem marcar consulta no prazo de 24 horas para tratar dos problemas relacionados ao tratamento e sempre realizam visitas domiciliares aos pacientes com diagnóstico de TB.

Com relação ao deslocamento até a unidade de saúde para realização de consultas, 60,8% dos médicos e enfermeiros interrogados informaram que nunca ou quase nunca os pacientes apresentam dificuldades e 32,6%, relataram que às vezes os pacientes precisam utilizar algum transporte motorizado para fazer este deslocamento.

Tabela 8 - Análise do atributo acesso ao diagnóstico na percepção dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, Teresina- PI, 2017.

	n	%
Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB, quanto tempo demora para conseguir consulta		
1 dia - 24 horas	35	76,1
2 dias	2	4,3
3 dias	2	4,3
5 ou mais dias	6	13,0
		Continua...

	Continuação	
	n	%
Não se aplica	1	2,2
Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para conseguir atendimento		
1 vez	29	63,0
2 vezes	7	15,2
4 vezes	2	4,3
5 ou mais vezes	7	15,2
Não se aplica	1	2,2
Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para realizar o diagnóstico de TB		
1 vez	14	30,4
2 vezes	19	41,3
3 vezes	3	6,5
4 vezes	1	2,2
5 ou mais vezes	8	17,4
Não se aplica	1	2,2
Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quanto tempo leva para receberem o diagnóstico de TB		
1 semana	14	31,1
2 semanas	15	32,6
3 semanas	6	13,3
4 semanas	7	15,6
5 ou mais semanas	4	8,9
Para consulta de diagnóstico de TB, os usuários procuram a unidade de saúde mais próxima da casa deles		
Quase nunca	3	6,5
Às vezes	7	15,2
Quase sempre	20	43,4
Sempre	16	34,7

### 5.2.2 Vínculo, elenco de serviços e coordenação

Quando questionados sobre o atributo vínculo, vários aspectos foram analisados e identificou-se que, 65,2% dos profissionais entrevistados responderam que os pacientes sempre são examinados pelos mesmos profissionais, 88,9 % afirmaram que sempre estão disponíveis para responder as dúvidas dos pacientes e procuram responder de forma clara, disponibilizando tempo suficiente para que os pacientes explicitem bem suas preocupações. Contudo, 57,8% dos entrevistados afirmou sempre conversar com seus pacientes sobre outros problemas de saúde.

Durante as consultas, 86,7 % dos profissionais afirmaram que sempre informam aos pacientes quanto a medicação a ser utilizada no tratamento, mas apenas 46% confirmaram que

os pacientes sempre aceitam o tratamento proposto, indicando a resistência de muitos pacientes em aderir corretamente à terapêutica prescrita. Tal situação é favorável ao abandono do tratamento, ou instauração de um crescente número de doentes multidroga-resistentes. Na percepção de 42,2% dos profissionais os doentes sempre precisam de incentivos para dar continuidade a terapêutica necessária, sobre tudo porque estes pacientes às vezes sofrem preconceito por parte da família (31,6%), colegas de trabalho (42,5%) e amigos (52,5%).

Com relação ao elenco de serviços, observou-se que grande parte dos profissionais de saúde informou que estão sempre disponíveis nas UBSs o pote para exame de escarro (47,8%) e exame para HIV/AIDS (95,6%), contudo a disponibilidade de outros recursos que favorecem a adesão ao tratamento é menos frequente, como cestas básicas (19%) e vale-transporte (2,2%). 93% dos entrevistados também confirmaram que sempre disponibilizam as consultas mensais de controle e informações sobre os sintomas (81,4%) e transmissão da TB (76,7%).

Quando questionados sobre outras práticas desenvolvidas para o controle do agravo, 44,4% dos pesquisados informaram que sempre realizam visitas domiciliares e 34,1% efetuam as visitas para realização do tratamento supervisionado. 47,7% dos profissionais confirmaram que nunca ocorreu a formação de grupos de doentes de TB para dar suporte aos usuários e apenas 40% dos pacientes realiza tratamento supervisionado.

Sobre o atributo coordenação foi verificado que 93,5% dos profissionais de saúde confirmaram a utilização dos prontuários durante as consultas, e foram unânimes em afirmar que fazem o registro das queixas dos doentes nos prontuários. Também relataram que sempre disponibilizam os exames dos doente (87%) e sempre fazem o comunicado dos agendamentos de consultas (93,5%).

Sobre os serviços de referência e contrarreferência, 60% dos informantes relataram que sempre conseguem fazer o encaminhamento para outro serviço de saúde, 63% afirmaram que sempre auxiliam na marcação da consulta e 54,3% sempre fornecem informações escritas sobre a situação de saúde dos pacientes para serem levadas ao outro serviço de saúde. Entretanto, apenas 25% dos profissionais de saúde afirmaram receber informações escritas sobre o serviço prestado na outra unidade de saúde, indicando falhas significativas na contrarreferência.

### 5.2.3 Enfoque na família, orientação para a comunidade e formação profissional

Com relação a atenção prestada a família do doente, importante suporte no manejo da TB, identificou-se que 71,7% dos profissionais sempre questionam sobre as condições de vida das pessoas que residem com o paciente, mas apenas 52,2% afirmaram conhecê-los. Dos

informantes, 89,1% questionam sobre a manifestação dos sintomas da TB entre os membros da família. Contradizendo a informação acima (sobre conhecer os membros da família), 65,2% dos profissionais disseram que sempre conversam com os familiares sobre a doença e seus sintomas (Tabela 09).

Analisando o atributo orientação para a comunidade, verifica-se que um número restrito (21,7%) de profissionais sempre solicita exames para os contatos dos doentes (trabalho/ estudo). Também se constatou que o desempenho de atividades educativas na comunidade é muito limitado, pois apenas 23% sempre realizam campanhas sobre a TB, e poucos (10,9%) possuem a preocupação em sempre desenvolver ações de saúde integrando igrejas e associação de bairros para sintomáticos respiratórios.

No geral, observou-se que o atributo formação profissional foi bem avaliado. 80,5% dos profissionais entrevistados afirmaram atuar em ações de controle da TB há 4 anos ou mais e 60% receberam treinamento específico para desempenhar esta função, assim 55,6% sentem-se qualificados para atuar no controle da TB.

Tabela 9 - Análise do atributo enfoque familiar na percepção dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, Teresina- PI, 2017.

	n	%
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		
Às vezes	3	6,5
Quase sempre	10	21,7
Sempre	33	71,7
Os profissionais conhecem as pessoas que moram com o doente de TB e/ou a sua família		
Às vezes	4	8,7
Quase sempre	18	39,1
Sempre	24	52,2
Durante as consultas, os profissionais pedem informações sobre enfermidades das pessoas que moram com o doente de TB e/ou da sua família		
Quase nunca	1	2,2
Às vezes	6	13,0
Quase sempre	6	13,0
Sempre	33	71,7
Os profissionais questionam os doentes de TB se as pessoas que moram com ele e/ou sua família apresentam sintomas da doença		
Às vezes	1	2,2
Quase sempre	4	8,7
Sempre	41	89,1
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		

Continua...

	Continuação	
	n	%
Às vezes	1	2,2
Quase sempre	9	19,5
Sempre	36	78,3
Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre a doença		
Às vezes	6	13,0
Quase sempre	10	21,7
Sempre	30	65,2
Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre o tratamento da doença		
Às vezes	5	10,9
Quase sempre	11	23,9
Sempre	30	65,2
Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre outros problemas de saúde		
Às vezes	12	26,1
Quase sempre	14	30,4
Sempre	20	43,5

5.2.4 Análise dos atributos da atenção básica segundo os escores obtidos a partir dos profissionais de saúde.

A avaliação dos atributos da atenção primária segundo os profissionais de saúde está apresentada na tabela 10. Observa-se que os atributos com pior classificação também foram porta de entrada e orientação para a comunidade. O primeiro obteve um escore médio de 2,96 com desvio padrão de  $\pm 1,98$ , e o atributo orientação para a comunidade atingiu o escore médio de 5,55 com desvio padrão de  $\pm 2,20$ , sugerindo fragilidade destes serviços da atenção básica. Destacamos que os atributos vínculo (escore médio 8,03 e DP  $\pm 1,03$ ), coordenação (escore médio 8,93 e DP  $\pm 0,89$ ), enfoque na família (escore médio 8,91 e DP  $\pm 1,13$ ) e formação profissional (escore médio 8,09 e DP  $\pm 1,73$ ) foram os melhores avaliados, indicando alta orientação dos serviços da atenção básica para o controle da tuberculose.

Analisando a Tabela 11, observa-se diferenças estatisticamente significativas entre os dados informados pelos profissionais de saúde nos atributos acesso ao diagnóstico ( $p=0,003$ ), acesso ao tratamento ( $p=0,002$ ), elenco de serviços ( $p=0,005$ ), coordenação ( $p=0,002$ ), enfoque na família ( $p=0,004$ ), orientação para a comunidade ( $p=0,005$ ) e formação profissional ( $p=0,001$ ). Isso indica que os profissionais entrevistados possuem opiniões discrepantes em relação a grande maioria dos atributos da atenção primária.

Tabela 10 - Análise dos atributos da atenção primária segundo os escores dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde. Teresina, PI, 2017.

Atributos	Escore Mínimo	Escore Máximo	Escore médio	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação (CV%)
Porta de entrada	0,00	10,00	2,96	1,98	66,79
Acesso ao diagnóstico	3,33	10,00	6,66	1,56	23,38
Acesso ao tratamento	2,50	10,00	7,11	1,51	21,21
Vínculo	5,31	10,00	8,03	1,03	12,83
Elenco de serviço	3,91	10,00	7,45	1,28	17,20
Coordenação	6,88	10,00	8,93	0,89	10,03
Enfoque da família	6,25	10,00	8,91	1,13	12,66
Orientação para a comunidade	1,50	10,00	5,55	2,20	39,66
Formação profissional	4,69	10,00	8,09	1,73	21,39
Escore Total	6,04	9,32	7,59	0,81	10,67

Tabela 11 - Análise dos atributos da atenção primária classificados segundo o escore geral na percepção dos profissionais de saúde atuantes nas Unidades Básicas de Saúde, Teresina- PI, 2017.

Atributos	Escore Geral		p-valor*
	Baixo( $\leq 6,6$ )	Alto ( $> 6,6$ )	
Porta de entrada	3,25 (1,17 - 5,33)	2,92 (2,29 - 3,57)	0,734
Acesso ao diagnóstico	4,75 (3,32 - 6,20)	6,89 (6,43 - 7,34)	<b>0,003</b>
Acesso ao tratamento	6,0 (5,35 - 6,65)	7,25 (6,76 - 7,73)	<b>0,002</b>
Vínculo	7,46 (6,67 - 8,25)	8,09 (7,76 - 8,42)	0,198
Elenco de serviços	5,99 (4,68 - 6,82)	7,63 (7,26 - 7,98)	<b>0,005</b>
Coordenação	7,79 (6,88 - 8,75)	9,06 (8,80 - 9,30)	<b>0,002</b>
Enfoque da família	7,56 (6,76 - 8,35)	9,07 (8,73 - 9,61)	<b>0,004</b>
Orientação para a comunidade	3,0 (1,42 - 4,58)	5,86 (5,20 - 6,52)	<b>0,005</b>
Formação profissional	5,81 (4,83 - 6,78)	8,36 (7,85 - 8,87)	<b>0,001</b>

\*Teste T de Student para médias; Média (Intervalo de confiança de 95%)

### 5.3 Gestores

#### 5.3.1. Porta de entrada, acesso ao diagnóstico e acesso ao tratamento

Foram entrevistados 26 coordenadores de Unidades Básicas de Saúde, e verificou-se algumas discordâncias em relação à percepção dos profissionais de saúde e, principalmente, em relação a opinião dos usuários. Tal fato se evidencia inicialmente na análise do atributo porta de entrada, onde 84% dos gestores entrevistados acreditam que os pacientes procuram as UBSs ao apresentar os sintomas da TB.

Quanto ao acesso para realização do diagnóstico da doença, 65% dos gestores informaram que o doente demora em média 1 dia para conseguir consulta, 46% relataram ser necessária apenas 1 visita à UBS para realização do diagnóstico, e não demoram mais do que 1

semana para se chegar a conclusão diagnóstica.

Dentre os gestores entrevistados, 32% informaram que os usuários nunca demoram mais 60 minutos para serem atendidos e 28% disseram que os pacientes não têm dificuldades para obtenção de informações por telefone. 40% relataram que os pacientes não apresentam dificuldades para se deslocarem até a UBS e 33,3% afirmaram que os doentes precisam gastar dinheiro com este deslocamento.

Ao analisar-se o atributo acesso ao tratamento, constatou-se que 69,2% dos gestores entrevistados informaram que quando os pacientes passam mal por causa da medicação sempre conseguem uma consulta no prazo de 24 horas. Destacamos que a metade dos coordenadores informou sempre conseguir obter informações por telefone, embora este recurso não seja habitualmente utilizado para a marcação de consulta (24%). Com relação a realização de visitas domiciliares, 69,2% afirmaram ser uma prática sempre executada pelos profissionais de saúde (Tabela 12).

Tabela 12 - Análise do atributo acesso ao tratamento na percepção dos gestores das Unidades Básicas de Saúde, Teresina- PI, 2017.

	n	%
Se os doentes em tratamento passarem mal por causa da medicação ou da TB, conseguem uma consulta médica no prazo de 24 horas		
Nunca	1	4
Às vezes	3	12
Quase sempre	4	16
Sempre	18	69,2
Durante o tratamento, os doentes de TB conseguem obter informações por telefone na unidade de saúde		
Nunca	2	8
Quase nunca	1	4
Às vezes	4	16
Quase sempre	3	12
Sempre	13	50
Não se aplica	3	12
Durante o tratamento, os doentes de TB conseguem marcar consulta por telefone na unidade de saúde		
Nunca	1	4
Quase nunca	1	4
Às vezes	5	20
Quase sempre	4	16
Sempre	6	24
Não se aplica	9	34,6

Continua...

	Continuação	
	n	%
Os profissionais realizam visitas domiciliares aos doentes de TB		
Nunca	1	4,2
Quase nunca	2	8,3
Quase sempre	5	20,8
Sempre	18	69,2
Qual a frequência em que os doentes de TB tratados nesta unidade de saúde pertencem à área adscrita		
Quase nunca	2	9,1
Quase sempre	5	22,7
Sempre	16	61,5
Não se aplica	3	13,6

### 5.3.2 Vínculo, elenco de serviços e coordenação

Os gestores avaliaram positivamente o vínculo estabelecido entre usuários e equipe de saúde, afirmando que os pacientes de TB sempre são examinados pelos mesmos profissionais (73,1%), tiram suas dúvidas (80,8%) e sempre são compreendidos pelos profissionais que o atendem (84,6%). Grande parte dos gestores também afirmou que durante a consulta os profissionais sempre respondem aos questionamentos de forma clara (80,8%), disponibilizam tempo suficiente para que os pacientes explicitem suas preocupações (88,5) e repassem as informações sobre o uso da medicação (88,5%).

Os gestores acreditam que os serviços oferecidos na UBS atendem as expectativas dos usuários, contudo o tratamento às vezes (36%) não é aceito por parcela dos doentes, o que evidencia a dificuldade de adesão à terapêutica.

A maioria dos entrevistados (52%) afirma que os pacientes precisam de incentivos para dar continuidade ao tratamento e quase sempre sofrem com algum tipo de preconceito oriundo de amigos (31,3%) e colegas de trabalho (31,3%).

Com relação a coordenação dos serviços desenvolvidos na UBSs, constata-se uma avaliação positiva por parte os gestores, pois afirmaram que os profissionais sempre utilizam o prontuário dos pacientes durante as consultas (96,2%), registram as queixas (88,5%), e os resultados dos exames sempre estão disponíveis para os pacientes (80%). Com relação aos serviços de referência, informaram que os doentes sempre são comunicados sobre os agendamentos (92,3%) e sempre coseguem ser encaminhados para outros serviços de saúde (80,8%). Os profissionais de saúde sempre auxiliam na marcação das consultas (61,5%) e os pacientes sempre recebem o comprovate do agendamento (88,5%) (Tabela 13).



Os gestores também afirmaram que quando ocorre o encaminhamento dos pacientes, os profissionais fornecem informações por escrita para serem entregues no serviço referido, mas apenas 50% afirmaram que os pacientes trazem informações escritas sobre a consulta realizada no outro serviço, dificultando as ações de contrarreferência. Assim, apenas 53,8% dos coordenadores afirmaram que os profissionais sempre discutem sobre os resultados das consultas realizadas em outro serviço, embora 65,4% dos profissionais demonstrem preocupação com relação à assistência prestada no outro serviço de saúde (Tabela 13).

Tabela 13 - Análise do atributo coordenação na percepção dos gestores das Unidades Básicas de Saúde, Teresina- PI, 2017.

	n	%
Os profissionais utilizam prontuários quando estão examinando os doentes de TB		
Quase sempre	1	3,8
Sempre	25	96,2
As queixas dos doentes de TB são registradas nos prontuários		
Quase sempre	2	7,7
Sempre	23	88,5
Não se aplica	1	3,8
Os resultados dos exames dos doentes de TB ficam disponíveis para o doente na unidade de saúde		
Nunca	1	4,0
Quase nunca	1	4,0
Às vezes	1	4,0
Quase sempre	2	8,0
Sempre	20	80,0
Os doentes de TB são comunicados sobre os agendamentos das consultas de retorno na unidade de saúde		
Quase sempre	2	7,7
Sempre	24	92,3
Quando os doentes apresentam algum outro problema de saúde, conseguem ser encaminhados para outro serviço de saúde		
Quase sempre	5	19,2
Sempre	21	80,8
Quando os doentes precisam ser encaminhados para outros serviços, os profissionais discutem com eles ou indicam os possíveis locais de atendimento		
Quase nunca	1	3,8
Às vezes	1	3,8
Quase sempre	5	19,2
Sempre	19	73,1
Quando os doentes de TB são encaminhados para algum especialista, os profissionais da unidade de saúde ajudam a marcar a consulta		
Nunca	1	3,8
Quase nunca	2	7,7

Continua...

	Continuação	
	n	%
Às vezes	3	11,5
Quase sempre	3	11,5
Sempre	16	61,5
Não se aplica	1	3,8
Quando a consulta é agendada em outro serviço de saúde, o doente recebe comprovante de que a consulta foi marcada		
Quase nunca	1	3,8
Quase sempre	2	7,7
Sempre	23	88,5
Quando os doentes de TB são encaminhados para outros serviços de saúde, os profissionais da unidade fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido		
Quase nunca	2	8,0
Às vezes	2	8,0
Quase sempre	4	16,0
Sempre	17	68,0
Quando os doentes de TB retornam à unidade de saúde, trazem informações escritas sobre a consulta realizada no outro serviço		
Quase nunca	2	7,7
Às vezes	1	3,8
Quase sempre	8	30,8
Sempre	13	50,0
Não se aplica	2	7,7
Os profissionais da unidade de saúde discutem com os doentes de TB os resultados da consulta realizada no outro serviço		
Às vezes	4	15,4
Quase sempre	6	23,1
Sempre	14	53,8
Não se aplica	2	7,7
Os profissionais da unidade de saúde se preocupam com a assistência prestada por outros serviços aos doentes de TB		
Quase nunca	1	3,8
Quase sempre	7	26,9
Sempre	17	65,4
Não se aplica	1	3,8

### 5.3.3 Enfoque na família, orientação para a comunidade e formação profissional

Analisando o atributo enfoque familiar, na percepção dos gestores, observou-se que os profissionais sempre (73,1%) questionam sobre as condições de vida das pessoas que residem com o doente e interrogam sobre suas enfermidades, embora apenas 46,1% dos profissionais de saúde conhecem realmente estes familiares.

Durante as consultas, 76,9% dos gestores acreditam que sempre os profissionais

questionam os doentes sobre a manifestação dos sintomas da TB entre os membros da família ou pessoas que moram com ele, mas apenas 52% destes profissionais sempre solicitam os exames diagnósticos. 65,4% dos gestores afirmaram que os profissionais sempre conversam com a família sobre a doença e 61,5%, sobre seu tratamento.

Com relação as ações de orientação para a comunidade, apenas 12% dos coordenadores afirmaram que os profissionais sempre solicitam exames para as pessoas que estudam ou trabalham com o doente. Embora 46,2% dos gestores afirmem que a equipe de saúde realiza campanhas ou trabalhos educativos voltados para a comunidade, apenas 26,9 % desenvolvem ações para identificar sintomáticos respiratórios, indicando que a busca ativa e as ações educativas ainda ocorrem de modo precário (Tabela 14).

Tabela 14 - Análise do atributo orientação para a comunidade na percepção dos gestores das Unidades Básicas de Saúde, Teresina- PI, 2017.

	n	%
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		
Nunca	4	16,0
Quase nunca	6	24,0
ÀS vezes	7	28,0
Quase sempre	2	8,0
Sempre	3	12,0
Não se aplica	3	12,0
Os profissionais realizam propagandas/campanhas/ trabalhos educativos, para informar à comunidade sobre a TB		
Nunca	1	3,8
Quase nunca	2	7,7
ÀS vezes	4	15,4
Quase sempre	6	23,1
Sempre	12	46,2
Não se aplica	1	3,8
Os profissionais desenvolvem ações de saúde com igrejas e associações de bairro para identificar sintomáticos respiratórios		
Nunca	2	7,7
Quase nunca	2	7,7
ÀS vezes	5	19,2
Quase sempre	4	15,4
Sempre	7	26,9
Não se aplica	6	23,1
Os profissionais solicitam a participação de um representante da comunidade para discutir o problema da TB		
Nunca	5	20,0
Quase nunca	3	12,0

Continua...

	Continuação	
	n	%
Às vezes	3	12,0
Quase sempre	3	12,0
Sempre	7	28,0
Não se aplica	4	16,0
Os profissionais realizam busca de sintomáticos respiratórios na comunidade		
Nunca	3	11,5
Quase nunca	3	11,5
Às vezes	3	11,5
Quase sempre	5	19,3
Sempre	9	34,7
Não se aplica	3	11,5

Destaca-se que o atributo formação profissional não obteve uma avaliação satisfatória na opinião dos coordenadores da UBSs, pois apenas 23,8% afirmaram que o tema TB foi abordado durante sua formação profissional, apenas 20% tiveram disciplinas ou estágios que proporcionassem uma vivência com a temática TB e quase metade dos entrevistados (42,8%) nunca recebeu treinamento para atuar nas ações de controle da tuberculose.

5.3.4 Análise dos atributos da atenção básica segundo os escores obtidos a partir dos gestores.

A Tabela 15 apresenta os escores relativos as avaliações dos gestores para cada atributo da atenção primária. Considera-se que os atributos com pior classificação foram porta de entrada, orientação para a comunidade e formação profissional. O primeiro obteve um escore médio de 2,10 com desvio padrão de  $\pm 1,79$ , sendo esta a avaliação mais negativa do item porta de entrada, quando comparada com a opinião dos profissionais de saúde e pacientes. O atributo orientação para a comunidade atingiu o escore médio de 6,26 com desvio padrão de  $\pm 2,71$  e formação profissional obteve o escore médio de 6,15 com desvio padrão de 2,11, sugerindo fragilidade destes atributos da atenção básica. Destacamos que o atributo coordenação (escore médio 8,93 e DP  $\pm 0,89$ ), foi o melhor avaliado pelos coordenadores da UBSs, indicando alta orientação dos serviços da atenção básica para o controle da tuberculose.

Tabela 15 - Análise dos atributos da atenção primária segundo os escores dos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde. Teresina, PI, 2017.

Atributos	Escore Mínimo	Escore Máximo	Escore médio	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação (CV%)
Porta de entrada	0,00	7,50	2,10	1,79	85,43
Acesso ao diagnóstico	2,73	10,00	6,53	1,77	27,04
Acesso ao tratamento	4,32	10,00	7,09	1,29	18,18
Vínculo	5,45	10,00	8,51	1,12	13,17
Elenco de serviço	3,83	10,00	8,16	1,44	17,71
Coordenação	7,08	10,00	9,11	0,90	9,92
Enfoque da família	5,94	10,00	8,97	1,11	12,33
Orientação para comunidade	0,00	10,00	6,26	2,71	43,35
Formação profissional	2,50	10,00	6,15	2,11	34,27
Escore Total	5,89	9,43	7,65	0,93	12,16

Analisando a tabela abaixo verifica-se diferenças estatisticamente significativas entre os escores dos gestores nos atributos acesso ao diagnóstico ( $p=0,002$ ), acesso ao tratamento ( $p=0,012$ ), vínculo ( $p<0,001$ ), elenco de serviços ( $p<0,001$ ) e enfoque na família ( $p<0,001$ ). Estes dados sugerem que as informações prestadas pelos gestores entrevistados possuem apresentam discrepâncias significativas em relação aos atributos da atenção primária citados acima (Tabela 16).

Tabela 16 - Análise dos atributos da atenção primária classificados segundo o escore geral na percepção dos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde, Teresina- PI, 2017.

Atributos	Escore Geral		p-valor*
	Baixo ( $\leq 6,6$ )	Alto ( $> 6,6$ )	
Porta de entrada	2,08 (0,00 - 5,00)	1,88 (1,07 - 2,69)	0,835
Acesso ao diagnóstico	4,97 (3,79 - 6,08)	7,25 (6,61 - 7,86)	<b>0,002</b>
Acesso ao tratamento	6,01 (5,23 - 6,62)	7,38 (6,87 - 7,93)	<b>0,012</b>
Vínculo	7,20 (6,30 - 7,96)	9,02 (8,58 - 9,42)	<b>&lt;0,001</b>
Elenco de serviço	6,24 (5,08 - 7,24)	8,89 (8,37 - 9,31)	<b>&lt;0,001</b>
Coordenação	8,47 (7,29 - 9,51)	9,45 (9,24 - 9,66)	0,137
Enfoque da família	7,60 (6,72 - 8,35)	9,44 (9,07 - 9,78)	<b>&lt;0,001</b>
Orientação para a comunidade	4,83 (2,21 - 7,28)	6,84 (5,50 - 8,07)	0,158
Formação profissional	4,62 (3,14 - 6,21)	6,51 (5,38 - 7,57)	0,075

\*Teste T de Student para médias; Média (Intervalo de confiança de 95%)

## 6. DISCUSSÃO

A discussão deste estudo foi organizada em dez (10) subcapítulos que abordam separadamente os atributos avaliados pelo questionário PCA Tool. Em cada subcapítulo discutiu-se os resultados obtidos segundo a percepção dos pacientes com diagnóstico de tuberculose, assistidos nas UBSs da cidade de Teresina -PI, profissionais de saúde que atuam nas UBSs e seus gestores, buscando evidenciar opiniões comuns e divergentes sobre a avaliação da assistência prestada aos pacientes em tratamento de tuberculose.

### 6.1 Informações sócio-demográficas e estado de saúde dos pacientes

A tuberculose é considerada um problema de saúde pública que merece atenção especial em decorrência de seus agravos e complicações; que por sua vez tem um grande impacto em relação a vida pessoal e social do indivíduo. Dada as peculiaridades dos pacientes diagnosticados com TB (vulnerabilidade sócio-econômica, etilismo, toxicodependência e presença comorbidades), torna-se imperativo conhecer a realidade sociodemográfica e a situação de saúde destes doentes, no intuito de fortalecer as ações de assistência à saúde do paciente e articular as ações coletivas dos órgãos competentes (SILVA et al., 2014).

Neste estudo verificamos equilíbrio em alguns aspectos analisados, como o gênero estado civil, consumo de álcool e fumo. Mas destacamos que considerável parte dos entrevistados, possuem as atividades domésticas como ocupação principal, não recebem nenhum benefício do governo e ainda apresentam baixa ou nenhuma escolaridade. O estudo de Braga et al. (2012) concorda parcialmente com os achados desta pesquisa. Pois, ao entrevistar 92 pacientes com TB em Manaus (AM) e Fortaleza (CE), concluiu que a maioria dos portadores é homem, pertence as classes econômicas baixas, estudou em média 6,7 anos, é tabagista e etilista. Supõe-se que as discordâncias ocorreram, sobretudo, pela influência que o gênero possui sobre o comportamento relacionado ao etilismo, tabagismo e escolaridade, visto que parte considerável dos entrevistados no presente estudo é do gênero feminino.

Outros estudos também corroboram quanto as características sociodemográficas dos pacientes, apontando que a maioria dos doentes é do gênero masculino, encontram-se desempregados ou aposentados, possuem baixa escolaridade e frequentemente fazem uso de álcool, drogas ilícitas ou fumo. Tal perfil comportamental nos leva a refletir sobre as estratégias-chave para o enfrentamento deste agravo, com vistas a alcançar sobretudo aqueles que estão mais susceptíveis à patologia (CALIARI; FIGUEIREDO, 2012; COSTA et al., 2015).

As condições de pobreza e de exclusão social enfrentadas pelos doentes, podem ser consideradas como uma problemática maior, que transcende à responsabilidade da equipe de saúde. Apesar da disposição em resolver o problema de saúde, o profissional esbarra em dificuldades maiores que permeiam o universo do paciente, envolvendo muitas vertentes como a social, cultural e econômica. Por isso, os fatores que abrangem a ocorrência da TB são considerados complexos, por incluir não apenas as características relacionadas ao paciente, como também da própria organização da assistência à saúde e aspectos socioeconômicos (SÁ et al., 2012).

## 6.2 Porta de entrada

Os serviços da Atenção Básica Saúde (ABS) devem funcionar prioritariamente como porta de entrada para as necessidades de saúde da população; e este primeiro contato dentro do sistema de saúde é compreendido como estratégia fundamental para a descentralização das ações de controle da tuberculose (STARFIELD, 2002).

No entanto, é importante ressaltar, que na presente pesquisa, a porta de entrada foi o atributo que recebeu pior avaliação, tanto pelos pacientes, quanto pelos profissionais de saúde e gestores entrevistados, apresentando um escore médio bem inferior ao escore geral. Desse modo, este estudo confirma os achados de outras pesquisas, que mostram que os serviços de ABS não são os primeiros procurados pelos pacientes com TB e nem o primeiro a apresentar-se eficaz para a comprovação diagnóstica (SÁ et al., 2015; OLIVEIRA et al. 2011; ANDRADE et al., 2016).

No estudo realizado por Sá et al. (2015), foram entrevistados 91 idosos com diagnóstico de TB residentes em sete municípios brasileiros distribuídos na região Sudeste, Sul e Nordeste. Os resultados encontrados indicam que os serviços da atenção básica ainda apresentam limitações para atuar como porta de entrada no sistema de saúde, demonstrando déficits nos quesitos relacionados à suspeição de casos de TB em idosos, o que acaba por comprometer o diagnóstico precoce da doença.

Na pesquisa desenvolvida por Oliveira et al. (2011), realizada com cem (n=100) pacientes com diagnóstico de TB, também identificou falhas na porta de entrada, pois observou que ainda há uma grande porcentagem de doentes (34%) que busca por serviços de nível secundário e terciário para realizar a primeira consulta, e o diagnóstico de grande parte dos doentes foi realizado em pronto atendimentos (44%) e em hospitais (26%).

Oliveira et al. (2011) justifica o comportamento dos usuários do sistema de saúde, que buscam por locais com melhor infra-estrutura (hospitais e serviços de pronto atendimento) para diagnosticar e tratar seus problemas de saúde. Ele afirma que esta escolha é pautada também em experiências anteriores e na flexibilidade dos horários de atendimento.

### 6.3 Acesso ao diagnóstico

O diagnóstico precoce da TB é compreendido como etapa fundamental no controle da doença, pois interfere diretamente na viabilização do tratamento adequado e diminuição da disseminação da enfermidade na comunidade. No entanto, vários fatores acabam por atuar como entraves no acesso ao diagnóstico da doença, que por vezes se prolonga, trazendo diversas complicações à saúde dos usuários. Nesta pesquisa, observou-se que um número considerável de pacientes, demorou 5 semanas ou mais para conclusão diagnóstica, após perceberem o início dos sintomas da doença.

No estudo de Paiva et al. (2014), onde entrevistou 101 pacientes de TB que residem em um município da região Nordeste, identificou-se que as unidades da APS possuem problemas limitantes quanto a realização do diagnóstico e confirmação dos casos de TB. O ato de ingressar nos serviços de APS não representou condição necessária à utilização do serviço, pois dos 47 usuários que acessaram os serviços da APS, 17 (36,2%) fizeram diagnóstico neste serviço, 23 (48,9%) foram diagnosticados no ambulatório do PCT e 7 (14,9%) nas unidades de saúde especializadas.

Ao analisar-se os escores estabelecidos ao atributo acesso ao diagnóstico verifica-se que a avaliação de profissionais de saúde (escore médio 6,53 e  $DP \pm 1,77$ ) e gestores (escore médio 6,66 e  $DP \pm 1,56$ ) é muito semelhante, contudo ainda não atingiu valores considerados positivos quanto a orientação deste importante serviço para o controle da tuberculose. Tais valores demonstram que as ações de suspeita e diagnóstico dos casos de TB, atribuídas aos serviços da APS, ainda estão sendo redirecionadas para a atenção especializada em muitas circunstâncias.

A pesquisa de Barreto et al. (2012) analisou o acesso ao diagnóstico de TB em um município da região metropolitana de João Pessoa, entrevistando 16 profissionais que atuavam como gestores, responsáveis pela organização dos serviços de saúde, e concluiu que mesmo havendo oferta de consultas, exames, medicamentos, há relutância do doente de TB em procurar a USF para o diagnóstico da doença. E também afirmaram que, embora contrariando as políticas de descentralização das ações de controle da TB, os profissionais das USF ainda encaminham



grande parte dos casos suspeitos de TB para os grandes centros de saúde especializados para a realização do diagnóstico da doença.

Nogueira et al. (2012) realizou uma pesquisa qualitativa em município da região metropolitana de João Pessoa-PB, envolvendo cinco usuários em tratamento de tuberculose e obteve resultados semelhantes. Pois, entre os pacientes entrevistados predominou a procura por serviços especializados para o diagnóstico da tuberculose pelo fato da urgência, gravidade e intensidade dos sintomas apresentados, e também pelo encaminhamento dos profissionais das equipes da ESF.

O estudo de Oliveira et al. (2011) também corrobora com os achados desta pesquisa ao afirmar que embora os pacientes procurem por atendimento nas UBSs ao iniciarem os sintomas da TB, o diagnóstico da maior parte dos doentes foi realizado em unidades de pronto-atendimento (44%) e em hospitais (26%). Vários fatores podem contribuir para a persistência desta dificuldade na descentralização das ações relacionadas ao diagnóstico da TB, dentre eles citamos a debilidade qualitativa e quantitativa de recursos humanos, carência de recursos materiais e sobrecarga de atribuições da equipe de saúde.

#### 6.4 Acesso ao tratamento

O acesso ao tratamento é um atributo da ABS que deve ser avaliado segundo alguns aspectos como: distância geográfica entre o usuário e o serviço de saúde, gastos com deslocamento, disponibilidade dos medicamentos para o tratamento, horário de funcionamento, qualidade do atendimento e acesso a consultas e exames. Contudo, vale ressaltar que o vínculo estabelecido entre profissionais de saúde e usuários é fundamental para adesão ao tratamento. Esse vínculo possibilita o conhecimento da situação de saúde do paciente e assim se se constroem estratégias para obtenção do sucesso no tratamento (NEVES et al., 2016).

No presente estudo, o atributo acesso ao tratamento obteve um escore mediano na avaliação de pacientes, gestores e profissionais de saúde. Indicando que em alguns aspectos este serviço ainda apresenta falhas que devem ser corrigidas no intuito de aprimorar a assistência ao doente de TB.

O estudo de Neves et al. (2016) concorda com alguns dos achados desta pesquisa ao afirmar que a proximidade entre a residência dos pacientes e a UBS foi um importante fator para o diagnóstico e tratamento da doença. Este fato também repercutiu positivamente na criação e consolidação do vínculo entre o paciente e os profissionais de saúde. Contudo, encontrou resultados diferentes com relação a realização de visitas domiciliares, pois dos 34 doentes

entrevistados, nenhum recebeu visita de profissionais em suas casas, evidenciando que esta prática não é comum para os profissionais de saúde daquela região.

Apesar de se conhecer a importância da visita domiciliar para o controle da tuberculose, sobretudo entre os pacientes mais vulneráveis (idosos, acamados, pessoas com HIV e etc), essa prática ainda não é realizada com a frequência necessária. Em um estudo realizado com 239 profissionais de saúde em São José do Rio Preto no ano de 2017 evidenciou que a visita domiciliar não tem feito parte da rotina de trabalho das equipes da APS, comprometendo a adesão ao tratamento, exame dos contatos e as ações educativas ao paciente com TB e aos familiares. Esta atuação junto à família no ambiente domiciliar possivelmente fica comprometida pela falta de tempo, devido a superposição de tarefas atribuídas aos profissionais de saúde, falta de preparo e comprometimento da equipe de saúde, além da falta de transporte para realizar estes deslocamentos na comunidade (WYSOCKI et al., 2017).

### 6.5 Adesão e Vínculo

Por ainda entendermos a tuberculose como uma doença com raízes sociais e de caráter estigmatizante, é fundamental um de um vínculo com o doente, capaz de minimizar o impacto que a enfermidade traz a vida do indivíduo, maior envolvimento por parte da equipe de saúde com o paciente. Esta aproximação possibilita a criação e consolidação além de estimular a autonomia do paciente, chamando atenção para a participação ativa em todo o processo.

O vínculo é um princípio estruturante da ABS, capaz de impactar positivamente, de forma coletiva ou individual, no cuidado à saúde. Assim, torna-se peça fundamental no controle da TB, por incidir tanto no tratamento, quanto na prevenção e promoção da saúde. Para isso, necessita da predisposição dos profissionais de saúde para atuarem de modo mais responsável, integral e humanizado (FIGUEIREDO et al, 2011).

As ações desenvolvidas pela ABS no atribulo adesão/vínculo obtiveram uma avaliação positiva na percepção de todos os atores sociais entrevistados nesta pesquisa. Este quesito foi o que recebeu melhor avaliação por parte dos pacientes, obtendo um escore médio de 8,03 com  $DP\pm 1,45$ , idêntico ao valor obtido a partir da avaliação dos profissionais de saúde (escore médio de 8,03 com  $DP\pm 1,03$ ) e semelhante ao escore dos gestores (escore médio de 8,51 com  $DP\pm 1,12$ ). Isso nos leva a refletir sobre os laços criados entre a equipe de saúde e pacientes, importante para a compreensão do universo que rodeia o doente, e a criação de possibilidades para o enfrentamento da tuberculose.

Andrade et al. (2016) em estudo com 100 profissionais da APS no município de Natal/RN verificou que 44% dos entrevistados classificaram como ótima a capacidade para o vínculo e educação em saúde, contudo ainda precisam melhorar as ações relacionadas ao acolhimento, que foi classificado como razoável por 56% dos profissionais de saúde. Assim, destacou-se a relevância de atender o doente de forma integral, abordando seus aspectos individuais, sociais; de maneira a fortalecer o vínculo entre o usuário, o profissional e o serviço.

Neves et. al. (2016) em sua pesquisa destaca alguns pontos estratégicos para o fortalecimento do vínculo entre equipe de saúde e doente. Enfatiza-se que 100% (34) dos doentes entrevistados foram atendidos pelos mesmos profissionais durante as consultas, contribuindo para a construção de uma relação de confiança entre estes e a equipe de saúde. Esse vínculo permitiu que 97,1% (33) dos pacientes referissem ficar à vontade para expor suas dúvidas, anseios e medo a respeito da doença. O estudo de Nogueira et al. (2012) também constatou que nas unidades de saúde da família em que o atendimento inicial foi facilitado houve uma postura promotora de vínculo entre os profissionais e os pacientes com TB e seus familiares.

O fortalecimento do vínculo constitui-se como um elemento essencial capaz de aperfeiçoar o desempenho dos serviços de saúde, no que concerne à qualidade da atenção ao paciente com TB, sendo considerado como recurso terapêutico já que amplia a eficácia da assistência e diminui os índices de abandono. Logo, torna-se imprescindível capacitar os trabalhadores da saúde para lidar com esse tipo de doente, haja vista a amplitude da repercussão da tuberculose na vida do indivíduo e família (FIGUEIREDO et. al., 2011).

Nesta pesquisa, também avaliamos os aspectos que influenciam diretamente na adesão ao tratamento e estimulam o paciente a continuar buscando a cura, e verificamos que 80% dos entrevistados afirmaram que a família e o próprio desejo de melhorar suas condições de vida, sempre são os motivos mais relevantes para dar prosseguimento ao tratamento. Entretanto, destacamos que 20,7% dos pacientes entrevistados afirmaram sempre sofrer preconceito por parte da família e amigos, o que nos mostra o quanto a tuberculose ainda é uma patologia estigmatizante, e o quão grandemente a postura da sociedade contribui de forma negativa para o isolamento e prostração do doente.

## 6.6 Elenco de serviço

O atributo elenco de serviços compreende diversas ações e recursos que deveriam ser disponibilizados pela ABS, pois são indispensáveis para a correta condução do tratamento dos pacientes com TB e controle da incidência da doença na comunidade. Contudo, neste estudo

constatou-se uma divergência entre a percepção de usuários, profissionais de saúde e gestores quanto ao elenco de serviços. Os pacientes avaliaram negativamente este atributo, já os profissionais de saúde e gestores avaliaram positivamente.

A pesquisa de Santos et al. (2017) corrobora com os achados deste estudo, pois apesar de observar que diversos serviços são disponibilizados na ABS para o controle da TB, também se identificou determinadas fragilidades na organização dos serviços de saúde que são oferecidos aos usuários. Em seu estudo, foram entrevistados 100 profissionais atuantes na APS do município de Natal e constatou-se que 43% (n=43) dos profissionais entrevistados relataram a realização do tratamento supervisionado e solicitação de exames de baciloscopia de escarro; já as estratégias para o progresso da atenção à TB relativas à flexibilidade de horário do tratamento e realização de atividades educativas foram relatadas por 52% (n=52) dos profissionais.

Por tratar-se de uma enfermidade que atinge frequentemente usuários de entorpecentes, etilistas, moradores de rua, presidiários, e portadores do HIV, recomenda-se a realização de um tratamento à base de observação direta (Tratamento Diretamente Observado - TDO) da tomada de medicamentos. Este acompanhamento deve ser realizado pelos membros da equipe de saúde, com a recomendação de pelo menos três observações semanais nos primeiros dois meses de medicação, e uma observação por semana até o final do tratamento (NOGUEIRA et. al., 2012).

Embora seja reconhecido que a estratégia do TDO propicia a adesão do doente ao tratamento, diminuindo o risco de transmissão da enfermidade na comunidade, apenas 39,1 % dos profissionais de saúde entrevistados afirmaram sempre realizar este tipo de acompanhamento, corroborando com outros estudos que revelaram a desvalorização desta estratégia e a resistência dos profissionais da ABS para incorporação desta atividade nos serviços de controle da TB (FIGUEIREDO et al., 2011; WYSOCKI et al., 2017).

## 6.7 Coordenação

A coordenação das ações de controle da TB desenvolvidas no ABS, neste estudo, foi avaliada positivamente pelos pacientes participantes, profissionais de saúde e gestores, indicando uma boa orientação dos serviços analisados. Tais achados discordam dos obtidos no estudo de Silva et al. (2017), que evidenciam falhas na coordenação dos serviços prestados aos usuários com TB, apresentando déficits no fluxo de informações e nas ações de referência e contrarreferência que dão suporte ao doente de TB. A mesma pesquisa confirmou a dificuldade que os profissionais de saúde apresentam em manter o correto registro dos casos e suas

evoluções, dificultando o cumprimento do fluxo de informações necessárias para o estabelecimento de indicadores epidemiológicos.

Já o estudo de Santos et al. (2017) conclui que o correto funcionamento e integração dos serviços de saúde estão vinculados também à atuação dos gestores, e a competência organizativa está ligada às estratégias que devem ser estabelecidas e fiscalizadas por órgãos governamentais. Estes devem orientar o desempenho dos gestores no sentido de garantir que os serviços de saúde ligados à Atenção Primária atuem de forma resolutiva no diagnóstico e o tratamento da tuberculose.

Embora o atributo coordenação tenha sido bem avaliado, neste estudo, por apresentar alta proporção de encaminhamentos e auxílio na marcação dos exames e consultas, ainda se observam falhas no fornecimento das informações escritas, realizada apenas por 54% dos profissionais. Também se verificou uma incipiência no serviço de contrarreferência, evidenciado pela baixa porcentagem (25%) de profissionais que afirmaram sempre receber informações escritas sobre a assistência prestada ao doente em outra unidade de saúde.

Uma pesquisa realizada em São José do Rio Preto em 2017 também encontrou situação semelhante ao identificar desacertos na execução da contrarreferência pelos serviços da APS. Tal situação é comprovada pela irregularidade dos registros e ausência de sistemas de informação que ofereçam o suporte técnico necessário. A falta de integração entre os serviços de saúde proporciona um grande viés, que acaba por comprometer as ações de controle das doenças crônicas à nível local e regional (WYSOCKI et al., 2017).

Almeida et. al. (2016) em seu estudo avaliou a eficácia da coordenação da assistência aos doentes de tuberculose em um município de São Paulo, e verificou discordância entre as opiniões dos membros da equipe de enfermagem (79 profissionais, sendo 23 auxiliares ou técnicos de enfermagem e 56 enfermeiros). Enquanto os enfermeiros conceituaram como satisfatória a coordenação dos serviços de assistência oferecida ao paciente de TB, os técnicos discordaram, indicando a necessidade de mudanças para que, na prática, as ações na ABS transcendam a atual postura fragmentada e limitada. Assim, torna-se imprescindível a regulação destas ações assistenciais para que a ABS viabilize o cuidado à saúde de forma integral.

## 6.8 Enfoque na família

Considera-se que a participação dos familiares é fundamental no tratamento dos doentes com tuberculose, pois através da integração dos profissionais de saúde ao núcleo familiar do doente é possível constituir uma rede de apoio ao indivíduo em tratamento. Neste processo,

profissionais de saúde, gestores, agentes comunitários, pacientes e familiares devem trabalhar em conjunto, com o objetivo principal de obter êxito no processo terapêutico (NOGUEIRA et al., 2011).

Também, destaca-se que estes indivíduos possuem maior risco de serem infectados, devido ao convívio próximo com o doente. Assim, é papel da atenção básica prestar uma assistência adequada à família dos pacientes com TB, através de ações de investigação de fatores de risco social ou condições de vida da família, investigação sobre os sintomas da doença (tosse, febre e emagrecimento) nos familiares, realização de exames diagnósticos (exame do escarro, raios-X e prova tuberculínica), além de estabelecer um diálogo esclarecedor com os familiares sobre a doença e suas formas de contágio (FURLAN; GONZALES; MARCON, 2015).

Essas ações podem ser entendidas como medidas preventivas importantes no controle da TB, pois irá possibilitar o diagnóstico precoce em indivíduos com a doença ativa e em pessoas com a infecção latente, evitando a disseminação da doença na comunidade (FURLAN; GONZALES; MARCON, 2015).

No presente estudo observamos opiniões divergentes entre pacientes, gestores e profissionais de saúde sobre ações de controle da TB com relação ao enfoque familiar. Os pacientes entrevistados avaliaram a atuação da ABS como insatisfatória, já os gestores e profissionais de saúde avaliaram de forma positiva as ações da ABS junto a família.

A pesquisa realizada por Cecílio, Higarashi e Marcon (2015) corrobora com os resultados deste estudo, pois em sua investigação, com 134 profissionais de saúde atuantes nas Unidades Básicas de Saúde, evidenciou que o atributo enfoque na família obteve avaliação satisfatória na percepção dos entrevistados, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre as respostas de médicos e enfermeiros.

Nogueira et al. (2011) também constatou em seu estudo que um percentual satisfatório dos profissionais de saúde entrevistados (77,4%) mencionou investigar as condições sociais dos doentes de TB, contudo, apenas 64,3% envolvem a família no enfrentamento da doença.

As informações obtidas na presente pesquisa, a partir dos profissionais de saúde, apresentam algumas contradições, pois embora 89,1% dos profissionais afirmarem investigar sobre a presença de sintomas da TB nos familiares, apenas 52,2% dos entrevistados declarou conhecer os membros da família do paciente. Isso se justifica pela indisponibilidade dos profissionais em fazer a visita domiciliar, momento propício para conhecer e conversar com os familiares. Geralmente, as visitas domiciliares são feitas apenas pelos agentes de saúde, que se responsabilizam por diversas outras tarefas.

No estudo de Furlan, Gonzales e Marcon (2015), realizado com 89 pacientes, também se observou que, muitas vezes, o contato dos profissionais com os familiares é inexistente e as ações de saúde destinadas à família ocorrem de forma impessoal, pois falta diálogo com os familiares sobre as condições de saúde do doente, formas de contágio, e até mesmo, sobre o tratamento proposto. Tal situação desfavorece a integração necessária entre usuários e equipe de saúde, que acabam por desconhecer as condições sociais e de saúde dos familiares.

## 6.9 Orientação para a comunidade

A orientação para a comunidade é compreendida como um atributo da atenção primária fundamental no processo de prevenção e promoção da saúde. O desconhecimento sobre a TB e seu tratamento, leva à discriminação do doente, no âmbito familiar, social e profissional, contribuindo para o isolamento do paciente. Por isso, é papel da equipe de saúde desenvolver ações integradas e transformadoras que promovam o empoderamento do indivíduo para o melhor enfrentamento dos problemas, sendo relevante também educar a população principalmente sobre as maneiras de prevenção e contágio da TB (BRASIL, 2009).

Diante de tal desafio, as soluções encontradas permitem trilhar caminhos que convergem para ações que integram o paciente, a família, a comunidade e a equipe de saúde, e fazendo-os perceber a relação de interdependência entre os membros de uma mesma sociedade.

Nesta pesquisa verificou-se que os três grupos de atores sociais entrevistados concordaram quanto a fragilidade do atributo orientação para a comunidade, que obteve escores abaixo do escore geral nos três grupos. Tal fato nos leva a concluir que as ações voltadas à orientação para a comunidade são minimamente existentes e não produzem impacto nenhum na comunidade.

Esta situação pode ser justificada pela existência de um fosso cultural entre os profissionais de saúde e a comunidade. Assim, muitas vezes a metodologia vista como eficiente pela equipe de saúde, ou pensada e propagada pelas organizações nacionais e internacionais, não alcançam a comunidade ou doentes locais (VASCONCELOS, 2008).

Neste aspecto, torna-se imprescindível investir em campanhas publicitárias retratem a realidade da população afetada, sua diversidade, com variedade de contextos e biótipos. Apostar em campanhas de cunho individualista que responsabilizam a pessoa pela autovigilância e identificação dos sintomas para o diagnóstico da doença muitas vezes gera um comportamento de rejeição e abandono ao tratamento (ROSSETTO et al., 2017).

O estudo de Cecílio, Higarashi e Marcon (2015) corrobora com os resultados encontrados nesta pesquisa, pois identificou que, na avaliação de 134 profissionais de saúde entrevistados, o atributo orientação para a comunidade foi classificado como insatisfatório, apresentando fragilidades importantes para o controle da tuberculose.

Alguns estudos também constataram uma carência de metodologias eficientes no processo de prevenção e promoção de saúde, visto que as práticas educativas se resumem à distribuição de panfletos, fixação de cartazes e realização de palestras esporádicas. Em um estudo realizado por Sá, et al (2013), verificou-se que a palestra é a atividade de educação em saúde mais utilizada pelas equipes. Essa metodologia, como tem sido praticada, traz como pressuposto a ideia de que a doença é determinada pela falta de cuidado do indivíduo com sua saúde. Esta postura tende a responsabilizar o doente pelos problemas que apresenta e, habitualmente, se limita a simples transmissão de conteúdo acrítico e descontextualizado (VASCONCELOS, 2007; SÁ et al., 2013).

Por fim, destaca-se a importância do conhecimento da população sobre os sintomas e tratamento da tuberculose para que cada indivíduo possa atuar de modo eficaz no controle da doença, antecipando intervenções de diagnóstico e tratamento. A construção do processo educativo em saúde, na perspectiva de sua integralidade, requer a participação ativa da população em todo o processo, que passa pela reflexão crítica da sua realidade e determinantes sociais, até a busca e constituição de medidas que proporcionem melhor qualidade de vida (SANTOS et al., 2017).

#### 6.10 Formação profissional

A assistência ao usuário dos serviços da ABS exige um universo de habilidades e competências por parte da equipe de saúde. Ao abordamos a tuberculose no contexto da atenção básica, observamos a complexidade das ações relacionadas ao diagnóstico, tratamento, acompanhamento e registro dos casos, além das medidas pertinentes à prevenção da doença e promoção da saúde. Diante disso, ressalta-se a importância da formação profissional de gestores e profissionais de saúde para atuar de forma responsável e resolutiva no controle deste agravo.

Nesta pesquisa verificou-se que o atributo formação profissional foi melhor avaliado pelos profissionais de saúde, indicando alta orientação para o desempenho das ações ABS para o controle da TB. Já os gestores indicaram uma formação profissional mais deficiente, sugerindo uma fragilidade neste atributo. O profissional que ocupa o cargo de coordenador da UBSs desenvolve um papel de administração pública de um serviço de saúde, e consigo traz diversas



atribuições. No estudo de Fischer et al (2014) os coordenadores das UBSs também relataram não se sentirem preparados suficientemente para desempenhar esta função, que exige competências técnicas, conhecimento sobre a situação de saúde local e funcionamento dos serviços de saúde, além de habilidade para dialogar com o cidadão usuário do serviço de saúde. Sobretudo, o gestor deve ter a capacidade de articulação com equipe de saúde e comunidade, atuando na promoção de ações que contribuam com a qualidade dos serviços.

O estudo de Vasconcelos (2007) também concorda com os resultados obtidos nesta pesquisa no atributo formação profissional dos gestores. Em seu estudo foi observado que muitos coordenadores que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde não receberam o preparo adequado para ocupar o cargo atual, por terem formações diversas. Ou seja, muitos profissionais que ocupam o cargo de coordenador das UBSs não possuem formação na área da saúde, pois isso não é exigência para ocupar tal função. Por isso, trazem consigo dificuldade em compreender a dimensão social de muitos problemas de saúde e isso dificulta o seu enfrentamento.

O estudo Wysocki et al. (2017) destaca a deficiência de cursos de capacitação para assistência ao paciente com TB direcionados aos auxiliares e técnicos de enfermagem, médicos e ACS; e também ressalta o impacto da grande rotatividade de profissionais de saúde na ABS. A instabilidade do vínculo empregatício é refletida na realização de ações de saúde descontínuas, que pouco colaboram para uma melhora dos indicadores de saúde.

Por fim enfatiza-se a importância da qualificação profissional da equipe de saúde e gestores, que devem estar capacitados a atuar de forma determinante nas ações de controle da TB. Sendo a ABS a porta de entrada preferencial para os usuários dos serviços de saúde, a capacitação profissional iria incidir na antecipação das intervenções de diagnóstico e tratamento da TB, culminando na redução da incidência deste agravo. A construção do processo educativo em saúde, na perspectiva de sua integralidade, requer a participação ativa de todos os atores envolvidos, que passa pela reflexão crítica da sua realidade e determinantes sociais, até a busca e constituição de medidas que proporcionem melhor qualidade de vida para a população.

## **7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Entende-se que esta pesquisa apresentou algumas limitações decorrentes, sobretudo, das particularidades dos pacientes de TB, que muitas vezes estão em situação de rua, são etilistas, tabagistas, usuários de drogas ilícitas, acamados, portadores de comorbidades ou encontram-se internados nas unidades de saúde de alta e média complexidade em decorrência das complicações causadas pela doença. Tal fato dificultou a inclusão de mais participantes neste estudo, contribuindo para um universo amostral pequeno, quando comparado com o universo total de pacientes, profissionais e gestores que atuam diariamente nas UBSs da Cidade de Teresina.

Outro fato que dificultou a execução da pesquisa foi a inconsistência dos dados obtidos a partir do SINAN. Ao consultar o sistema em busca destas informações relativas aos pacientes de TB, verificou-se a desatualização e desencontro dos dados cadastrados com aqueles obtidos nas UBSs visitadas.

Outra limitação observada, refere-se a indisponibilidades dos gestores e profissionais de saúde em responder ao questionário proposto, alegando com frequência a falta de tempo e/ou interesse em participar do estudo.

Por fim, mesmo com uma reduzida amostra, destacamos a importância de captar o olhar de três atores sociais sobre a mesma situação de saúde, o que possibilitou uma avaliação de qualidade na medida que se evidencia as convergências e divergências das opiniões obtidas sobre o desempenho da ABS no controle da TB.

## 8. CONCLUSÃO

Esta pesquisa permitiu conhecer como as ações de controle da tuberculose estão sendo executadas pela atenção básica na cidade de Teresina. Na percepção dos pacientes, dos profissionais de saúde e dos gestores das UBS, verificou-se que estas práticas ainda apresentam um desempenho mediano, expondo fragilidades, sobretudo, nos atributos porta de entrada e orientação para comunidade.

Isto se confirma pela restrita participação da ABS na suspeição e diagnóstico de TB, embora destaca-se que este serviço é habitualmente procurado por grande parcela de usuários para ações relacionadas ao controle de saúde preventiva. É importante ressaltar que os serviços de saúde de alta e média complexidade (hospitais públicos) são, preferencialmente, procurados pelos pacientes de TB ao iniciarem os sintomas da doença e permanecem como local onde é realizada a confirmação diagnóstica.

No aspecto organizacional, verificou-se fragilidades no serviço de contrarreferência, que gera uma descontinuidade no fluxo de informações sobre os casos diagnosticados e em tratamento, contribuindo com a fragmentação da atenção ao paciente de TB. Observa-se que as ações de saúde desenvolvidas na ABS apresentam pouca integração e articulação entre os profissionais e níveis de atenção, evidenciando a predominância de um modelo de saúde voltado ao atendimento e tratamento de casos agudos.

Evidencia-se, assim, um exíguo envolvimento dos profissionais de saúde e gestores com atividades educativas voltadas para prevenção da TB e promoção da saúde, o que se reflete na limitada participação do doente, familiares e comunidade no processo de cuidado à saúde.

Embora os profissionais de saúde avaliem de forma positiva seu preparo para atuar nos serviços de atenção básica, sugere-se capacitação continuada de todos os membros da equipe de saúde e gestores, com o intuito de contribuir com a autonomia e qualificação destes atores sociais, que são fundamentais na condução das práticas necessárias ao controle deste agravo.

Este estudo aponta alguns aspectos que necessitam de imprescindíveis intervenções para que a ABS assuma a totalidade de suas atribuições, e passe a atuar como centro ordenador e integrador de ações efetivas para o controle da doença. Contudo, por entender a complexidade das competências da ABS e as particularidades envolvidas no manejo da tuberculose, torna-se fundamental a realização de outros estudos, de modo a analisar a organização dos serviços de saúde, e assim contribuir com a melhora dos indicadores epidemiológicos da TB em Teresina.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. A. **Adesão ao tratamento da tuberculose pulmonar de pacientes atendidos em uma Unidade Básica de Saúde do município da Serra do Espírito Santo.** 2017. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9055>>. Acesso em: 18 jul. 2017.
- ANDRADE, R.P.S. et al. Contribuição dos profissionais da atenção primária à saúde para o autocuidado apoiado aos portadores de tuberculose. **Rev Fund Care Online.** 2016 jul/set; 8(3):4857-4863. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4857-4863>.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. **SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais.** 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; SILVA, B. E. **Atenção Primária e estratégia Saúde da Família.** In: CAMPOS, G. W. D. S; DRUMOND JUNIOR, M.; AKERMAN, M. Tratado de Saúde Coletiva. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- ANDRADE, S., RODRIGUES, D., BARRETO, A., OLIVEIRA, A., SANTOS, A., Sá, L. **Tuberculose em pessoas idosas: porta de entrada do sistema de saúde e o diagnóstico tardio.** **Revista Enfermagem UERJ,** Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5702>>. Acesso em: 22 Ago. 2017.
- AZEVÊDO D. D. N. et al. Fatores associados à primeira escolha de local para o diagnóstico da tuberculose. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472014000300075&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000300075&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 6 nov. 2015.
- BARRETO, A. J. R. et al. Organization of health services and tuberculosis care management. **Ciencia & saude coletiva,** v. 17, n. 7, p. 1875-1884, 2012.
- BRAGA, José Uelers et al. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose nos serviços de atenção básica em dois municípios brasileiros, Manaus e Fortaleza, 2006 a 2008. **Cad Saúde Coletiva,** v. 20, n. 2, p. 225-33, 2012.
- BRASIL. **Boletim Epidemiológico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- \_\_\_\_\_. **Boletim Epidemiológico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição Tuberculose na atenção primária à saúde.** Sandra Rejane Soares Ferreira, Rosane Glasenapp /e/ Rui Flores (org.); ilustrações de Maria Lucia Lenz. 1. ed. ampl. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.
- \_\_\_\_\_. **a. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **b. Tuberculose na atenção primária à saúde.** Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.

\_\_\_\_\_. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool – pcatool.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CALIARI, J. S.; FIGUEIREDO, R. M. Tuberculosis: perfil de enfermos, fluxograma de atención y opinión de enfermeros. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 1, p. 43-47, 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010321002012000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002012000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 Jun. 2017.

CAMPOS, G. W. S. **Tratado de saúde coletiva.** 2<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CARVALHO, C. N.; DOURADO, I.; BIERRENBACH, A. L. Subnotificação da comorbidade tuberculose e aids: uma aplicação do método de linkage. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 45, n. 3, p. 548-555, June 2011 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300013&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 Apr. 2017. Epub Apr 15, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000021>.

COÊLHO, D. M. M. et al. Perfil epidemiológico da tuberculose no Município de Teresina-PI, no período de 1999 a 2005. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 19, n. 1, p. 34-43, 2010.

COSTA, M. et al. Levantamento epidemiológico dos casos de tuberculose notificados no município de Ceres-Goiás no período compreendido entre 2001 a 2012. **REFACER-Revista Eletrônica da Faculdade de Ceres**, v. 4, n. 1, 2015.

CECILIO, H. P. M.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S. Opinião dos profissionais de saúde sobre os serviços de controle da tuberculose. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 28, n. 1, p. 19-25, Feb. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002015000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000100019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 Aug. 2017.

DANTAS, D. N. A. et al . Fatores associados à primeira escolha de local para o diagnóstico da tuberculose. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 35, n. 3, p. 75-81, Sept. 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472014000300075&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000300075&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.44767>.

DOS SANTOS, D. P. et al. Resistência aos fármacos de primeira escolha utilizados no tratamento da tuberculose pulmonar por Mycobacterium tuberculosis. **Revista de Saúde**, v. 3, n. 1, p. 13-25, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v15i2.28298>>. Acesso em: 13 jul. 2017.

FIGUEIREDO, T. M. R. M. et al. Desempenho no estabelecimento do vínculo nos serviços de atenção à tuberculose. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 12, 2016.

FIGUEIREDO, T.M.R.M.; PINTO, M.L.; CARDOSO, M.A.A.; S.I.L.V.A. Desempenho no estabelecimento do vínculo nos serviços de atenção à tuberculose. **Rev. Rene**, 2011 [acesso em

2016 set 26]; 12(n.esp.):1028- 35. Disponível em:

<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/332>. Acesso em: 02 jul. 2017.

FISCHER, S. D., et al. 2014. Competências para o Cargo de Coordenador de Unidade Básica de Saúde. **TAC**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, art. 3, pp. 117-131, Jul./Dez. 2014

Disponível em: [http://www.anpad.org.br/periodicos/arq\\_pdf/a\\_1558.pdf](http://www.anpad.org.br/periodicos/arq_pdf/a_1558.pdf). Acesso em: 02 de jul. 2017.

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**, v. 36, p. 102-110, 2015. Disponível em:

<<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/55869>>. Acesso em: 22 ago. 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GIOVANELLA, L.; MAGALHÃES DE MENDONÇA, M. H. **Atenção primária à saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

IBGE. Censo demográfico 2010. **Características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

LIRIO, M. et al . Completeness of tuberculosis reporting forms for disease control in individuals with HIV/AIDS in priority cities of Bahia state. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 1143-1148, Apr. 2015 . Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000401143&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000401143&lng=en&nrm=iso)>. access

on 13 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015204.00672014>.

MACINKO, J. A. C. O. E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde debate**, 2003; 27(65): 243-56.

MONTECHI, L. N. E. A. **Distribuição espacial da tuberculose em Teresina, Piauí, de 2005 a 2007**. Epidemiol. Serv. Saúde, 2011. Disponível em:

<[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742013000300012&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000300012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 set. 2013.

MOREIRA, D. A. et al. Estratégias de organização e fortalecimento do trabalho na equipe de saúde da família. In: **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.637>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

NEVES, R. R. et al. Acesso e vínculo ao tratamento de tuberculose na atenção primária em saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 4, p. 5143-5149, oct. 2016. ISSN 2175-5361. Disponível em:

<<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4313>>. Acesso em: 26 aug. 2017.

NOGUEIRA, et. al. **Vínculo e acesso na estratégia saúde da família: percepção de usuários com tuberculose.** 2012; 13(4): 784-93.

NOGUEIRA, J. A. et al. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 2, p. 207-216, 2011.

OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade.** São Paulo: Martinari, 2008.

OLIVEIRA, M. F. et al. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no sistema de saúde de Ribeirão Preto/SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, 2011.

PAIN, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde coletiva: Teórica e prática.** 1<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

PAIVA, R. C. G. et al. Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 520-6, 201.

PINHEIRO, P. G. O. D. E. A. Busca ativa de sintomáticos respiratórios e o diagnóstico tardio da tuberculose. **Rene**, v. 13, n. 3, p. 572-581, 2012.

REIS, S. P. et al . Aspectos geográficos e organizacionais dos serviços de atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 26, n. 1, p. 141-148, Mar. 2017 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222017000100141&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000100141&lng=en&nrm=iso)>. access on 12 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000100015>.

ROCHA, D. M.; CARVALHO, E. L. L.; CRUZ, M. A. P. **Benefícios do programa Saúde da Família- PSF, para melhoria na qualidade de vida dos moradores do bairro São Pedro em Teresina-PI.** Inova Ação, p. 01-14, 2012.

ROQUE, B., et. al. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63023392027>> ISSN 1413-8123. Acesso em: 05 ago. 2017.

ROSSETTO, M., et al. Comunicação para promoção da saúde : as campanhas publicitárias sobre tuberculose no Brasil. **Revista de Enfermagem da UFSM** [recurso eletrônico]. Santa Maria. Vol. 7, n.1 (jan./fev. 2017), p. 18-28. 2017. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/159772>. Acesso em 06 de ago. 2017.

SÁ, L. D. et al. **Vínculo e acesso na estratégia saúde da família: percepção de usuários com tuberculose.** 2012.

SÁ, L. D. et al. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 103-11, mar. 2013. ISSN 1518-1944. Disponível em:

<<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/15246>>. Acesso em: 13 abr. 2017.  
doi:<https://doi.org/10>.

SÁ L. D. et al. Gateway to the diagnosis of tuberculosis among elders in Brazilian municipalities. **Rev Bras Enferm**. 2015;68(3):408-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680313>

SANTOS, T. M. M. G. et al. Caracterização dos casos de tuberculose notificados em um município prioritário do Brasil. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 1, n. 1, 2012.

SANTOS, M. C. et al. Organização da atenção primária para diagnóstico e tratamento da tuberculose. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 2, jun. 2017. Disponível em:  
<<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48151>>. Acesso em: 28 ago. 2017.  
doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.48151>.

SILVA, D. M. et al. Avaliação de desempenho de Serviços da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1044-1053, dec. 2014. ISSN 1980-220X. Disponível em:  
<<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103141/101505>>. Acesso em: 28 aug. 2017.

SIQUEIRA, H. R.; RAFFUL, M. **Tuberculose pulmonar**. In: SILVEIRA, I. C. O pulmão na prática médica: Sintoma, diagnóstico e tratamento. 4<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro, 2005. Cap. 26, p. 195-206.

SOUZA, K. M. J. E. A. Nursing performance in the policy transfer of directly observed treatment of tuberculosis. **Rev. esc. enferm. USP**, 2014. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000500874&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000500874&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 nov. 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

TORRES, B. S. **Pneumologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2005.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Cadernos de Educação Popular e Saúde**. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2007. p. 18-29.

VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, Junho 2009. 601-612.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2014**. World Health Organization report. Geneva. 2014.

WYSOCKI, A. D. et al. Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 161-175, Mar. 2017. Disponível em:  
<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415790X2017000100161&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2017000100161&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 Aug. 2017.



## APÊNDICE

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ****PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO****Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga – Teresina/PI****CEP: 64049-550 - Fone (86) 3237-2062****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Título do projeto:** A Tuberculose na Atenção Básica em Saúde na Cidade de Teresina -PI.**Pesquisador responsável:** Dr. Viriato Campelo**Instituição/Departamento:** UFPI/ Mestrado em Ciências e Saúde.**Pesquisadores participantes:** Ana Vannise de Melo Gomes**Telefone para contato (inclusive a cobrar):** (86) 99432-0763 / (86) 3233-0572/ (86)99401-**5254E-mail:** [anavannise@ig.com.br](mailto:anavannise@ig.com.br); [viriato.campelo@bol.com.br](mailto:viriato.campelo@bol.com.br)

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa (dissertação de mestrado). Você precisa decidir se deseja participar desta pesquisa. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo sobre qualquer dúvida que tiver. Este estudo será conduzido pela Mestranda Ana Vannise de Melo Gomes, sob orientação da Prof. Dr. Viriato Campelo.

Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine este documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa ou desistência, você não será penalizado. Em caso de dúvida, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí pelo telefone (086) 3237-2332.

**DESCRIÇÃO DA PESQUISA**

Esta pesquisa tem por objetivo analisar as ações de controle da tuberculose desenvolvidas pela atenção básica na cidade de Teresina –PI. Ela está sendo realizada porque nos dias atuais, a tuberculose ainda afeta muitas pessoas, podendo levar a morte quando não tratada. Com o intuito de interromper a cadeia de transmissão da tuberculose e assim, conseqüentemente reduzir sua ocorrência, é fundamental a atuação da rede de Atenção Básica não somente como

porta de entrada preferencial para os pacientes com tuberculose, mas também na detecção de novos casos e condução do tratamento.

Para tanto, você está sendo convidado a responder um questionário com perguntas relacionadas à Atenção Básica no controle da tuberculose (diagnóstico, tratamento, assistência prestada na Unidades Básicas de Saúde). O tempo gasto para responder estas perguntas é em média de 40 minutos.

Ao participar da pesquisa, você não sofrerá nenhum prejuízo; no entanto, poderá sentir algum constrangimento ao responder o questionário. Para evitar esta situação você terá sua identidade preservada e as perguntas serão feitas em local reservado por profissionais treinados para tal tarefa. Outro risco desta pesquisa seria o de vazamento de informações, contudo os seus dados só serão manuseados pela equipe de pesquisa e seu nome será mantido em sigilo, bem como seus dados pessoais.

Os benefícios deste estudo estão voltados ao público participante de forma indireta. Pois, de posse dos dados da pesquisa, poderemos compreender melhor o desempenho das ações voltadas para o controle da tuberculose que são realizados na Atenção Básica. Conhecendo sua dinâmica, falhas e entraves através da percepção do usuário, dos profissionais de saúde e gestores, este estudo servirá de orientação para melhorar a assistência aos pacientes com tuberculosas, desde o momento de seu diagnóstico até a alta e assim contribuir para redução da incidência de casos de tuberculose em Teresina –PI.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, Bairro Ininga, Teresina, Piauí, Brasil; telefone: (86) 3237-2332, e-mail: cep.ufpi@ufpi.br).

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Nomes e assinaturas dos pesquisadores

---

Ana Vannise de Melo Gomes (mestranda)

---

Prof. Dr. Viriato Campelo (pesquisador responsável)

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA NA PESQUISA**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “**A Tuberculose na Atenção Básica em Saúde na Cidade de Teresina -PI**”. Tive pleno conhecimento das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Discuti com sobre minha participação no estudo. Ficaram claros para mim quais serão os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo. A retirada do consentimento ao estudo não acarretará penalidades ou prejuízos.

Teresina \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.**

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**ANEXO**

## ANEXO A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (PACIENTE)

PCATool – *Primary Care Assessment Tool*  
(MACINKO; ALMEIDA; OLIVEIRA, 2003)

### A TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA CIDADE DE TERESINA - PIAUÍ

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

#### I. Doentes de Tuberculose

Número do questionário: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Responsável pela coleta de dados: \_\_\_\_\_

Data da coleta de dados: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### A. Informações gerais (fontes secundárias)

1 N° SINAN ou WEB-TB: \_\_\_\_\_

2 Prontuário: \_\_\_\_\_

3 Iniciais: \_\_\_\_\_

4 Endereço: \_\_\_\_\_

5 Nome da Unidade de Saúde (US): \_\_\_\_\_

6 Endereço da US: \_\_\_\_\_

6

a Horário de atendimento aos doentes de TB: \_\_\_\_\_

7 Tipo de Unidade UBS 1 ( )  
UBS/PACS 2 ( )  
USF/PACS 3 ( )  
Ambulatório de Referência 4 ( )

7a Primeiro serviço de saúde que o doente procurou quando apresentou os primeiros sinais e sintomas de TB:

Nome: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_

7b Unidade de saúde que encaminhou o caso para diagnóstico:

Nome: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_

7c Unidade de saúde que diagnosticou o caso:

Nome: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_

8 Faz tratamento supervisionado (TS) S ( ) Sim ( ) Não

**Filtro - Se o doente não fizer TS, ir para a questão 8b.**

**Para as questões 8a e 8b  
responda:**

1 - USF/PACS; 2 – UBS; 3 - UBS/PACS; 4 - Ambulatório de Referência; 5 – Domicílio; 6 - Outros (especificar)

8a Local onde realiza o tratamento supervisionado

8b Local onde realiza a consulta médica de controle

Forma clínica da TB	Pulmonar	1 ( )
	Extrapulmonar (_____)	2 ( )
Tempo de tratamento Medicamentoso	> 1 mês até 3 meses	1 ( )
	> 3 meses até 6 meses	2 ( )
	> 6 meses até 9 meses	3 ( )
	> 9 meses	4 ( )

---

### B. Informações sócio-demográficas

---

10.a3 Estado civil	Solteiro	0 ( )
	Casado	1 ( )
	Separado/Divorciado	2 ( )
	Viúvo	3 ( )
	Outro (_____)	4 ( )

**Para as questões 10.a4 e 10.a5 responda: S – sim; N – não.**

10.a4 ( ) O senhor estava trabalhando quando descobriu que tinha TB?

**Se responder Não, pular para a questão 10.a7**

10.a5 ( ) O senhor precisou se afastar do trabalho por conta da TB?

**Se responder Não, pular para a questão 10.a7**

10.a6 Por quanto tempo o Sr. está (ficou) afastado? (dias) \_\_\_\_\_

10.a7 Ocupação	Desempregado	0 ( )
	Empregado	1 ( )
	Do lar	

Contribuinte	2 <sup>a</sup> ( )
--------------	--------------------

Não-contribuinte Empregado:	2 <sup>b</sup> ( )
--------------------------------	--------------------

Contribuinte	3 <sup>a</sup> ( )
--------------	--------------------

Não-contribuinte Autônomo:	3 <sup>b</sup> ( )
-------------------------------	--------------------

Contribuinte	4 <sup>a</sup> ( )
--------------	--------------------

Não-contribuinte	4 <sup>b</sup> ( )
------------------	--------------------

Outro (_____)	5 ( )
---------------	-------

10.a8 Qual a renda familiar?	Sem renda	0 ( )
	Sem renda fixa	1 ( )

	Até 1 salário mínimo (SM)	2 ( )
	>1 e até 3 SM	3 ( )
	>3 e até 5 SM	4 ( )
	> 5 SM	5 ( )
10.a9	Recebe benefício do governo?	
	Não recebe	0 ( )
	LOAS	1 ( )
	Bolsa Família	2 ( )
	Outro	
	(_____)	3 ( )
	Qual foi a última série escolar que o(a)	
10.b1	Sr.(a) cursou?	
	Sem escolaridade	0 ( )
	1ª fase do ensino fundamental (incompl)	1 ( )
	1ª fase do ensino fundamental (compl)	2 ( )
	2ª fase do ensino fundamental (incompl)	3 ( )
	2ª fase do ensino fundamental (compl)	4 ( )
	Ensino Médio (incompleto)	5 ( )
	Ensino médio (completo)	6 ( )
	Ensino superior (incompleto)	7 ( )
	Ensino superior (completo)	8 ( )
	Qual o grau de instrução do	
10.b2	chefe da família?	
	Sem escolaridade/1ª fase do ensino fundamental (incompleto)	0 ( )
	1ª fase do ensino fundamental (compl)	1 ( )
	2ª fase do ensino fundamental (compl)	2 ( )
	Ensino médio (completo)	3 ( )
	Ensino superior (completo)	4 ( )
10.c	O local onde o(a) Sr.(a) vive é:	
	Própria	1 ( )
	Alugada	2 ( )
	Cedida	3 ( )
	Instituição (asilar/abrigo)	4 ( )
	Não tem moradia	5 ( )
	Outra	
	(_____)	6 ( )
	<b>Filtro – Se responder que não tem moradia, ir para a questão 11</b>	
10.d	Tipo de Moradia	
	Alvenaria	1 ( )
	Madeira	2 ( )
	Material reciclável	3 ( )



	Outros		
	(_____)	4	( )
10.e Número de cômodos da sua casa			
INCLUINDO o banheiro:	1 cômodo	1	( )
	2 cômodos	2	( )
	3 cômodos	3	( )
	4 cômodos	4	( )
	5 ou mais cômodos	5	( )

**Para as questões 10.f a 10.h responda:**

1 – (4 ou mais pessoas); 2 – (2 – 3 pessoas); 3 – (1 pessoa); 0 – Não se aplica

10.f ( ) Número de pessoas residentes em sua casa?

10.g ( ) Número de adultos maiores de 60 anos?

10.h ( ) Número de crianças menores de 12 anos?

---

**C. Saúde do caso confirmado de TB**

---

**Para as questões 11 a 13, responda:**

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

11 ( ) Com que frequência o(a) Sr.(a) deixa de realizar qualquer atividade habitual (trabalhar, estudar, lazer), por conta da TB?

12 ( ) Com que frequência o(a) Sr.(a) tem problemas relacionados ao tratamento ou à medicação?

13. Com que frequência o (a) Sr.(a):

13.a( ) Bebe?

13.b( ) Fuma?

13.c( ) Usa outras drogas?

---

**D. Porta de entrada**

---

**Para as questões 14 e 15, responda:**

1 – UBSF/PACS; 2 – UBS; 3 – Ambulatório de referência; 4 – Hospital público; 5 – Hospital privado; 6 – Consultório particular; 7 – Pronto-atendimento; 8 – Outros (\_\_\_\_\_); 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

14 ( ) Quando precisa de algum controle de saúde preventivo (vacina BCG), qual serviço de saúde o(a) Sr.(a) procura?

15 ( ) Qual foi o primeiro serviço de saúde que o(a) Sr.(a) procurou quando começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento)?

Endereço: \_\_\_\_\_

---

**E. Acesso ao diagnóstico**

---

**Para a questão 16, responda:**

1 – UBSF/PACS; 2 – UBS; 3 – Ambulatório de referência; 4 – Hospital público; 5 – Hospital privado; 6 - Consultório particular; 7 – Pronto-atendimento; 8 - Outros (\_\_\_\_\_);

0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

16 ( ) Qual foi o serviço de saúde que descobriu (diagnosticou) que o(a) Sr.(a) estava doente de TB? Endereço:

**Para a questão 17, responda:**

1 - (5 dias ou mais); 2 - (4 dias); 3 - (3 dias); 4 - (2 dias); 5 - (1 dia - 24 horas); 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

17 ( ) Quando o Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), quanto tempo demorou para conseguir uma consulta no serviço de saúde?

**Para as questões 18 e 19, responda:**

1 – 5 ou mais vezes; 2 – 4 vezes; 3 – 3 vezes; 4 – 2 vezes; 5 – 1 vez; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

18. ( ) Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), quantas vezes precisou procurar o serviço de saúde para conseguir atendimento?

19. ( ) Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), quantas vezes precisou procurar o serviço de saúde para descobrir que tinha TB?

**Para a questão 20, responda:**

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

20. ( ) Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), quanto tempo levou para descobrir que tinha TB?

**Para a questão 21, responda:**

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

21. ( ) Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), procurou o serviço de saúde mais perto da sua casa?

**Para as questões 22 a 28, responda:**

1 – Sempre; 2 – Quase sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

22. ( ) Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento) e procurou um serviço de saúde para consultar, demorou mais de 60 minutos para ser atendido?

23. ( ) Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), teve dificuldades para pedir informação por telefone no serviço de saúde?

24. ( ) Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), teve dificuldades para marcar consulta por telefone no serviço de saúde?

25. ( ) Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), teve dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde?

26. ( ) Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), precisou utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir até o serviço de saúde?

27. ( ) Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), gastou dinheiro com o transporte para ir até o serviço de saúde?
28. ( ) Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), perdeu o turno de trabalho ou compromisso para a consulta no serviço de saúde?

#### F. Acesso ao tratamento

##### Para as questões 29 a 33, responda:

- 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.
- 29 ( ) Se o Sr.(a) passar mal por causa da medicação ou da TB, consegue uma consulta médica no prazo de 24 horas na unidade de saúde que faz tratamento?
- 30 ( ) O Sr.(a) consegue pedir informações por telefone na unidade de saúde?
- 31 ( ) O Sr.(a) consegue marcar consultas para tratamento da TB por telefone na unidade de saúde?
- 32 ( ) Os profissionais da unidade de saúde que acompanham seu tratamento de TB costumam visitá-lo em sua moradia?
- 33 ( ) O(A) Sr.(a) faz o tratamento de TB na unidade de saúde mais próxima da sua casa?

##### Para as questões 34 a 39, responda:

- 1 – Sempre; 2 – Quase sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.
- 34 ( ) Quando o(a) Sr.(a) vai à unidade de saúde para consultar seu problema de TB, perde seu turno de trabalho ou compromisso?
- 35 ( ) O(a) Sr.(a) tem dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde para ser consultado?
- 36 ( ) Quando o(a) Sr.(a) vai à unidade de saúde para consultar seu problema de TB precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado?
- 37 ( ) Quando o(a) Sr.(a) vai à unidade de saúde para consultar, paga pelo transporte?
- 38 ( ) Durante o seu tratamento faltou medicamentos para TB?
- 39 ( ) Quando o(a) Sr.(a) vai à unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido?

#### G. Adesão/vínculo

##### Para as questões 40 a 50, responda:

- 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.
40. O senhor prossegue no tratamento devido a aspectos relacionados com:
- 40.a ( ) Família?
- 40.b ( ) Emprego/trabalho?
- 40.c ( ) Recuperação da auto-imagem e da auto-estima?
- 40.d ( ) Melhora nas condições de vida?
41. Com que frequência o (a) Sr.(a) recebe
- 41.a ( ) Família?

- apoio por parte:
- 41.b ( ) Colegas de trabalho?  
 41.c ( ) Amigos?  
 41.d ( ) Profissionais de saúde da unidade?  
 41.e ( ) Outras (\_\_\_\_\_)
42. ( ) Quando o(a) Sr.(a) vai à unidade de saúde para a consulta de TB, é atendido pelos mesmos profissionais?
43. ( ) Se o(a) Sr.(a) tem alguma dúvida sobre o seu tratamento, consegue falar com os mesmos profissionais da unidade de saúde que o atende?
44. ( ) Quando o(a) Sr.(a) faz alguma pergunta aos profissionais da unidade de saúde sente que é compreendido?
45. ( ) Os profissionais da unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está fazendo o tratamento respondem às suas perguntas de maneira clara?
46. ( ) Os profissionais da unidade de saúde dão tempo suficiente para que o(a) Sr.(a) fale suas dúvidas ou preocupações?
47. ( ) Durante o atendimento na unidade de saúde, os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde?
48. ( ) Os profissionais da unidade de saúde explicam sobre os medicamentos utilizados para o tratamento de TB?
49. ( ) Os profissionais da unidade de saúde perguntam sobre todos os medicamentos que o(a) Sr.(a) está utilizando?
50. ( ) O(A) Sr.(a) recomenda o atendimento desta unidade de saúde a um(a) amigo(a)?

**Para as questões 51 a 54, responda:**

1 – Sempre; 2 – Quase sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

51. Com que frequência o (a) Sr.(a) sente algum tipo de preconceito por parte:
- 51.a ( ) Família?  
 51.b ( ) Colegas de trabalho?  
 51.c ( ) Amigos?  
 51.d ( ) Profissionais de saúde da unidade?  
 51.e ( ) Outras (\_\_\_\_\_)

**G. Adesão/vínculo**

52. ( ) O(A) Sr.(a) já pensou em mudar da unidade de saúde por causa de algum profissional da unidade?
53. ( ) O(A) Sr.(a). necessita dos incentivos para o enfrentamento da doença e a continuidade do tratamento?
54. ( ) Algum paciente desta unidade queixou-se do atendimento de algum profissional?
55. ( ) Qual é sua opinião sobre a equipe de saúde que o atende? Dê uma nota: 1; 2; 3; 4; 5.

---

**H. Elenco de serviços**

---

**Para as questões 56 a 68, responda:**

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe. Com que frequência as ações a seguir são oferecidas pela equipe que acompanha o seu problema da TB?



77. ( ) Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado a outro serviço de saúde, os profissionais da unidade de saúde fornecem informações escritas sobre seu problema para entregar ao especialista?

**Filtro: Se o doente ainda não passou pelo especialista, ir à questão 81.**

78. ( ) O(A) Sr.(a) retorna à unidade de saúde com as informações escritas sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?
79. ( ) Os profissionais da unidade de saúde discutem com o(a) Sr.(a) sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?
80. ( ) Os profissionais da unidade de saúde são interessados em saber se o(a) Sr.(a) foi bem atendido no outro serviço?

### **J. Enfoque na família**

**Para as questões 81 a 88, responda:**

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

81. ( ) Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre as condições de vida das pessoas que moram com o Sr.(a) e/ou da sua família (emprego, moradia, saneamento básico)?
82. ( ) Os profissionais da unidade de saúde conhecem as pessoas que moram com o (a) Sr.(a) e/ou da sua família?
83. ( ) Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre doenças das pessoas que moram com o(a) Sr.(a) e/ou sua família?
84. ( ) Os profissionais da unidade de saúde perguntam se as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) e/ou sua família têm tosse, febre, emagrecimento?
85. ( ) As pessoas que moram com o(a) Sr.(a) e/ou sua família foram avaliadas com exame de escarro e/ou raio X e/ou PPD pelos profissionais da unidade?
86. ( ) Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) e/ou a sua família sobre a TB?
87. ( ) Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) e/ou a sua família sobre seu tratamento?
88. ( ) Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) e/ou a sua família sobre outros problemas de sua saúde?

### **K. Orientação para a comunidade**

**Para as questões 89 a 93, responda:**

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

89. ( ) As pessoas que trabalham e/ou estudam com o Sr(a) foram avaliadas com exame de escarro e/ou raio X e/ou PPD pelos profissionais da unidade?
90. ( ) O(A) Sr.(a) observa propagandas/campanhas/trabalhos educativos realizados pelos profissionais da unidade de saúde para informar a comunidade sobre a TB?
91. ( ) O(A) Sr.(a) observa que os profissionais da unidade de saúde desenvolvem ações de saúde com as Igrejas, Associações de Bairro, etc. para entrega do pote para coleta de escarro?

92. ( ) O(A) Sr.(a) observa que os profissionais da unidade de saúde solicitam a participação de alguém da comunidade para discutir o problema da TB?
93. ( ) O(A) Sr.(a) observa visitas dos profissionais da unidade de saúde na sua vizinhança, para a entrega do pote para coleta de escarro?
-

**ANEXO B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS  
(PROFISSIONAIS)**

PCATool – *Primary Care Assessment Tool*  
(MACINKO; ALMEIDA; OLIVEIRA, 2003)

**A TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA CIDADE  
DE TERESINA - PIAUÍ**

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

**II. Profissionais de saúde**

Número do questionário: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Responsável pela coleta de dados: \_\_\_\_\_

Data da coleta de dados: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**A. Informações gerais**

1. Iniciais: \_\_\_\_\_
2. Tipo de unidade
 

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

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

---

**B. Porta de entrada**

---

**Para as questões 12 a 13, responda:**

1 – UBSF/PACS; 2 – UBS; 3 – Ambulatório de referencia; 4 – Hospital Público;  
5 – Hospital Privado; 6 - Consultório particular; 7 – Pronto atendimento; 8 -  
Outros (\_\_\_\_\_)



12. ( ) Quando os usuários precisam de algum controle de saúde preventivo (vacinar BCG, exames de escarro), qual serviço de saúde eles procuram?
13. ( ) Qual o primeiro serviço de saúde que o usuário procura quando apresenta sinais/sintomas da TB?
- 

### C. Acesso ao diagnóstico

**Parar a questão 14, resposta:**

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

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

**Para as questões 15 a 16, resposta:**

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

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

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

**Para a questão 17, resposta:**

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

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

**Para a questão 18, resposta:**

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

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

**Para as questões 19 a 25, resposta:**

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

19. ( ) Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB, esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?

20. ( ) Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, os mesmos têm dificuldade para obter informações por telefone na unidade de saúde?

21. ( ) Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, os mesmos têm dificuldade para marcar consulta por telefone na unidade de saúde?

22. ( ) Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, têm dificuldade para se deslocarem até a unidade de saúde?

23. ( ) Para a consulta de diagnóstico de TB, os usuários precisam utilizar algum tipo de transporte motorizado para vir à unidade de saúde?

24. ( ) Durante as consultas para diagnóstico da TB, os usuários gastam dinheiro com transporte para vir à unidade de saúde?

25. ( ) Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, perdem o turno de trabalho ou compromisso para a consulta nos serviços de saúde?

### D. Acesso ao tratamento

---

D. Acesso ao tratamento

---

**Para as questões 26 a 30, responda:**

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

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

**Para as questões 31 a 36, responda:**

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

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

---

**E. Vínculo**

---

**Para as questões 37 a 49, responda:**

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

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

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

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

---

### G. Coordenação

---

**Para as questões 64 a 75, responda:**

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

64. ( ) Os profissionais utilizam prontuários quando estão examinando os doentes de TB?
65. ( ) As queixas dos doentes de TB são registradas nos prontuários?
66. ( ) Os resultados dos exames dos doentes de TB ficam disponíveis para o doente na unidade de saúde?
67. ( ) Os doentes de TB são comunicados sobre os agendamentos das consultas

de retorno na unidade de saúde?

**OBS.: Agora vamos falar sobre o encaminhamento do doente a outros serviços de saúde ou especialidades**

(Serviço Social, Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, Médico especialista, Nutricionista)

68. ( ) Quando os doentes apresentam algum outro problema de saúde, conseguem ser encaminhados para outro serviço de saúde?
69. ( ) Quando os doentes precisam ser encaminhados para outros serviços, os profissionais discutem com eles ou indicam os possíveis locais de atendimento?
70. ( ) Quando os doentes de TB são encaminhados para algum especialista, os profissionais da unidade de saúde ajudam a marcar a consulta?
71. ( ) Quando a consulta é agendada em outro serviço de saúde, o doente recebe comprovante de que a consulta foi marcada?
72. ( ) Quando os doentes de TB são encaminhados para outros serviços de saúde, os profissionais da unidade fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?
73. ( ) Quando os doentes de TB retornam à unidade de saúde, trazem informações escritas sobre a consulta realizada no outro serviço?
74. ( ) Os profissionais da unidade de saúde discutem com os doentes de TB os resultados da consulta realizada no outro serviço?
75. ( ) Os profissionais da unidade de saúde se preocupam com a assistência prestada por outros serviços aos doentes de TB?

### H. Enfoque na família

**Para as questões 76 a 83, responda:**

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

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

TB e/ou sua família sobre outros problemas de saúde?

---

### I. Orientação para a comunidade

---

**Para as questões 84 a 88, responda:**

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

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

---

### J. Formação profissional

---

**Para a questão 89, responda:**

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

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

**Para as questões 90 a 96, 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?

## ANEXO C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (GESTOR)

PCATool – *Primary Care Assessment Tool*  
(MACINKO; ALMEIDA; OLIVEIRA, 2003)

### A TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA CIDADE DE TERESINA - PIAUÍ

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 \_\_\_\_\_

Data da coleta de dados: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### A. Informações gerais

- 
1. Iniciais: \_\_\_\_\_
  2. Tipo de Unidade
 

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
 

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

#### Porta de entrada \_\_\_\_\_

#### 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 (\_\_\_\_\_)

12. ( ) Quando os usuários precisam de algum controle de saúde preventivo (vacina BCG, exames de escarro), qual serviço de saúde eles procuram?

13. ( ) Qual o primeiro serviço de saúde que o usuário procura quando apresenta sinais/sintomas da TB?

---

### C. Acesso ao diagnóstico

**Parar a questão 14, responda:**

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

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

**Para as questões 15 a 16, responda:**

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

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

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

**Para a questão 17, responda:**

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

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

**Para a questão 18, responda:**

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

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

**Para as questões 19 a 25, responda:**

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

19. ( ) Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB, esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?

20. ( ) Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, os mesmos têm dificuldade para obter informações por telefone na unidade de saúde?

21. ( ) Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, os mesmos têm dificuldade para marcar consulta por telefone na unidade de saúde?

22. ( ) Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, têm dificuldade para se deslocarem até a unidade de saúde?

23. ( ) Para consulta de diagnóstico de TB, os usuários precisam utilizar algum tipo de transporte motorizado para vir à unidade de saúde?

24. ( ) Durante as consultas para diagnóstico da TB, os usuários gastam dinheiro com transporte para vir à unidade de saúde?

25. ( ) Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, perdem o turno de trabalho ou compromisso para a consulta no serviços de saúde?

---

### D. Acesso ao tratamento

**Obs: Agora vamos falar da unidade de saúde onde o(a) sr.(A) trata a TB**

**Para as questões 26 a 30, responda:**

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

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

**Para as questões 31 a 36, responda:**

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

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

---

**E. Vínculo**


---

**Para as questões 37 a 49, responda:**

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

37. ( ) Os doentes de TB são examinados pelos mesmos profissionais cada vez que consultam?
38. ( ) Se os doentes de TB tiverem dúvidas sobre seu tratamento, conseguem falar com os mesmos profissionais que os atendem?
39. ( ) As dúvidas/questionamentos dos doentes de TB são compreendidos pelos profissionais que os atendem?
40. ( ) Os profissionais respondem às perguntas dos doentes de TB de forma clara?
41. ( ) Os profissionais dão tempo suficiente para que os doentes de TB explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?
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?
- 46a ( ) Família  
 46b ( ) Colegas de trabalho  
 46c ( ) Amigos  
 Profissionais de saúde da  
 46d ( ) 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 seguintes serviços:

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

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

---

### G. Coordenação

---

**Para as questões 64 a 75, responda:**

- 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica
64. ( ) Os profissionais utilizam prontuários quando estão examinando os doentes de TB?
65. ( ) As queixas dos doentes de TB são registradas nos prontuários?
66. ( ) Os resultados dos exames dos doentes de TB ficam disponíveis para o doente na unidade de saúde?

67. ( ) Os doentes de TB são comunicados sobre os agendamentos das consultas de retorno na unidade de saúde?

**Obs.: Agora vamos falar sobre o encaminhamento do doente a outros serviços de saúde ou especialidades**

(Serviço Social, Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, Médico especialista, Nutricionista)

68. ( ) Quando os doentes apresentam algum outro problema de saúde, conseguem ser encaminhados para outro serviço de saúde?

69. ( ) Quando os doentes precisam ser encaminhados para outros serviços, os profissionais discutem com eles ou indicam os possíveis locais de atendimento?

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

---

**J. Formação profissional**

---

**Para a questão 89, responda:**

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

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

**Para as questões 90 a 96, 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?





Continuação do Parecer: 1.605.789

- Identificar que serviços de saúde são procurados pelos pacientes ao iniciarem os sintomas de tuberculose, e em quais a tuberculose (TB) caracteriza-se como uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*.
- Verificar a adesão, o acesso e o acompanhamento ao tratamento de tuberculose;
- Relatar as ações de coordenação e controle de prontuários, exames, agendamentos, encaminhamentos e serviços realizados nas Unidades Básicas de Saúde.
- Identificar as práticas de educação em saúde voltadas para o controle da tuberculose, desenvolvidas pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde junto aos pacientes, familiares e comunidade.
- Verificar a disponibilização de recursos e incentivos financeiros direcionados ao controle da tuberculose em Teresina – PI.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes do estudo, pois não iremos realizar nenhum tipo de intervenção clínica, contudo estaremos manuseando informações fornecidas pelos participantes. Dentre os riscos previstos podemos citar o constrangimento ao responder o questionário proposto e o risco de vazamento de informações. Com o intuito de minimizar os riscos apresentados, os questionários serão aplicados individualmente em ambiente reservado e por pessoas da equipe de pesquisa que já estarão preparados para lidar com a população do estudo. Todos os participantes terão suas identidades preservadas e todo material coletado será manuseado somente pela equipe de pesquisa.

**Benefícios:**

Os benefícios deste estudo estão voltados ao público participante de forma indireta. Pois, de posse dos dados da pesquisa, poderemos compreender melhor o desempenho das ações voltadas para o controle da tuberculose que são realizados na Atenção Básica. Esse estudo nos permitirá conhecer a dinâmica das ações realizadas nas UBSs, bem como suas falhas e entraves, através da percepção do usuário, dos profissionais de saúde e dos gestores. Assim, servirá de orientação para melhorar a assistência aos pacientes com tuberculosos, desde o momento de seu diagnóstico até a alta, contribuindo para redução da incidência de casos de tuberculose em Teresina – PI.

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 1.605.789

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo relevante no cenário epidemiológico, que irá contribuir no controle de um problema que afeta um número importante da população.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados todos os termos obrigatórios.

**Recomendações:**

O TCLE anexado é somente uma minuta e portanto deve ser assinado somente na presença do participante.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto apto a ser desenvolvido.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_700434.pdf	22/04/2016 09:37:38		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_TUBERCULOSE.docx	22/04/2016 09:27:29	Ana Vannise de Melo Gomes	Aceito
Orçamento	orcamento_detalhado.docx	22/04/2016 09:19:20	Ana Vannise de Melo Gomes	Aceito
Cronograma	cronograma_detalhado.docx	22/04/2016 09:18:22	Ana Vannise de Melo Gomes	Aceito
Outros	Instrumento_de_Coleta_Gestor.docx	21/04/2016 15:49:19	Ana Vannise de Melo Gomes	Aceito
Outros	Instrumento_de_Coleta_Profissional.docx	21/04/2016 15:48:59	Ana Vannise de Melo Gomes	Aceito
Outros	Instrumento_de_Coleta_Paciente.docx	21/04/2016 15:48:25	Ana Vannise de Melo Gomes	Aceito
Outros	Curriculo_Ana_Vannise.pdf	21/04/2016 15:40:59	Ana Vannise de Melo Gomes	Aceito
Outros	Curriculos_Viriato_Campelo.pdf	21/04/2016 15:40:30	Ana Vannise de Melo Gomes	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_de_utilizaca	21/04/2016	Ana Vannise de	Aceito

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.605.789

Outros	o_de_dados.pdf	15:35:26	Melo Gomes	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade.pdf	21/04/2016 15:34:12	Ana Vannise de Melo Gomes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_da_instituicao_coparticant e.pdf	21/04/2016 15:32:48	Ana Vannise de Melo Gomes	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento.pdf	21/04/2016 15:30:56	Ana Vannise de Melo Gomes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclar ecido.pdf	21/04/2016 15:30:03	Ana Vannise de Melo Gomes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_dos_pesquisadores.pdf	21/04/2016 15:28:52	Ana Vannise de Melo Gomes	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	21/04/2016 15:27:50	Ana Vannise de Melo Gomes	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

TERESINA, 24 de Junho de 2016

*Prof. Dr. Herbert de Sousa Barbosa*

Assinado por:

**Adrianna de Alencar Setubal Santos  
(Coordenador)**

*Prof. Dr. Herbert de Sousa Barbosa*  
Coordenador CEP - UFPI  
Portaria PROPEQ Nº 01/2017

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br