

# Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços

## *Primary Health Care and tuberculosis: services evaluation*

Anneliese Domingues Wysocki<sup>I</sup>, Maria Amélia Zanon Ponce<sup>II</sup>, Maria Eugênia Firmino Brunello<sup>III</sup>, Aline Ale Beraldo<sup>III</sup>, Sílvia Helena Figueiredo Vendramini<sup>IV</sup>, Lúcia Marina Scatena<sup>V</sup>, Antonio Ruffino Netto<sup>VI</sup>, Tereza Cristina Scatena Villa<sup>III</sup>

**RESUMO:** *Introdução:* Visando controlar a tuberculose, o Ministério da Saúde recomenda a descentralização das ações de controle para a Atenção Primária à Saúde, sendo escassos os estudos acerca do desempenho do Programa de Controle da Tuberculose em contextos descentralizados. *Objetivo:* Avaliar o desempenho dos serviços da Atenção Primária à Saúde no tratamento da tuberculose. *Métodos:* Estudo avaliativo, realizado de maneira transversal em 2011. Foram entrevistados 239 profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde utilizando um instrumento estruturado com base no referencial de avaliação da qualidade dos serviços de saúde (estrutura, processo e resultado). O desempenho de tais serviços foi analisado mediante técnicas de estatística descritiva, validação e construção de indicadores e cálculo da variável reduzida Z. *Resultados:* Os indicadores “participação de profissionais no atendimento aos pacientes com tuberculose” (estrutura) e “referência e contrarreferência” (processo) foram os melhores avaliados, enquanto “capacitação dos profissionais” (estrutura) e “ações externas para o controle da tuberculose” (processo) tiveram os piores resultados. *Conclusão:* A descentralização das ações de controle da tuberculose vem ocorrendo de maneira verticalizada na Atenção Primária à Saúde. O desafio de controlar a tuberculose perpassa pela superação de fragilidades relacionadas ao envolvimento, à capacitação e à rotatividade profissional, que é a articulação entre os pontos de atenção e monitoramento das ações de controle na Atenção Primária à Saúde.

**Palavras-chave:** Tuberculose. Saúde pública. Avaliação em saúde. Avaliação de serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde. Equipe de assistência ao paciente.

<sup>I</sup>Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Três Lagoas (MS), Brasil.

<sup>II</sup>Faculdade de Ceres – São José do Rio Preto (SP), Brasil.

<sup>III</sup>Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>IV</sup>Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – São José do Rio Preto (SP), Brasil.

<sup>V</sup>Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba (MG), Brasil.

<sup>VI</sup>Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

**Autor correspondente:** Anneliese Domingues Wysocki. Rua Santa Luzia, 301, Jardim Santa Catarina, CEP: 15080-120, São José do Rio Preto, SP, Brasil. E-mail: lilisew@yahoo.com.br

**Conflito de interesses:** nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – processo 2011/08381-8 (doutorado); Auxílio Regular da FAPESP – processo 2011/09469-6 (projeto multicêntrico).

**ABSTRACT: Introduction:** In order to control tuberculosis, the Brazilian Ministry of Health recommends the decentralization of control actions directed to the Primary Health Care, and there are few studies on the performance of the Tuberculosis Control Program in decentralized contexts. **Objective:** To evaluate the performance of Primary Health Care services in tuberculosis treatment. **Methods:** This is an evaluative study with cross-sectional approach conducted in 2011. Two hundred and thirty-nine health professionals from Primary Health Care units were interviewed using a structured instrument based on the evaluation reference of the health services quality (structure – process – results). The performance of these services was analyzed applying techniques of descriptive statistics, validation, and construction of indicators and by determining the reduced variable “Z”. **Results:** The indicators “participation of professionals in tuberculosis patients’ care” (structure) and “reference and counterreference” (process) had the best evaluations, whereas “professional training” (structure) and “external actions for tuberculosis control” (process) had the worst results. **Conclusion:** The decentralization of tuberculosis control actions has been taking place in a vertical manner in Primary Health Care. The challenge of controlling tuberculosis involves overcoming constraints related to the engagement, training, and turnover rates among health professionals, which is a coordination between services and monitoring of control actions in Primary Health Care.

**Keywords:** Tuberculosis. Public health. Health evaluation. Health services evaluation. Primary Health Care. Patient care team.

## INTRODUÇÃO

Planos e estratégias de controle da tuberculose (TB) têm sido elaborados por órgãos e agências nacionais e internacionais de saúde ao longo dos anos, confirmando evidências de que a doença se configura como um persistente problema de saúde pública. Apesar disso, os indicadores epidemiológicos da TB permanecem insatisfatórios, estimando-se que, em 2011, houve aproximadamente nove milhões de novos casos da enfermidade no mundo, sendo que 1,4 milhões dos portadores foram a óbito pela doença<sup>1-2</sup>.

Buscando transpor barreiras de acesso e horizontalizar o atendimento aos pacientes com TB no Brasil, a descentralização das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) para a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido considerada como arranjo organizacional imprescindível para efetivar o controle da doença, constituindo-se um elemento de destaque nas recomendações adotadas pelo Ministério da Saúde<sup>2</sup>.

Assim, resgata-se a potencialidade da APS como eixo estruturante e ordenador da rede de serviços de saúde, com as funções de resolubilidade, coordenação e responsabilização<sup>3</sup>. No entanto, o manejo da TB como condição crônica requer reflexões a respeito dos contextos organizacional e operacional do sistema de saúde do Brasil, uma vez que a oferta de atenção é realizada de maneira fragmentada, reativa e episódica<sup>3</sup>.

Nesse cenário, desafios são lançados à reestruturação de uma rede assistencial que garanta a incorporação das responsabilidades do PCT pelos diversos pontos do sistema de saúde<sup>4</sup>.

Apesar das contribuições científicas à elaboração de diretrizes para o controle da TB<sup>5-13</sup>, são poucos os estudos operacionais referentes ao desempenho do PCT em contextos

descentralizados. Ademais, não existe clareza sobre os aspectos relacionados ao contexto e aos serviços de saúde que interferem no desempenho das ações de controle da doença, surgindo reflexões quanto à efetividade da descentralização. Reconhece-se, portanto, a potencialidade dos estudos avaliativos no fornecimento de informações e avanço de conhecimentos na transformação das situações de saúde, levantando-se a necessidade de avaliar os serviços da APS para o controle da TB em cenários descentralizados. Acredita-se que tais estudos possam subsidiar a elaboração de estratégias que fortaleçam o acesso da população às ações de controle da doença em conformidade com as recomendações do Ministério da Saúde<sup>14</sup>. Diante do exposto, o presente estudo objetivou avaliar o desempenho dos serviços de APS nas ações de tratamento da TB.

## MÉTODOS

Estudo avaliativo, parte do projeto multicêntrico “Avaliação da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose na perspectiva dos profissionais de saúde e doentes em municípios do Brasil”, realizado de maneira transversal em São José do Rio Preto, município paulista de grande porte, que, em 2010, apresentava uma população estimada de 408.258 habitantes<sup>15</sup>, com índice de desenvolvimento humano de 0,834 e índice de Gini de 0,50.

O município, em 2011, possuía rede municipal de saúde organizada de forma regionalizada em cinco distritos sanitários, compostos por 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 12 Unidades de Saúde da Família (USF), o que correspondia a uma cobertura de 21,2% da população pela estratégia; 5 unidades de pronto atendimento; 1 ambulatório regional de especialidades com PCT; 1 ambulatório especializado em doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS) e 6 hospitais. O atendimento aos pacientes com TB competia às equipes generalistas dos serviços da APS, em horário comercial, realizado por médicos, enfermeiras, auxiliares/técnicos de Enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) referências para TB, sob a retaguarda da equipe especializada do PCT municipal, no qual o coordenador do programa também realizava funções médicas assistenciais em uma carga horária semanal de 20 horas.

Os dados foram coletados no período de julho a dezembro de 2011, por meio de entrevistas com informantes-chave (*stakeholders*), constituídos pelos profissionais de saúde (médico, enfermeiro, auxiliares/técnicos de Enfermagem e ACS) executores das ações de controle da TB que compunham os 25 serviços da APS de São José do Rio Preto (unidades de observação). Adicionalmente às entrevistas, informações relacionadas aos recursos humanos e aos desfechos do tratamento da TB foram coletadas por meio do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Sistema Estadual de Notificação da Tuberculose (TBWEB), respectivamente.

Para realização das entrevistas, elaborou-se um instrumento estruturado a partir do referencial metodológico de avaliação da qualidade dos serviços de saúde (estrutura, processo e resultado)<sup>16</sup>. Os itens do instrumento foram elaborados com base em aporte bibliográfico voltado às ações de maior relevância para o tratamento da TB nos serviços de saúde em

níveis nacional e internacional<sup>17-21</sup>. Com a finalidade de verificar a adequação e a coerência dos itens do instrumento, realizou-se validação por consenso por meio da técnica de grupo nominal, sendo as entrevistas realizadas somente após adaptação das sugestões realizadas pelos especialistas técnicos e operacionais na temática.

Para o cálculo amostral da quantidade de entrevistas a serem realizadas, levantou-se o número de profissionais que atuavam nos serviços da APS pelo CNES e, a partir desta população total ( $n = 633$ ) e considerando erro amostral de 0,05, intervalo de confiança de 95% e valor  $p$  (proporção populacional) de 50%, obteve-se, por meio da equação

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

a amostra mínima de profissionais de 384. Esta foi corrigida em rela-

ção à população total de profissionais, chegando-se a uma amostra de 239 entrevistas. Foi conduzida amostragem por partilha proporcional de acordo com a categoria profissional. Para seleção dos serviços da APS, utilizou-se o processo de amostragem aleatório simples, e os informantes-chave que concordaram em participar do estudo foram entrevistados mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os serviços de saúde foram sorteados até que o número de profissionais previsto no cálculo da amostra fosse atingido.

Na análise dos dados, a caracterização dos informantes-chave ocorreu por meio de técnicas de estatística descritiva. A análise de desempenho dos serviços da APS, segundo os componentes avaliativos de estrutura e processo, foi realizada mediante validação de nove indicadores: cinco de estrutura – participação dos profissionais no atendimento aos pacientes com TB, capacitação de profissionais, acesso a instrumentos de registro, disponibilidade de insumos e articulação com outros níveis de atenção<sup>22</sup> – e quatro de processo – informações sobre a TB, tratamento diretamente observado (TDO), ações externas para o controle da TB e referência e contrarreferência para outros serviços de saúde.

Para avaliar o desempenho dos serviços da APS no tratamento da TB, calculou-se para cada indicador validado um valor padronizado denominado “variável reduzida  $Z$ ”, por meio da equação  $Z = \frac{P_i - \mu}{\sigma_p}$  (em que  $P_i$  é a proporção de cada serviço de saúde com as características estu-

dadas), a partir dos valores de referência (valor médio – considerando  $\mu = P$ ; proporção de todos os serviços de saúde com as características estudadas e desvio padrão) calculados com base nos resultados dos 1.037 profissionais de saúde entrevistados no projeto multicêntrico.

Como padrão de comparação, adotou-se como referência o valor de  $Z = 1$ , ou seja, um desvio padrão para observar diferenças entre  $P_i$  e  $\mu$ . Assim, serviços da APS cujos indicadores tiveram valor de  $Z$  entre -1 e 1 alcançaram o mesmo desempenho que a média geral (“bom”); serviços com  $Z > 1$  foram considerados satisfatórios e  $Z < -1$  foram insatisfatórios.

Para analisar a associação entre as variáveis que compuseram os indicadores e os serviços da APS (UBS e USF) que acompanhavam o paciente com TB, realizou-se o teste do  $\chi^2$  ou o teste exato de Fisher. Para análise do componente “resultado”, utilizaram-se indicadores convencionais de cura, abandono e óbito.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, conforme protocolo 3747/2011.

## RESULTADOS

Entre os 239 profissionais de saúde (11,3% – enfermeiros; 15,1% – médicos; 20,5% – auxiliares/técnicos de Enfermagem; 53,1% – ACS), 74,5% possuíam vínculo empregatício via contratação direta. Mais da metade dos médicos (52,8%) e enfermeiros (57,1%) das USF não era concursada. Médicos (61,1%) possuíam mais de um vínculo empregatício e tempo médio de permanência no atual serviço de saúde de 1,5 anos.

O desempenho dos serviços da APS para os indicadores “estrutura” e “processo” na atenção à TB pode ser observado na Figura 1. As proporções das UBS e USF segundo o desempenho para os indicadores avaliados são apresentadas nas Tabelas 1 e 2, na quais também se encontram os critérios avaliativos (variáveis) que compõem cada indicador.

Nota-se que o indicador “capacitação dos profissionais” para atendimento aos pacientes com TB obteve o pior desempenho do município ( $Z = -2,2$ ; Figura 1) tanto nas UBS como USF (Tabela 1), com baixa proporção de capacitação para atendimento em TB a auxiliares/técnicos de Enfermagem, médicos e ACS nos últimos três anos, especialmente nas UBS (Tabela 2). “Referência e contrarreferência” foi o indicador melhor avaliado no município (Figura 1), principalmente entre UBS (Tabela 1), apesar da baixa proporção de realização da contrarreferência (Tabela 2).

Houve associação estatisticamente significativa entre USF e participação do médico e ACS no atendimento aos pacientes com TB, capacitação em TB para médicos e auxiliares/técnicos de Enfermagem nos últimos três anos, acesso à ficha de notificação, prontuários e ficha de acompanhamento mensal, discussão com o paciente com TB sobre o local do TDO e oferecimento de visita domiciliar, conforme Tabela 2. Observou-se menor proporção de cura nas UBS em relação às USF entre 2008 e 2010. Notou-se aumento do abandono do tratamento da TB em 2011, sendo tal taxa superior nas UBS entre 2008 e 2011. As UBS apresentaram alta proporção de óbito em 2009 e 2011 (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

A literatura nacional oriunda de cenários pós-descentralizados das ações de controle do PCT para os serviços primários traz divergências. As situações favoráveis para o alcance dos indicadores de desfecho do tratamento da TB<sup>10,12</sup> contrapõem-se à queda nas taxas de adesão e cura<sup>6</sup>, dificuldades de acesso<sup>8,9</sup> e baixa integração entre ações e serviços de saúde no planejamento da assistência ao paciente<sup>13</sup>, não apontando melhores resultados entre serviços com diferentes formas de organização (descentralizada para a APS ou centralizada em serviços especializados)<sup>5,6,11</sup>. Revela-se, assim, que aspectos organizacionais intrínsecos a diferentes cenários e serviços de saúde interferem na capacidade de operacionalizar a descentralização.

Observa-se que os limites da incorporação das ações do PCT aos serviços da APS enraízam-se em questões relacionadas ao modelo de atenção à saúde vigente, à resistência e rotatividade de profissionais, à sobrecarga de funções e à falta de recursos humanos qualificados<sup>23</sup>, tal qual fora observado no presente estudo. De fato, apesar das possibilidades de a

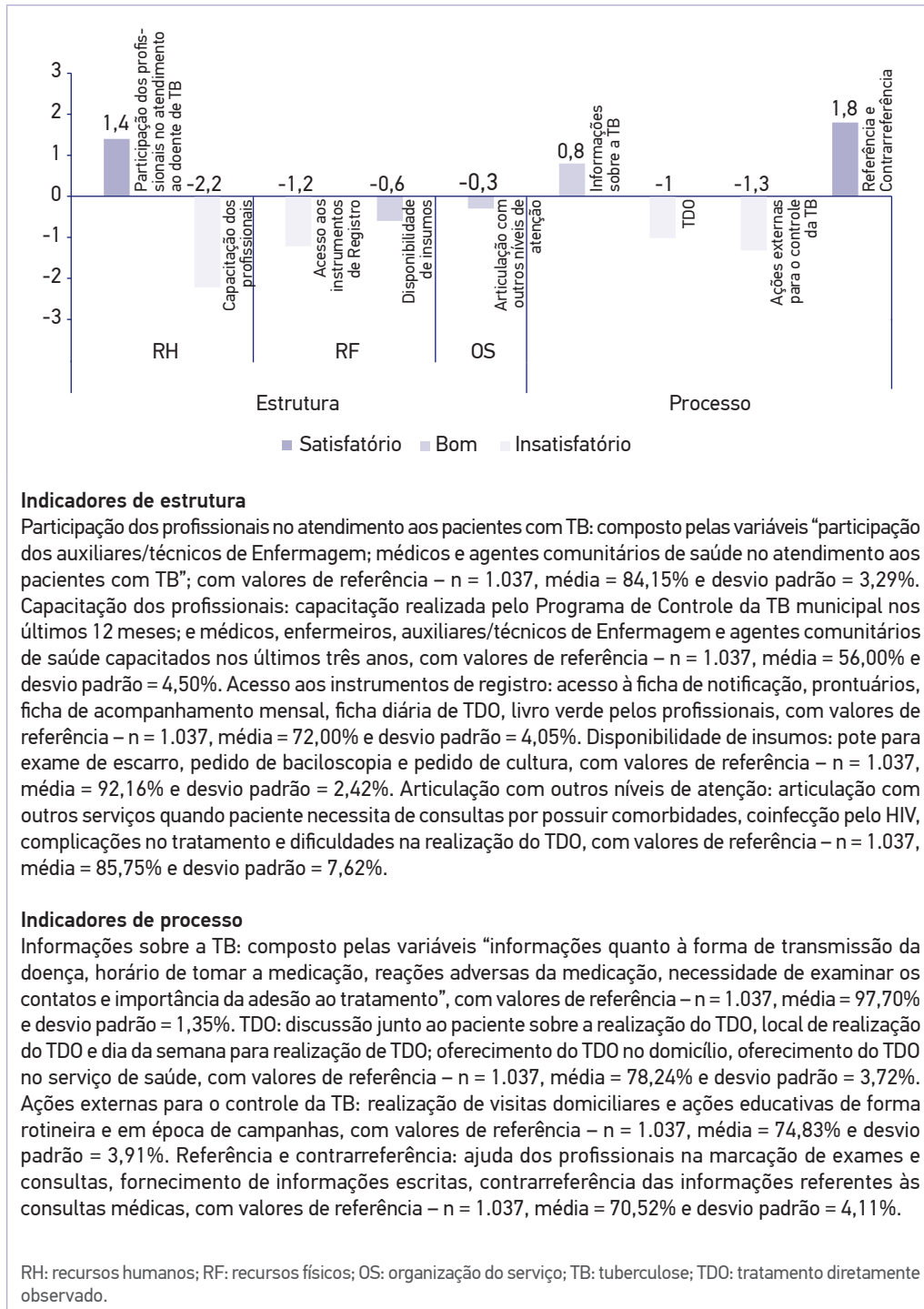


Figura 1. Indicadores de desempenho da estrutura e atenção proporcionada (processo) aos pacientes com tuberculose pelos serviços da Atenção Primária à Saúde, São José do Rio Preto, São Paulo, 2011.

APS desencadear ações baseadas na medicina preventiva com foco no trabalho em equipe, a satisfatória participação do grupo nas ações de controle da TB observada no presente estudo se contrapõe à medida que se observam ações de controle do agravo realizadas a partir da lógica do trabalho biomédico, de maneira fragmentada, por equipes de saúde da APS que apresentam baixa responsabilidade coletiva pelo trabalho e baixo grau de integração entre si<sup>3</sup>.

Em contraponto, pode ser observado o protagonismo do enfermeiro nas ações de controle da TB na APS, principalmente na gestão dos casos, levando a reflexões quanto ao manejo da doença em tais serviços. Se, por um lado, essa centralização das informações de acompanhamento e monitoramento dos casos junto aos enfermeiros permite maior rapidez no atendimento, acessibilidade a instrumentos de registro e controle das informações, por outro, é preciso pesar os limites desta atuação para que a equipe de saúde não fique alheia às ações das atividades de controle da TB nos serviços, tal como foi observado.

Embora estudos revelem melhor desempenho dos profissionais nas ações de controle da TB após a realização de treinamentos<sup>24</sup>, o baixo desempenho do indicador de capacitação

Tabela 1. Proporção de desempenho dos serviços da Atenção Primária à Saúde segundo os indicadores avaliados, São José do Rio Preto, 2011.

Componente avaliativo		Indicador	UBS			USF		
			Insatisfatório (%)	Bom (%)	Satisfatório (%)	Insatisfatório (%)	Bom (%)	Satisfatório (%)
Estrutura	RH	Participação dos profissionais no atendimento aos pacientes com TB	8,4	58,3	33,3	-	7,7	92,3
		Capacitação dos profissionais	66,6	16,7	16,7	46,2	30,8	23,0
	RF	Acesso a instrumentos de registro	58,3	-	41,7	38,5	38,5	23,0
		Disponibilidade de insumos	41,7	16,6	41,7	38,5	23,0	38,5
OS	Articulação com outros níveis de atenção	25,0	41,7	33,3	30,8	53,8	15,4	
Processo		Informações sobre a TB	8,3	-	91,7	7,7	30,8	61,5
		TDO	50,0	8,3	41,7	30,8	23,0	46,2
		Ações externas para o controle da TB	66,6	16,7	16,7	53,8	23,1	23,1
		Referência e contrarreferência	-	16,7	83,3	7,7	38,5	53,8

RH: recursos humanos; RF: recursos físicos; OS: organização do serviço; UBS: Unidades Básicas de saúde; USF: Unidades de Saúde da Família; TB: tuberculose; TDO: tratamento diretamente observado.

Tabela 2. Distribuição dos critérios avaliativos (variáveis) do tratamento da tuberculose segundo indicadores, componentes avaliativos e tipo de serviço da Atenção Primária à Saúde, São José do Rio Preto, São Paulo, 2011.

Componente avaliativo	Indicador	Crítérios avaliativos (variáveis)	UBS (n = 82)	USF (n = 157)	Valor p	
Estrutura	RH	Participação dos profissionais no atendimento aos pacientes com TB	Auxiliar/técnico de Enfermagem	66 (80,5%)	132 (84,1%)	0,4847
			Médico	78 (95,1%)	156 (99,4%)	0,0296 <sup>a</sup>
			Agente comunitário de saúde	64 (78,0%)	147 (93,6%)	0,0003
		Capacitação dos profissionais	Enfermeiros	46 (56,1%)	103 (65,6%)	0,1498
			Auxiliares/técnicos de Enfermagem	15 (18,3%)	61 (38,9%)	0,0011
			Médicos	27 (32,9%)	86 (54,8%)	0,0013
	Agente comunitário de saúde		28 (34,1%)	69 (43,9%)	0,1428	
	Capacitação realizada pelo PCT nos últimos 12 meses	35 (42,7%)	68 (43,3%)	0,9257		
	RF	Acesso a instrumentos de registro	Ficha de notificação	53 (64,6%)	125 (79,6%)	0,0116
			Prontuários	59 (72%)	144 (91,7%)	< 0,001
			Ficha de acompanhamento mensal de tratamento	47 (57,3%)	110 (70,1%)	0,0487
			Ficha diária de TDO	45 (54,9%)	102 (65,0%)	0,1280
			Livro verde	29 (35,4%)	66 (42,0%)	0,3169
		Disponibilidade de insumos	Pote para exame de escarro	79 (96,3%)	153 (97,5%)	0,6287 <sup>a</sup>
			Formulário para pedido de baciloscopia de escarro	72 (87,8%)	147 (93,6%)	0,1225
			Formulário para pedido de cultura de escarro	65 (79,3%)	129 (82,2%)	0,5864
OS	Articulação com outros níveis de atenção	Em casos de comorbidades	63 (76,8%)	124 (79,0%)	0,7019	
		Em casos de coinfeção pelo HIV	62 (75,6%)	128 (81,5%)	0,2819	
		Em casos de complicações no tratamento	73 (89,1%)	133 (84,7%)	0,3590	
		Em casos de dificuldades na realização do TDO	72 (87,8%)	123 (78,3%)	0,0731	

Continua...



Tabela 2. Continuação.

Componente avaliativo	Indicador	Critérios avaliativos (variáveis)	UBS (n = 82)	USF (n = 157)	Valor p
Processo	Informações sobre a TB	Quanto à forma de transmissão da TB	81 (98,8%)	156 (99,4%)	0,6388 <sup>a</sup>
		Quanto ao horário de tomar o medicamento	80 (97,6%)	155 (98,7%)	0,5050 <sup>a</sup>
		Quanto às reações adversas do medicamento	80 (97,6%)	152 (96,8%)	0,7455 <sup>a</sup>
		Quanto à necessidade de examinar os contatos	80 (97,6%)	154 (98,1%)	0,7864 <sup>a</sup>
		Quanto à importância da adesão ao tratamento	80 (97,6%)	156 (99,4%)	0,2348 <sup>a</sup>
	TDO	Necessidade de realização	53 (64,6%)	119 (75,8%)	0,0681
		Local de realização	48 (58,5%)	125 (79,6%)	0,0005
		Dia para realização	54 (65,9%)	121 (77,1%)	0,0630
		Oferecimento de TDO no domicílio	39 (47,6%)	92 (58,6%)	0,1035
		Oferecimento de TDO no SS	75 (91,5%)	138 (87,9%)	0,4006
	Ações externas para o controle da TB	Oferecimento de visita domiciliar aos casos prioritários de TB	73 (89%)	152 (96,8%)	0,0149 <sup>a</sup>
		Ações educativas em TB rotineiras	18 (22%)	52 (33,1%)	0,0716
		Ações educativas em TB em épocas de campanhas	74 (90,2%)	136 (86,6%)	0,4158
	Referência e contrarreferência	Auxílio na marcação de exames e consultas	76 (92,7%)	137 (87,3%)	0,2012
		Fornecimento de informações escritas	79 (96,3%)	143 (91,1%)	0,1332
		Contrarreferência das informações	41 (50%)	74 (47,1%)	0,6737

RH: recursos humanos; RF: recursos físicos; OS: organização do serviço; <sup>a</sup>: teste exato de Fischer; UBS: Unidades Básicas de Saúde; USF: Unidades de Saúde da Família; TB: tuberculose; TDO: tratamento diretamente observado; SS: serviço de saúde.

profissional revela a fragilidade da realização de ações educativas voltadas às equipes de saúde, principalmente entre auxiliares/técnicos de Enfermagem e médicos<sup>25</sup>. Isso confirma a limitada participação dos profissionais nessas capacitações, que se restringe na maioria das vezes ao enfermeiro. Apesar do processo de trabalho das equipes das USF valorizar a realização de educação permanente, parece que a dinâmica de organização dessas unidades

não tem permitido momentos para essa finalidade, conforme observado pela baixa proporção de USF com desempenho satisfatório para o indicador de capacitação de profissionais, reforçando novamente a atuação compartimentalizada e focada em único profissional da APS. Desse modo, revela-se a necessidade de se estabelecerem novas relações de trabalho, recolocando funções e atribuições de cada profissional de saúde de forma que a centralização do manejo do paciente com TB pelo enfermeiro seja superada e compartilhada com os demais membros da equipe<sup>26</sup>.

Aliadas às fragilidades de envolvimento e capacitação profissional identificadas, as múltiplas formas de contratação profissional decorrentes da descontinuidade político-partidária da gestão municipal podem ter sido usadas como controle político sobre as equipes, colaborando para a rotatividade de profissionais e breve permanência dos mesmos nos serviços de saúde da APS, como observado no momento do estudo. A importância dessas questões e da instabilidade de vínculo empregatício na realização de ações de saúde descontínuas<sup>6,25</sup> torna-se evidente ao se observar uma piora significativa dos indicadores de desfecho do tratamento em 2011, quando houve concurso público no município. Assim, a desmotivação profissional diante da descontinuidade de cargos ocupados na APS pode ter comprometido o desempenho desses profissionais, inclusive nas ações de controle da TB.

A situação dos médicos, no entanto, revela-se de maneira especial dada a carência e o pouco tempo de permanência desses profissionais nos serviços da APS. Portanto, juntamente à iniciativa do Ministério da Saúde em permitir a flexibilização da carga horária na APS<sup>27</sup> e na tentativa de manter estes profissionais nos serviços, em 2009, o município de estudo normatizou a gratificação dos médicos segundo sua produtividade. No entanto, tal iniciativa não conseguiu diminuir o pouco tempo de permanência dos profissionais nos serviços da APS, a multiplicidade de vínculos empregatícios e os tipos de vínculos (concurso/contratado) encontrados nesta classe profissional, tal como revelado nos achados deste estudo. Essa situação pode ter ocorrido em função da falta de planos de carreira e diferenças salariais existentes na APS, também observada em outros cenários<sup>28</sup>,

Tabela 3. Indicadores de cura, abandono e óbito entre os casos de tuberculose acompanhados pelos serviços da Atenção Primária à Saúde em São José do Rio Preto, São Paulo, de 2008 a 2011.

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

UBS: Unidades Básicas de Saúde; USF: Unidades de Saúde da Família; TB: tuberculose.

motivando a priorização de atividades profissionais junto a planos assistenciais de saúde privada em detrimento da atuação na APS e comprometendo o envolvimento desses profissionais nas ações voltadas às condições crônicas que demandam acompanhamento contínuo na APS, como a TB.

O desempenho insatisfatório do indicador de acesso a instrumentos de registros é revelado pela centralização destes em armário separado dos demais utilizados pelos profissionais de saúde das equipes, com a justificativa de facilitar o acesso pelo enfermeiro. Assim, se, por um lado, o preenchimento dos registros da tomada de medicação diária seja facilitado, por outro, surgem dificuldades no planejamento do cuidado assistencial por todos da equipe, que não participam da elaboração de um plano de cuidado comum e compartilhado com os demais membros. Tal aspecto corrobora a falta de articulação entre profissionais do mesmo serviço de saúde e aponta fragilidades na utilização das fichas de controle do tratamento da TB<sup>29</sup>. Nas USE, o melhor desempenho observado para este indicador pode decorrer da maior utilização dos instrumentos de registro pelos ACS, os quais, por concentrarem suas fichas de registro dentro dos prontuários, obrigatoriamente os manipulam para realizarem anotações de sua produção no trabalho, nem sempre relacionadas aos pacientes com TB acompanhados pelo serviço.

A restrição do acesso aos instrumentos de registro, principalmente prontuários e fichas de acompanhamento mensal de tratamento, vai ao encontro das dificuldades reveladas para a realização de anotações e utilização dos registros das informações<sup>30</sup> nos serviços da APS, ações essas que são consideradas como burocráticas, não prioritárias e secundárias à incorporação das ações programáticas ao serviço. Isso leva a prejuízos na qualificação dos processos de trabalho e, conseqüentemente, à integralidade e continuidade do cuidado, fragilizando o planejamento de intervenções pela equipe de saúde a partir das informações geradas na própria APS<sup>24,26,31</sup>.

Outro aspecto observado que também concorre negativamente à melhoria da qualidade assistencial, por meio da estratégia de automonitoramento pela própria equipe de saúde, é a falta de acesso e ausência de revisão dos livros de registro de controle do tratamento da TB (livro verde), que necessita ser periodicamente realizada pela equipe<sup>10</sup>. Assim, o fato de a gestão do PCT do município de estudo ter se mantido centralizada, embora as ações de controle da TB tenham sido descentralizadas para a APS, fez com que as atividades de acompanhamento e monitoramento dos indicadores da TB fossem realizadas apenas pelo coordenador central do programa. Desse modo, foram revelados indícios de que os serviços da APS se apropriam das informações relativas à TB apenas com o intuito de elaborar relatórios mensais de acompanhamento para atender às solicitações do gestor do PCT, não as utilizando como estratégia para a gestão do caso, tampouco para a organização das equipes.

Neste estudo, embora os insumos para executar o acompanhamento e o controle do tratamento da TB estivessem disponíveis nos serviços, o que pode ser revelado pelo bom desempenho desse indicador, tal disponibilidade não garantiu necessariamente a realização dos exames de monitoramento da doença<sup>5,19</sup>. Desse modo, pressupõe-se que o comprometimento dos profissionais de saúde seja essencial para o desempenho das atividades assistenciais.

A divisão do trabalho em saúde e a centralização das informações referentes aos casos de TB no enfermeiro nos serviços de APS estudados são evidenciadas pela variação do desempenho do indicador de disponibilidade de insumos, levando à compreensão de que uma vez que os ACS e auxiliares/técnicos de Enfermagem são profissionais que atuam secundariamente e pontualmente no acompanhamento do paciente com TB, eles desconhecem a presença destes insumos nos serviços, revelando novamente a incompreensão da totalidade da assistência prestada aos pacientes com TB.

Embora a análise do indicador de articulação dos serviços de APS com outros pontos de atenção tenha sido positiva, observa-se que na prática isso ocorre de maneira não formal, geralmente por telefone, sem registros. Com isso, uma vez que as informações não registradas sobre os pacientes em acompanhamento se perdem na ausência dos enfermeiros nos serviços, o que se agrava com a rotatividade profissional da APS, a continuidade da assistência prestada aos pacientes com TB pelas equipes de saúde torna-se deficiente, comprometendo a efetividade do programa<sup>30,32</sup>. Além disso, a observada insipiência na utilização da contrarreferência pelos serviços da APS é preocupante, uma vez que a efetividade da coordenação do cuidado depende de uma estrutura de regulação assistencial bem definida<sup>32</sup>. Adicionalmente, a inexistência e a não utilização das tecnologias de microgestão pela APS de São José do Rio Preto, como protocolos clínicos e sistemas de informação integrados, dificultam a incorporação de sistemas de referência e contrarreferência eficazes, também contribuindo para a falta de integração entre as ações de controle das doenças crônicas nos serviços de saúde.

Assim, há que se refletir sobre possíveis contradições relacionadas ao desempenho do indicador de “referência e contrarreferência”, satisfatoriamente avaliado devido à alta proporção de encaminhamentos, auxílio na marcação dos exames e consultas e fornecimento das informações escritas. Nota-se a vocação para realizar encaminhamentos e incipiência nas ações de contrarreferência das informações, constatada como nó crítico do sistema de saúde brasileiro<sup>32</sup>.

Observou-se que, apesar da importância da realização de visita domiciliar e de ações educativas ao paciente com TB, aos familiares e à comunidade para conduzir mudanças no processo de diagnóstico, emancipação ao autocuidado e adesão ao tratamento<sup>33</sup>, isso não tem feito parte da rotina de trabalho das equipes da APS, dado o desempenho insatisfatório do indicador de ações externas, possivelmente devido à superposição de tarefas e responsabilidades, incapacidade física dos serviços, falta de interesse da comunidade, preparo e comprometimento da equipe<sup>34</sup>. Nas USF, a utilização da visita domiciliar como ferramenta de acompanhamento das famílias parece ter favorecido a melhor avaliação do serviço para tal indicador.

Da mesma forma, apesar da importância da realização de orientações individuais sobre a doença para a educação e o empoderamento do paciente com TB<sup>18</sup>, elas têm sido realizadas pelas equipes dos serviços da APS de maneira pontual e voltadas a esclarecimentos técnicos do tratamento, o que corrobora o fato de que apesar de o indicador de informações sobre a TB ter alcançado bom desempenho, juntamente com os demais indicadores bem avaliados, não propiciou alcance de indicadores favoráveis de desfecho do tratamento.

Coerentemente com a avaliação insatisfatória do indicador de TDO, encontrou-se a diminuição da realização e efetivação da supervisão medicamentosa nas UBS, o que impactou diretamente e negativamente no aumento da proporção de abandono e óbitos entre 2008 e 2009. Outros estudos revelaram que a não valorização do TDO<sup>30</sup> e a resistência dos profissionais da APS, ante a incorporação desta atividade nos serviços<sup>22</sup>, podem decorrer tanto da historicidade da realização do TDO, inicialmente centralizada e implementada apenas por profissionais do PCT, como da rotatividade dos profissionais, fragilidade das capacitações realizadas e indisponibilidade de recursos materiais para o oferecimento do TDO no domicílio do doente<sup>18</sup>, fatos confirmados pela realização do TDO apenas nos serviços da APS.

Nas USF, entre 2008 a 2010, e nas UBS, entre 2009 e 2010, o abandono e o óbito apresentaram essa mesma tendência negativa, embora a realização de TDO tenha aumentado nos períodos correspondentes. Isso revela que a adesão ao tratamento não é assegurada pela disponibilidade gratuita dos medicamentos, tampouco pelo oferecimento de incentivos<sup>6,14</sup>. Questões relacionadas à estrutura organizacional dos serviços, à limitação do TDO, à observação da tomada medicamentosa e à articulação entre os profissionais do próprio serviço, entre os serviços da APS e a coordenação do programa, podem ter influenciado nesse resultado. Ademais, reconhece-se que aspectos relacionados aos pacientes com TB também podem tê-los motivado a abandonarem o tratamento, embora não tenha sido o objeto deste estudo. Nesse sentido, enfatiza-se a necessidade de que sejam realizadas avaliações com todos os atores envolvidos no processo.

## CONCLUSÃO

Os resultados apontam para o reconhecimento das questões limitantes ao controle da TB nos serviços da APS, sendo identificadas: fragilidade no envolvimento dos profissionais junto às ações de controle; verticalização centralizada das ações de controle no âmbito da APS; rotatividade de profissionais; debilidades no processo de capacitação profissional; necessidade de avançar na articulação entre os pontos de atenção à saúde e debilidades quanto às estratégias de monitoramento das ações de controle da TB desenhadas no contexto da APS.

O alcance de melhores indicadores do tratamento da TB perpassa pela melhoria dos aspectos estruturais e organizacionais da APS. Revela-se o desafio de descentralizar as ações de controle da TB para a APS, o que reforça a necessidade de reorganizar e fortalecer este nível de atenção, amparando-se nos pressupostos do compromisso político e nas habilidades de gestão e recomendando-se uma maior articulação entre a coordenação do PCT e os serviços da Atenção Básica como forma de empoderamento dos mesmos no empreendimento das ações de controle da doença.

Superar as deficiências quanto ao desempenho desses serviços no controle da TB requer que atores-chave dos espaços meso e micro do Sistema de Saúde se envolvam e se articulem de forma que a fragmentação e a centralização do cuidado existentes sejam superadas.

## REFERÊNCIAS

- World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report, 2012. Geneva: WHO; 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Controle da tuberculose: uma proposta de integração Ensino-serviço. 5. ed. Brasília, DF; 2002.
- Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512p.
- Unis D. Papel da atenção básica no controle da tuberculose. *Rev Epidemiol Control Infec* 2012; 2(3): 120-1.
- Ignotti E, Oliveira BF, Hartwig S, Oliveira HC, Scatena JH. Análise do Programa de Controle da Tuberculose em Cáceres, Mato Grosso, antes e depois da implantação do Programa de Saúde da Família. *J Bras Pneumol* 2007; 33(3): 287-94.
- Silva JA, Ogata MN, Machado ML. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. *Rev Eletr Enferm* 2007; 9(2): 389-401.
- Souza MS, Pereira SM, Marinho JM, Barreto ML. Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(6): 998-1005.
- Marcolino AB, Nogueira JA, Ruffino-Netto A, Moraes RM, Sá LD, Villa TC, et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux – PB. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(2): 144-57.
- Figueiredo TM, Villa TC, Scatena LM, Gonzales RI, Ruffino-Netto A, Nogueira JA, et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(5): 825-31.
- Marreiro LS, Cruz MA, Oliveira MN, Garrido MS. Tuberculose em Manaus, Estado do Amazonas: resultado de tratamento após a descentralização. *Epidemiol Serv Saúde* 2009; 18(3): 237-42.
- Scatena LM, Villa TC, Ruffino-Netto A, Kritski AL, Figueiredo TM, Vendramini SH, et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(3): 389-97.
- Marqueviz J, Alves IS, Neves EB, Ulbricht L. A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). *Cienc Saúde Coletiva* 2013; 18(1): 265-71.
- Trigueiro JV, Nogueira JA, Sá LD, Palha PF, Villa TC, Trigueiro DR. Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. *Rev Latino-Am Enferm* 2011; 19(6): [8 telas].
- Sá LD, Oliveira AA, Souza KM, Palha PF, Nogueira JÁ, Villa TC. Abandono do tratamento e elenco de serviços no cuidado ao doente de tuberculose. *Rev Enferm UFPE* 2010; 4(3): 178-86.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Resultado dos dados do Censo 2010 [acesso em 24 fev 2012]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censos>
- Donabedian A. The effectiveness of quality assurance. *Int J Qual Health Care* 1996; 8(4): 401-7.
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose. Brasília, DF; 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica: Protocolo de Enfermagem. Brasília, DF; 2011.
- Williams G, Alarcon E, Jittimane S, Walusimbi M, Sebek M, Berga E, et al. Starting treatment: caring for patients and their families. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008; 12(5): 493-7.
- Williams G, Alarcon E, Jittimane S, Walusimbi M, Sebek M, Berga E, et al. Care during the intensive phase: promotion of adherence. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008; 12(6): 601-5.
- Williams G, Alarcon E, Jittimane S, Walusimbi M, Sebek M, Berga E, et al. Care during the continuation phase. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008; 12(7): 731-5.
- Scatena LM, Wysocki AD, Beraldo AA, Magnabosco GT, Brunello ME, Ruffino Netto A, et al. Validação e confiabilidade: instrumento para avaliação de serviços que tratam tuberculose. *Rev Saúde Pública* 2015; 49(1): 7.
- Cunha NV, Cavalcanti ML, Costa AJ. Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia Saúde da Família em jardim Catarina – São Gonçalo (RJ), 2010. *Cad Saúde Coletiva* 2012; 20(2): 177-87.
- Spagnuolo RS, Juliani CM, Spiri WM, Bocchi SC, Martins TF. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional. *Cienc Cuid Saúde* 2012; 11(2): 226-34.
- Nogueira JA, Sá LD, França UM, Almeida AS, Lima DS, Figueiredo TM, et al. O sistema de informação e o controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba – Brasil. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(1): 125-31.
- Ponce MA, Wysocki AD, Scatolin BS, Andrade RL, Arakawa T, Ruffino-Netto A, et al. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(5): 945-54.

27. Fontenelle LF. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. *Rev Bras Med Fam Com* 2012; 7(22): 5-9.
28. Medeiros CR, Junqueira AG, Schwingel G, Carreno I, Jungles LA, Saldanha OM. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da família. *Cienc Saúde Coletiva* 2010; 15(Supl 1): 1521-31.
29. Wendling AP, Modena CM, Schall VT. O abandono do tratamento da tuberculose sob a perspectiva dos gerentes de diferentes Centros de Saúde de Belo Horizonte-MG, Brasil. *Texto Contexto Enferm* 2012; 21(1): 77-85.
30. Heufemann NE, Gonçalves MJ, Garnelo ML. Avaliação do programa de controle da tuberculose em cenário amazônico: desafios em Coari. *Acta Amazonica* 2012; 43(1): 33-42.
31. Cavalcanti ML, Carvalho RM, Santos ML, Sucupira ED, Pessanha GP, Medeiros DA, et al. Processos de registro e gerenciamento concernentes aos sistemas de informação da tuberculose do estado do Rio de Janeiro prioritários segundo o Fundo Global Tuberculose Brasil, 2009/2010. *Cad Saúde Coletiva* 2012; 20(2): 161-8.
32. Assis EG, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM, Cardozo-Gonzalez RI, Palha PF, et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(1): 111-8.
33. Curto M, Scatena LM, Andrade RL, Palha PF, Assis EG, Scatolin BE, et al. Controle da tuberculose: percepção dos doentes sobre orientação a comunidade e participação comunitária. *Rev Latino-Am Enferm* 2010; 18(5): [8 telas].
34. Feliciano KV, Kovacs MH, Sarinho SW. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(3): 520-7.

Recebido em: 20/08/2015

Versão final apresentada em: 29/03/2016

Aprovado em: 23/04/2016