

# Avaliação de desempenho de Serviços da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose\*

PERFORMANCE EVALUATION OF PRIMARY CARE SERVICES FOR THE TREATMENT OF TUBERCULOSIS

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE SERVICIOS DE LA ATENCIÓN BÁSICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

**Daiane Medeiros da Silva<sup>1</sup>, Jordana de Almeida Nogueira<sup>2</sup>, Lenilde Duarte de Sá<sup>2</sup>, Anneliese Domingues Wysocki<sup>3</sup>, Lucia Marina Scatena<sup>4</sup>, Tereza Cristina Scatena Villa<sup>5</sup>**

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar o desempenho dos serviços de Atenção Básica para o tratamento da tuberculose segundo o referencial de avaliação dos serviços de saúde (estrutura/processo) em Cabedelo, município portuário da Paraíba. **Método:** Pesquisa avaliativa, quantitativa, de corte transversal onde foram realizadas 117 entrevistas com os profissionais de saúde, através de um instrumento estruturado. A análise pautou-se na construção de indicadores, utilizando-se valor padronizado para a variável reduzida ( $z=1$ ). **Resultados:** Os indicadores estruturais apresentaram desempenho regular para as variáveis: capacitação profissional; acesso a instrumentos de registro; articulação com outros serviços. Quanto ao processo, os indicadores relacionados às ações externas e informações sobre a doença apresentaram desempenho insatisfatório. O tratamento diretamente observado e os fluxos de referência/contrarreferência tiveram desempenho regular. **Conclusão:** A qualificação profissional focalizada, a fragmentação das práticas e a atenção domiciliar assistemática, constituem em obstáculos para o desempenho de ações voltadas à prestação do cuidado ampliado, contínuo e resolutivo.

## DESCRIPTORIOS

Tuberculose  
Atenção Primária à Saúde  
Avaliação dos Serviços de Saúde  
Equipe de assistência ao paciente

## ABSTRACT

**Objective:** Evaluating the performance of primary care services for the treatment of tuberculosis according to the assessment referential of health services (structure/process) in Cabedelo, a port city in the state of Paraíba. **Method:** An evaluation quantitative, cross-sectional study, in which were carried out 117 interviews with health professionals using a structured instrument. The analysis was based on the construction of indicators using a standardized value for the reduced variable ( $z=1$ ). **Results:** The structural indicators showed regular performance for the following variables: professional training, access to record instruments and coordination with other services. The process indicators related to external actions and information about the disease had unsatisfactory performance. The directly observed treatment and the flows of reference/counter-reference had regular performance. **Conclusion:** The focused professional qualification, the fragmentation of practices and the unsystematic home care constitute obstacles for carrying out actions aimed at providing expanded, continuous and resolute care.

## DESCRIPTORS

Tuberculosis  
Primary Health Care  
Evaluation of Health Services  
Patient care team

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar el desempeño de los servicios de Atención Básica para el tratamiento de la tuberculosis según el marco de referencia de evaluación de los servicios de salud (estructura/proceso) en Cabedelo, municipio portuario de Paraíba. **Método:** Investigación evaluativa, cuantitativa, de corte transversal en donde se llevaron a cabo 117 entrevistas con los profesionales de salud, mediante un instrumento estructurado. El análisis se pautó en la construcción de indicadores, utilizándose valor estandarizado para la variable reducida ( $z=1$ ). **Resultados:** Los indicadores estructurales presentaron desempeño regular para las variables: capacitación profesional; acceso a instrumentos de registro; articulación con otros servicios. En cuanto al proceso, los indicadores relacionados con las acciones exteriores e informaciones acerca de la enfermedad presentaron desempeño insatisfactorio. El tratamiento directamente observado y los flujos de referencia/contrarreferencia tuvieron desempeño regular. **Conclusión:** La cualificación profesional enfocada, la fragmentación de las prácticas y la atención domiciliaria asistématica se constituyen en obstáculos para el desempeño de acciones dirigidas a la prestación del cuidado ampliado, continuo y resolutivo.

## DESCRIPTORES

Tuberculosis  
Atención Primaria de Salud  
Evaluación de los Servicios de Salud  
Grupo de atención al paciente

\*Extraído do projeto multicêntrico "Avaliação da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose em municípios da região Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil", Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2011. <sup>1</sup>Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. <sup>2</sup>Professora Associada, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. <sup>3</sup>Doutoranda, Programa de Pós-Graduação Interunidades em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. <sup>4</sup>Professora Adjunta, Departamento de Medicina Social e do Programa de Mestrado Profissional em Inovação Tecnológica, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil. <sup>5</sup>Professora Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

## INTRODUÇÃO

O percurso histórico da tuberculose (TB) comprova que os avanços tecnológicos relacionados à descoberta de medidas preventivas e terapia medicamentosa para a cura, ocorridos no século XX, proporcionaram importantes mudanças no tratamento e na representação social da doença. Porém, oponente aos progressos obtidos, destaca-se neste milênio como a doença que mais mata no mundo, encontrando-se em franca expansão nos países de baixa visibilidade social, entre os segmentos populares mais empobrecidos<sup>(1)</sup>.

No cenário mundial, a taxa de incidência da TB vem diminuindo desde 2002 em 1,3% ao ano. No entanto, no ano de 2012, a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>(2)</sup> estimou a ocorrência de 8,6 milhões de casos de TB no mundo, sendo 1,1 milhões de mortes entre pessoas com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) negativo e 0,35 milhões de óbitos em coinfectados TB/HIV. O Brasil, apesar da redução recente do número de casos, em 2012 notificou 70.047 casos novos da doença, com uma incidência estimada de 36,1 casos por 100.000 habitantes.

Em Cabedelo-PB, um dos municípios selecionados para realização deste estudo, foram notificados em 2012, 31 casos de TB, com uma taxa de incidência de 46,59/100.000 e coinfeção com HIV de 13,3%. Ainda nesse período, registrou 74,2% de cura ao tratamento, 19,4% de abandono, 6,5% de óbitos, o que contraria ainda os percentuais recomendados pela OMS, de 85% de cura e 5% de abandono<sup>(3)</sup>.

Há evidências de que a permanência da TB no território nacional reflete o estágio de desenvolvimento social do país, cujos determinantes de estado de pobreza, a fragilidade das organizações dos serviços de saúde e as deficiências quanti-qualitativas da gestão limitam as ações de controle da doença<sup>(4)</sup>.

No aspecto organizacional, a produção do cuidado direcionada aos casos de TB é diretamente influenciada pelo modo como se organiza a rede de serviços de atenção à saúde. Segundo os preceitos do Sistema Único de Saúde Brasileiro – em conformidade a Política Nacional da Atenção Básica – pressupõe-se que a atenção aos casos estruture-se tendo a Saúde da Família como centro ordenador e integrador da rede de serviços de saúde<sup>(5)</sup>.

Contudo, o descompasso entre a transferência de responsabilidades das ações de controle da TB para os serviços de Atenção Básica (AB) e a capacidade de resposta das equipes para o manejo da doença tem inviabilizado o estabelecimento desses serviços como porta de entrada dos casos suspeitos. O esclarecimento diagnóstico é feito tardiamente, cabendo aos ambulatórios especializados a oferta de ações de detecção e tratamento de casos<sup>(6-7)</sup>.

Considerando o manejo dos casos em tratamento de TB, pressupõe-se atenção continuada, atributo relevante do cuidado em diferentes níveis: seja na relação entre usuário e equipe, entre funcionários de uma determinada

especialidade ou entre especialistas e organizações, níveis ou setores do cuidado<sup>(8)</sup>. O Tratamento Diretamente Observado (TDO), elemento-chave da estratégia da terapia diretamente observada de curta duração – *Directly Observed Treatment Short Course* (DOTS) – alia-se a uma abordagem terapêutica potencialmente capaz de modelar-se às singularidades dos núcleos familiares e assegurar a continuidade do cuidado. O TDO, portanto, vai além da vigilância isolada da tomada das medicações, pois solicita maior responsabilidade da equipe de saúde ao incluir a necessidade de fortalecimento do vínculo como elemento estruturante na atenção e controle da TB<sup>(9-10)</sup>.

Estudos<sup>(9,11)</sup> realizados em diversas regiões do Brasil mostram que o TDO constitui-se um momento oportuno para valorização da queixa, subjetividade, comunicação social, relação de escuta e de empatia com o usuário permitindo, desta forma, a ampliação do foco terapêutico para além do diagnóstico médico e do tratamento.

Nessa direção, valorizar a avaliação como ferramenta para identificar e localizar problemas relacionados à oferta e ao manejo dos casos; equidade no acesso; de integração dos serviços; possíveis dissonâncias e carências de treinamento; e construção de competências reveste de importância a realização desse tipo de estudo.

Apesar da relevância da temática, poucos estudos nacionais e internacionais abordam a avaliação do desempenho dos serviços de saúde para a atenção ao tratamento de casos de TB. Em geral voltam-se para análise de indicadores de resultados, como a taxa de cura e de abandono e de retardo do diagnóstico<sup>(7,12-13)</sup>.

Logo, optou-se por avaliar o desempenho dos serviços de AB para o tratamento da TB considerando os componentes *estrutura (capacidade) e processo (atenção proporcionada)*. A *estrutura* corresponde aos recursos necessários que propiciam a oferta de serviços (recursos físicos, recursos humanos e fontes para a manutenção da infraestrutura e tecnologias existentes para a execução dos serviços). *Processo* diz respeito ao conjunto de atividades e procedimentos empregados no manejo dos recursos, sejam por parte dos profissionais de saúde que ofertam a atenção (atenção proporcionada), ou àquelas que representam atividades da população (atenção recebida)<sup>(14-15)</sup>.

No contexto da TB, a avaliação destes componentes permitem mensurar o impacto das ações implementadas; identificar problemas operacionais e dificuldades enfrentadas no controle da doença; gerar informações capazes de reorientar a prática de cuidados<sup>(16)</sup>. Portanto, considerando a avaliação como uma alternativa eficaz e necessária para o monitoramento das ações de saúde, este estudo propõe-se a avaliar o desempenho dos serviços da AB para o tratamento da TB a partir de indicadores de avaliação *estrutura e processo*, uma vez que perpassam todos os aspectos relacionados à capacidade de produzir e ofertar serviços adequados às necessidades da comunidade.

## MÉTODO

Pesquisa avaliativa, quantitativa, de corte transversal, realizada em Cabedelo, município portuário pertencente à região metropolitana de João Pessoa-PB, prioritário para o controle da TB no Estado. A região integra o projeto multicêntrico desenvolvido nos municípios de Foz do Iguaçu-PR, Uberaba-MG, São José do Rio Preto-SP, Cabedelo-PB e Natal-RN. A rede de Atenção Básica do município constitui-se de 19 equipes de Saúde da Família alocadas em 19 Unidades de Saúde da Família (USF), o que representa uma cobertura de 85% do território.

Os dados foram coletados entre julho a dezembro de 2011. Entrevistas com profissionais de saúde que atuavam nas USF foram realizadas utilizando um instrumento estruturado, elaborado pelo Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose, contendo indicadores de avaliação do desempenho dos profissionais de saúde no acompanhamento dos casos de TB no âmbito da AB<sup>(17)</sup>.

Para o cálculo da amostra de profissionais a serem entrevistados, foi levantado o número de profissionais que atuavam nos serviços de AB dos municípios por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, excluindo-se profissionais que se apresentassem em duplicidade, que trabalhassem nos serviços especializados, estabelecimentos hospitalares e clínicas particulares, a fim de não superestimar a amostra.

Tendo como referencial a população total de profissionais de saúde que atuavam na AB dos municípios que fizeram parte do projeto multicêntrico (Uberaba-MG = 489; SJRP-SP = 633; Foz do Iguaçu-PR = 518 e Natal-RN = 976), e considerando para o cálculo da amostra mínima os parâmetros: erro amostral de 0,05; intervalo de confiança de 95% e P (proporção populacional) de 50%, obteve-se a amostra mínima de profissionais a serem entrevistados. O valor obtido foi corrigido em relação à população total de profissionais. A partir desse cálculo, definiu-se o número de 1.037 profissionais a serem entrevistados, sendo: 239 em SJRP-SP, 216 em Uberaba-MG, 225 em Foz do Iguaçu-PR, 240 em Natal-RN e 117 em Cabedelo-PB. A quantidade de cada categoria profissional a ser entrevistada foi definida por meio de partilha proporcional.

A ordem das entrevistas foi realizada a partir do sorteio dos serviços de saúde e todos profissionais de saúde identificados como informantes-chave do estudo (trabalhadores da AB do município em 2011 que acompanharam algum caso de TB há no mínimo seis meses) foram entrevistados. Os sorteios foram realizados até que o número de profissionais previsto no cálculo da amostra fosse atingido.

Os dados foram analisados por técnicas de estatística descritiva, sendo criados indicadores de avaliação do desempenho dos serviços de saúde segundo os componentes avaliativos de estrutura e processo. Para a construção dos indicadores deste estudo foram considerados os resultados

do projeto multicêntrico como referência<sup>(17)</sup>. Assim, as variáveis do instrumento de coleta de dados aplicado aos 1.037 profissionais, em 123 serviços de saúde, das 3 regiões do país estudadas (Sul, Sudeste e Nordeste) possibilitaram a criação de cinco indicadores de referência de estrutura e quatro indicadores de processo, totalizando nove indicadores.

Cada indicador de referência correspondeu à média  $\mu = P$  (P igual à proporção da característica estudada) e desvio-padrão dos itens do questionário que compunham cada indicador. Os indicadores de referência construídos do componente *estrutura* foram: indicador de profissionais (composto pelas variáveis profissionais envolvidas com o atendimento aos doentes de TB, auxiliares/técnicos de enfermagem, médicos e agentes comunitários de saúde) com valores de referência (84,2%  $\pm$  3,3%); indicador de capacitação (capacitação realizada pela vigilância epidemiológica e profissionais médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde capacitados nos últimos três anos) com valores de (56,0%  $\pm$  4,5%); indicador de acesso a instrumentos de registro (acesso à ficha de notificação, prontuários, ficha de acompanhamento mensal, ficha diária de Tratamento Diretamente Observado – TDO e livro de registros de casos pelos profissionais) com valores (72,0%  $\pm$  4,1%); indicador de disponibilidade de insumos (pote para exame de escarro, pedido de baciloscopia, pedido de cultura) com valores (92,2%  $\pm$  2,4%); indicador de articulação do serviço de saúde com outros níveis de atenção (doente necessita de consultas por possuir comorbidades, doente necessita de consultas por ser coinfestado pelo HIV, doente necessita de consultas quando há complicações no tratamento, doente necessita de consultas quando há dificuldades na realização do TDO) com valores (85,8%  $\pm$  7,6%).

Os indicadores de referência construídos do componente *processo* foram: indicador de informações sobre a TB (quanto à forma de transmissão da doença, horário de tomar a medicação, reações adversas, necessidade de examinar os contatos, importância da adesão ao tratamento) com valores (97,7%  $\pm$  1,4%); indicador de TDO (discussão junto ao doente sobre a realização do TDO, local de realização do TDO, dia da semana para realização de TDO, o serviço oferece TDO no domicílio, o serviço oferece TDO no serviço de saúde) com valores (72,2%  $\pm$  3,7%); indicador de ações externas para o controle da TB (visitas domiciliares, ações educativas de forma rotineira, ações educativas em época de campanhas) com valores (74,8%  $\pm$  3,9%); indicador de referência e contrarreferência para outros serviços de saúde (profissionais ajudam na marcação dos exames/consultas, fornecem informações escritas, há contrarreferência das informações referentes às consultas) com valores (70,5%  $\pm$  4,1%).

A partir dos indicadores de referência, um indicador foi calculado para o município e para cada serviço de saúde utilizando o valor padronizado de  $z = P_i - \mu / \sigma p$  ( $P_i$ , proporção de cada serviço de saúde com as características estudadas e/ou proporção do município com as características estudadas;  $\mu$ , indicador de referência e  $\sigma p$ , desvio-padrão), considerando a aproximação da

distribuição binomial à distribuição normal. Como critério para avaliação de desempenho das USF e do município quanto à estrutura e atenção proporcionada aos doentes de TB em tratamento considerou-se valor de  $Z = 1$  ou  $Z = -1$ , ou seja, um desvio-padrão para observar as diferenças entre  $\pi$  e  $\mu$ . Desta forma, as USF avaliadas com indicadores menores que  $-1$  não alcançaram o valor médio e foram consideradas insatisfatórias; entre  $-1$  e  $1$  alcançaram o valor médio e foram consideradas regulares; e maiores que  $1$  foram superiores ao valor médio e consideradas satisfatórias.

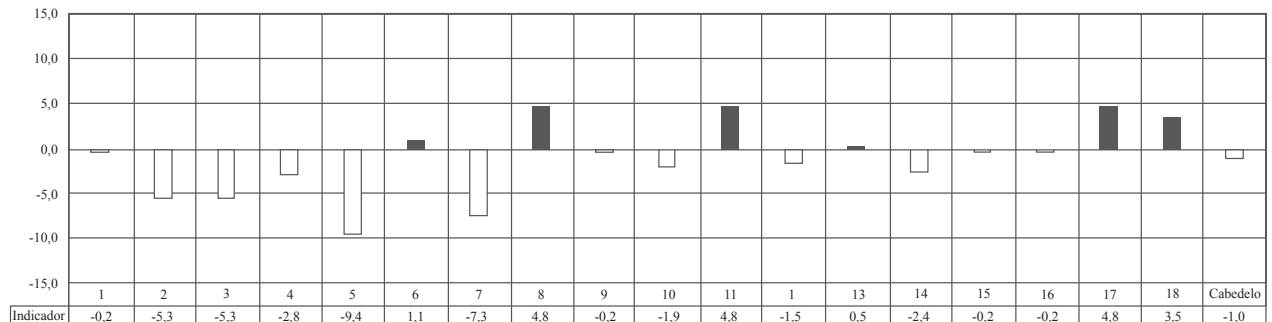
A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (protocolo n.º 069/2011), atendendo às orientações inerentes ao protocolo de pes-

quisa contido na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## RESULTADOS

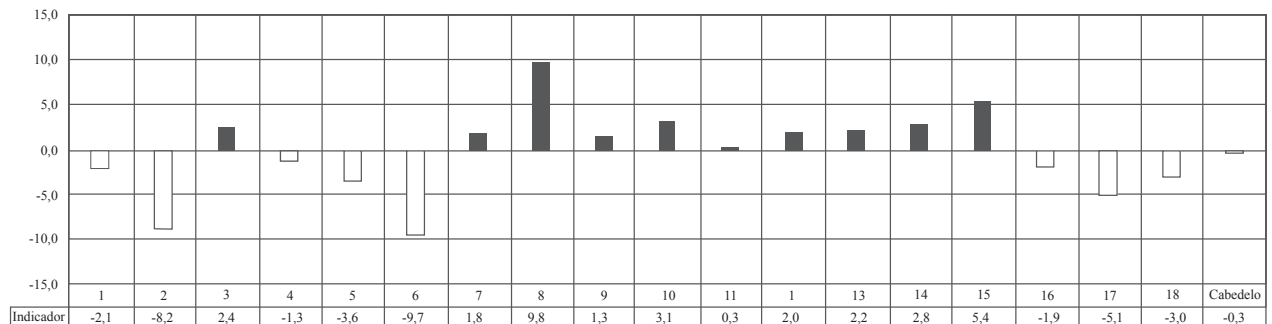
Os indicadores de estrutura dos serviços de AB do município de Cabedelo-PB variaram entre os valores  $-1,5$  e  $-0,1$  (Figura 1). O envolvimento dos profissionais de saúde na atenção aos casos em tratamento da TB ( $-1,0$ ); acesso aos instrumentos de registro ( $-0,5$ ), capacitação da equipe para o manejo dos casos ( $-0,3$ ) e articulação dos serviços de saúde com outros níveis de atenção alcançaram o valor médio, com desempenho regular. Quanto à disponibilidade de insumos, o município obteve desempenho insatisfatório ( $-1,5$ ).

Cabedelo - Indicador de profissionais envolvidos com o tratamento da TB



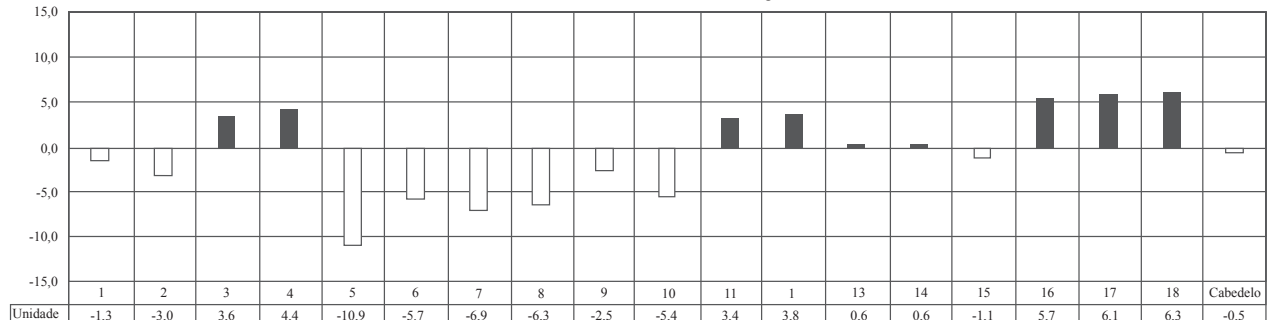
**Indicador de profissionais.** Valores de referência:  $N = 1.037$ ; Média =  $84,15\%$  e Desvio-padrão =  $3,29\%$ .

Cabedelo - Indicadores de capacitação profissional



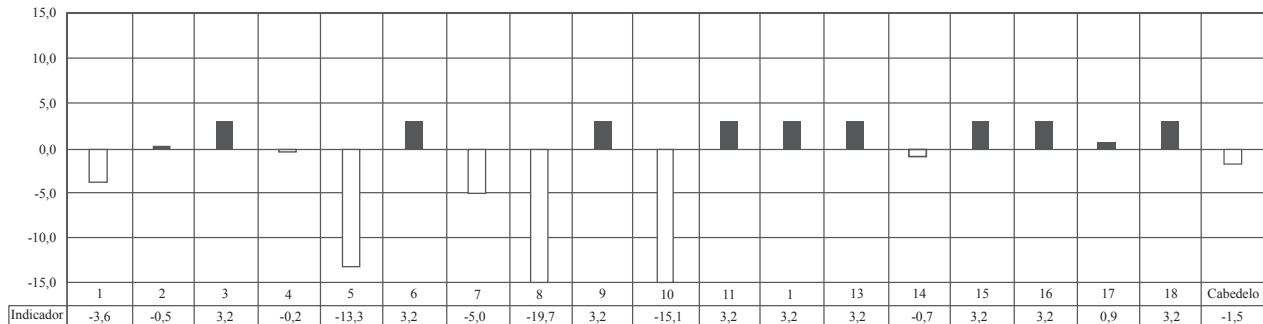
**Indicador de capacitação.** Valores de referência:  $N = 1.037$ ; Média =  $56,00\%$  e Desvio-padrão =  $4,50\%$ .

Cabedelo - Indicadores de acesso aos instrumentos de registro do tratamento



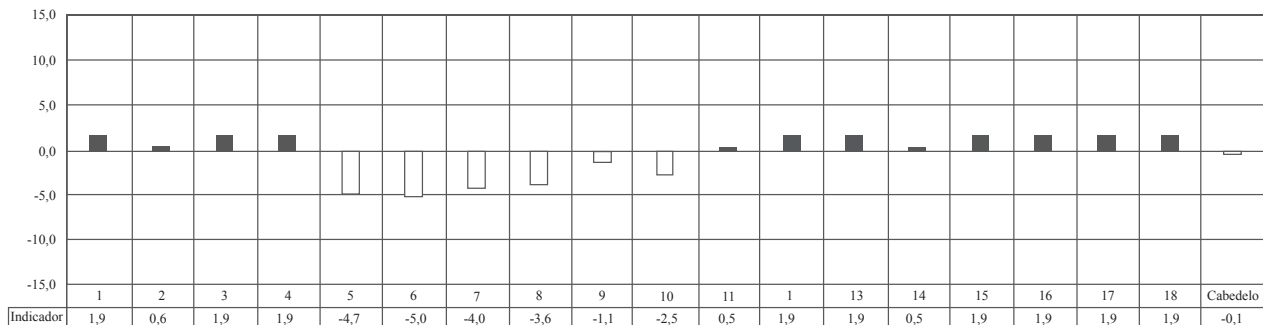
**Indicador de acesso a instrumentos de registro.** Valores de referência:  $N = 1.037$ ; Média =  $72,00\%$  e Desvio-padrão =  $4,05\%$ .

Cabedelo - Indicador de disponibilidade de insumos



Indicador de disponibilidade de insumos. Valores de referência: N = 1.037; Média = 92,16% e Desvio-padrão = 2,42%.

Cabedelo - Indicador de articulação do serviço de saúde com outros níveis de atenção



Indicador de articulação do serviço de saúde com outros níveis de atenção. Valores de referência: N = 1.037; Média = 70,52% e Desvio-padrão = 4,11 %.

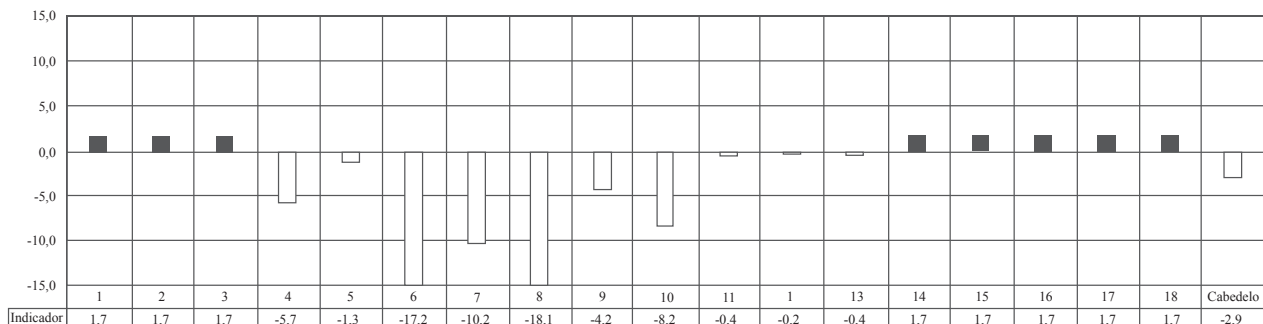
■ Serviços de saúde ou municípios com indicadores positivos □ Serviços de saúde ou municípios com indicadores negativos  
OBS: a escala do eixo Y foi mantida entre -15,0 e 15,0, desconsiderando valores extremos.

Figura 1 – Indicadores de estrutura dos Serviços de Atenção Básica do município de Cabedelo-PB, 2011.

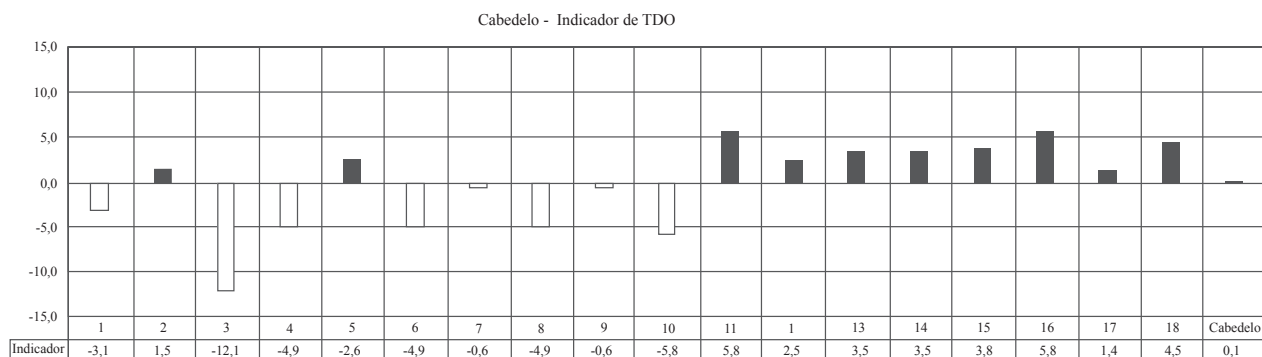
Quanto aos indicadores de processo dos serviços de AB (Figura 2), os resultados mostram que mais de sete USF avaliadas (38,8%) apresentaram desempenho insatisfatório para o indicador relacionado às informações sobre a doença. Houve variação no desempenho do indicador relacionando a modalidade de tratamento (TDO) entre as USF, sendo que 10 (55,5%) tiveram esse indicador considerado satisfatório e oito (45,5%) entre insatisfatório a regular.

O fluxo de referência e contrarreferência para outros serviços de saúde alcançou o valor médio (-0,6) no município, obtendo desempenho regular. O indicador de que envolve ações externas (visitas domiciliares, atividades educativas na comunidade) foi satisfatório apenas em quatro (22,2%) USF avaliadas. Neste indicador o município não alcançou o valor médio.

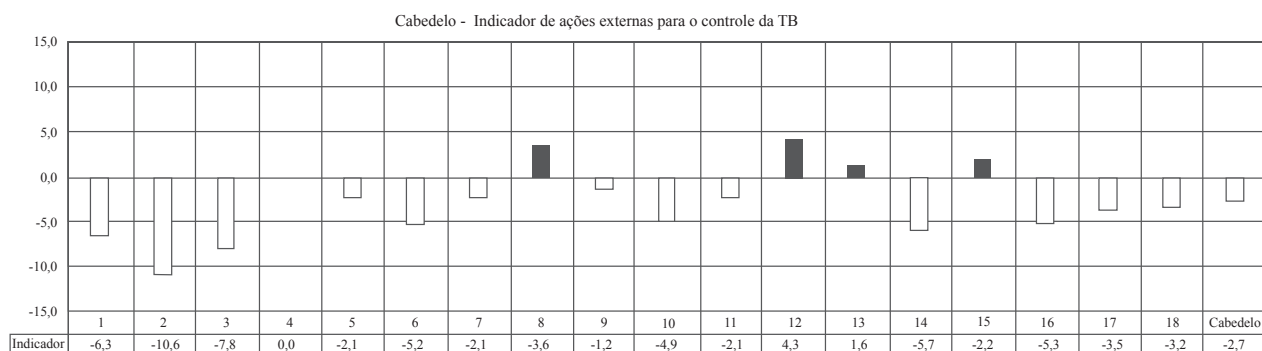
Cabedelo - Indicador de informações sobre a TB



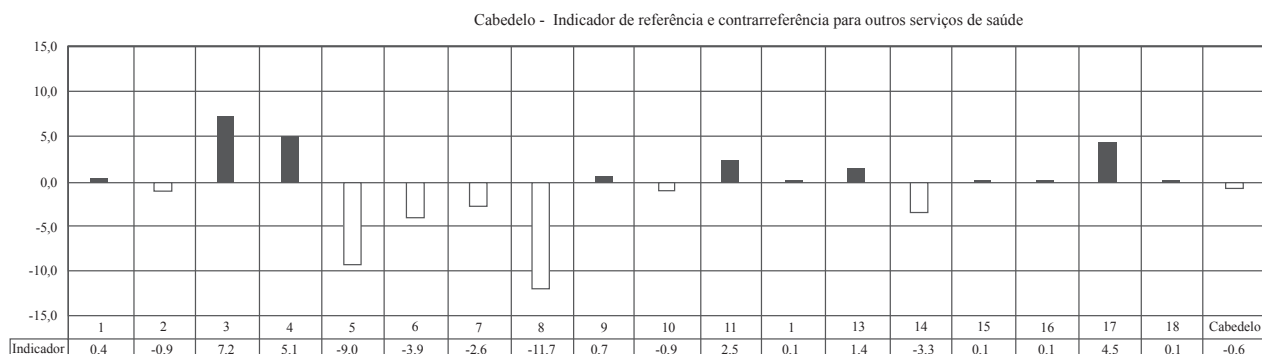
Indicador de informações sobre a TB. Valores de referência: N = 1.037; Média = 97,70% e Desvio-padrão = 1,35%.



**Indicador de TDO.** Valores de referência: N = 1.037; Média = 78,24% e Desvio-padrão = 3,72%.



**Indicador de ações externas para o controle da TB.** Valores de referência: N = 1.037; Média = 74,83% e Desvio-padrão = 3,91%.



**Indicador de referência e contrarreferência para outros serviços de saúde.** Valores de referência: N = 1.037; Média = 70,52% e Desvio-padrão = 4,11%.

■ Serviços de saúde ou municípios com indicadores positivos □ Serviços de saúde ou municípios com indicadores negativos

OBS: a escala do eixo Y foi mantida entre -15,0 e 15,0, desconsiderando valores extremos.

**Figura 2** – Indicadores de processo dos Serviços de Atenção Básica do município de Cabedelo-PB, 2011.

## DISCUSSÃO

Estão presentes na rede de Atenção Básica do município de Cabedelo elementos tradicionais da organização e da gestão do trabalho, tais como escalas de horários, divisão do trabalho segundo categoria profissional e determinação prévia de funções. Uma característica crucial observada no presente estudo é a diversidade nas modalidades de contratação do município, por meio de concurso público e contrato temporário, que favorece a perda da integrali-

dade do cuidado, dada a alta rotatividade dos profissionais absorvidos destes últimos. Logo, o pouco controle e oportunidade de decisão sobre o seu próprio trabalho e a divisão parcelar de tarefas pode levar ao baixo envolvimento dos profissionais nas ações de controle da TB.

Ademais, o caráter prescritivo da gestão do trabalho fragmenta a produção do cuidado e naturaliza os limites de atuação entre os membros da equipe, onde cada um fica responsável por uma parcela de atividades predefinidas. Em geral as ações de natureza administrativa ficam

centralizadas no profissional enfermeiro (notificação, previsão de insumos, controle de faltosos, avaliação dos contatos), o manejo clínico dos casos fica sob a responsabilidade médica, enquanto a atenção no domicílio e a supervisão da medicação recai sobre o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Admite-se, portanto, que as características fracionadas do processo de trabalho das equipes de saúde do município estudado fragilizam a integralidade do cuidado e comprometem o desempenho das equipes na atenção aos casos de TB.

Pesquisa<sup>(11)</sup> realizada em municípios do estado de São Paulo, que investigou o envolvimento de equipes de AB no controle da TB, mostrou que a debilidade quantitativa e qualitativa de recursos humanos, a centralização e a fragmentação da organização das ações de controle da TB no sistema de saúde comprometeram a qualidade da interação entre profissionais e usuários para o manejo adequado da doença na AB, bem como o acesso às ações de diagnóstico e tratamento da TB. Esta lógica de organização dos serviços de saúde responde restritivamente às demandas sociais por meio de ações reativas, episódicas e voltadas, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações das condições crônicas<sup>(18)</sup>.

Outro ponto estudado que apresenta interferência direta no envolvimento das equipes no controle da TB diz respeito ao indicador capacitação. No município de Cabedelo, a responsabilidade das capacitações centraliza-se na figura do coordenador municipal do Programa de Controle da Tuberculose (PCT). Os processos de capacitação ocorrem anualmente ou extraordinariamente quando requerem a introdução de novas demandas ou recomendações do Programa Nacional, estruturando-se sob a lógica normativa, vertical e programática, direcionados prioritariamente aos profissionais enfermeiros e médicos, os quais ficam encarregados de compartilhar as informações obtidas aos demais profissionais da equipe, que nem sempre se concretiza na rotina atribulada do serviço.

A inexistência de uma política de educação permanente, coerente com a situação epidemiológica existente, e a rotatividade dos profissionais de saúde relacionada à descontinuidade político-partidária no município de Cabedelo podem também prejudicar a manutenção de equipes de saúde qualificadas para lidar com a TB nos serviços de AB<sup>(19-20)</sup>. Investigações<sup>(21-22)</sup> voltadas à identificação de problemas relacionados à adesão terapêutica e ao controle da TB destacaram que questões relacionadas à qualificação das equipes precisam alcançar maior discussão e execução, uma vez que a maioria dos profissionais que atuam na AB vivenciou o processo de formação centrado no modelo curativista e não na promoção da saúde.

No que se refere à TB, a capacitação deve garantir, entre outros aspectos, a compreensão da doença e seus condicionantes, o desenvolvimento de habilidades para o uso de instrumentos e tecnologias de prevenção e controle, e competência para acompanhar os efeitos das intervenções, identificar falhas e corrigir problemas<sup>(21-22)</sup>.

Um estudo<sup>(23)</sup> realizado na capital do Ceará sobre a avaliação do impacto de treinamento da equipe de AB voltado às ações de TB destacou que, embora o treinamento e a sensibilização da equipe de saúde da família tenham ampliado a detecção de casos da doença, sua manutenção está condicionada à qualificação permanente da equipe.

No que se refere ao acesso aos instrumentos de registro do tratamento, constatou-se que embora seja uma ferramenta essencial do processo de trabalho de todos os membros da equipe, na prática centraliza-se na figura do enfermeiro. Os demais profissionais limitam-se aos prontuários médicos, desconhecendo o livro de registros de casos e a ficha de acompanhamento do tratamento. Ao profissional médico, cabe eventualmente o preenchimento da ficha de notificação e registro de sintomáticos respiratórios.

Tal fato caracteriza-se como ponto negativo para o controle da doença, comprometendo a integralidade do cuidado e inviabilizando a avaliação dos processos e dos resultados do PCT<sup>(24)</sup>. A valorização e consequente qualificação dos registros, bem como o acesso a estes por todos os integrantes da equipe, constituem-se como fatores-chave para o sucesso no controle da doença, uma vez que permite, não só aos profissionais que atuam na vigilância em saúde ou na assistência ao usuário, o acompanhamento da evolução do tratamento de forma articulada e coerente com as funções da AB e o planejamento estratégico a partir do diagnóstico epidemiológico<sup>(19,25)</sup>.

Ainda se observa a incapacidade das equipes em fazer uso de um sistema integrado de saúde. O não compartilhamento das informações e de contatos interprofissionais e a falta de preocupação em captar as várias dimensões do sujeito com problema de saúde, enraizam-se no modelo tradicional de estruturação do poder nas organizações de saúde<sup>(24)</sup>. Dada as peculiaridades dos usuários com TB (etilismo, toxicod dependência, comorbidades, situação de desemprego e vulnerabilidade econômica), cujos processos de produção do cuidado deveriam estar condicionados à apropriação e intervenção junto aos contextos socioculturais dos sujeitos, seria essencial fortalecer práticas de articulação entre os serviços de saúde.

Esta iniciativa seria um importante dispositivo para a ampliação da clínica e o aperfeiçoamento do manejo das particularidades do adoecimento de quem é cuidado. O reconhecimento das diferenças entre as pessoas com a mesma doença favoreceria a inclusão e a participação do sujeito na produção de projetos terapêuticos singularizados, e contribuiria positivamente para mudanças no padrão de utilização dos diferentes pontos da rede de atenção à saúde<sup>(26)</sup>.

Pesquisa<sup>(27)</sup> conduzida na Holanda evidenciou que grande parte dos pacientes entrevistados envolveu-se no processo de decisão do próprio tratamento, contribuindo ainda com informações adicionais sobre a doença e as possíveis formas de tratamento. Inversamente, a falta de

envolvimento do doente no processo de cuidado foi percebida em um estudo<sup>(28)</sup>, no qual pacientes reivindicavam maior atenção e seriedade pelos profissionais de saúde, discussão conjunta sobre a melhor forma de realização da terapêutica, além de recursos e orientações corretas, informando-os quanto às vantagens e desvantagens do tratamento, tornando possível sua participação ativa no processo decisório.

Nesta perspectiva, a execução do TDO aos casos de TB seria um eixo estratégico para o desenvolvimento de habilidades technoassistenciais voltadas para a atenção às necessidades dos usuários. Ao planejar e implementar tal atividade, devem ser consideradas as especificidades de cada contexto social e cultural, integrando a família nas ações de prevenção (avaliação dos contatos, informações sobre a doença) e no cuidado ao familiar que está doente (adesão ao tratamento, reações adversas aos medicamentos), requerendo flexibilidade das equipes para pactuação dos horários e local onde será realizada a supervisão terapêutica<sup>(2)</sup>.

No município estudado, 55,5% das unidades de saúde investigadas apresentaram desempenho satisfatório para o indicador TDO. Contudo, não existe versatilidade da oferta quanto ao local da supervisão terapêutica, restringindo-se ao domicílio do usuário, sob responsabilidade do ACS. Neste caso, a visita domiciliária acontece apenas como ato de supervisão da tomada da medicação, com escassas intervenções educativas. Os demais profissionais da equipe pouco se envolvem com esta tarefa, limitando-se à execução das atividades de apoio administrativo e gerencial (provimento dos medicamentos, preenchimento de requisição de exames laboratoriais, boletins de acompanhamento e relatórios).

As práticas de educação em saúde à comunidade obtiveram um desempenho insatisfatório nos serviços investigados, caracterizando-se por uma atenção puramente médica e técnica, realizadas pontualmente em épocas de campanha. Embora essas práticas sejam reconhecidamente relevantes por possibilitar a produção e o fortalecimento do vínculo entre usuário, família e serviço, favorecendo a continuidade do cuidado e a mudança da prática biológica<sup>(11,23)</sup>, a sobrecarga de trabalho, vínculos temporários e rodízio de profissionais entre as USF, sobrepuseram-se no município estudado, fragilizando a implementação dessas ações de forma contínua e determinando assim o desfecho insatisfatório deste indicador.

Destaca-se ainda que, embora os serviços de saúde de AB do município realizem auxílio no agendamento de consultas/exames e o fornecimento de informações aos doentes de TB encaminhados a outras unidades, limitam-se a atividades pontuais *in loco*, não ampliadas entre os serviços, de forma a conformar uma rede de atenção. Tais achados vão de encontro aos obtidos na literatura<sup>(26,29)</sup>, que evidenciam a descontinuidade no fluxo de informações entre os serviços durante os mecanismos de referên-

cia e contrarreferência para o atendimento do doente de TB, a dificuldade das equipes em garantir o registro dessas informações e a não participação do doente neste processo como obstáculo para a continuidade da assistência. O descumprimento deste fluxo de informações denota deficiências de integração e cooperação entre os serviços de saúde e reafirma a concepção focalizada e seletiva ainda predominante.

Nota-se que a avaliação em saúde tem se tornado uma alternativa eficaz para dar respostas a respeito das ações planejadas e executadas, fornecendo informações sobre o modo de funcionamento, qualidade, efetividade, segurança e satisfação dos usuários dos sistemas de saúde<sup>(30)</sup>. Corroborando o estudo<sup>(19)</sup> realizado nessa mesma região em 2011 no contexto da TB, a avaliação da qualidade dos serviços de saúde do município de Cabedelo-PB permitiu a verificação de dificuldades enfrentadas no controle da doença, tanto no diagnóstico quanto no tratamento, viabilizando a geração de informações que despertem nos gestores e profissionais de saúde a necessidade de traçar intervenções capazes de modificar o quadro sanitário apresentado pela doença, alterando assim, os indicadores epidemiológicos desse agravo.

## CONCLUSÃO

A análise dos indicadores de estrutura e processo apontou fragilidades no desempenho dos serviços de AB para o tratamento da tuberculose, destacando-se, no município estudado, exíguo envolvimento dos profissionais no atendimento ao doente de TB, descontinuidade do fluxo de informações de referência e contrarreferência, limitada participação do doente no processo de cuidado e restrita participação dos serviços de saúde na produção de ações externas (visitas domiciliares, atividades educativas na comunidade).

Tais achados refletem o modo de organização do sistema de saúde do município, cujas práticas de cuidado efetivam-se de modo fragmentado, voltadas para a lógica de enfrentamento dos agravos de curso rápido, episódicos e reativos. O direcionamento prescritivo das ações e cuidados em saúde, a qualificação focalizada e normativa, a heterogeneidade de vínculos e rotatividade dos profissionais nos serviços de AB, trazem à tona poucas possibilidades de intervenção nos processos produtivos e pouca autonomia destes profissionais para o desenvolvimento de novas competências nos espaços de trabalho.

Nesse contexto, torna-se necessária a criação de estratégias que envolvam parceria do PCT com novos atores no intuito de compartilhar algumas atividades com a equipe de referência para a TB, atuando como retaguarda para os casos seguidos na AB, haja vista que a mesma assume toda a complexidade do manejo da doença no município. Ainda, para o efetivo controle da doença faz-se relevante que os profissionais de saúde, assim como



as políticas de saúde, transcendam o caráter fragmentado e reducionista das ações, possibilitando a prestação de cuidados de forma integral, considerando o doente sujeito, segundo a concepção do processo saúde-doença, assim como do cuidado.

Ademais, inquieta-se avaliar o tratamento da TB de forma mais ampliada, considerando o doente, suas singularidades, necessidades e o contexto no qual este se insere. Ressalta-se a importância da realização de estudos de avaliação, uma vez que podem produzir informações

tanto para a melhoria das intervenções em saúde, como para o julgamento da efetividade das ações e da satisfação dos usuários do sistema.

Destaca-se que uma das limitações desta pesquisa, refere-se ao fato de não ter captado todos os atores envolvidos no processo de cuidado, os quais são fundamentais para a realização de uma efetiva avaliação de qualidade. Porém, tal ação não diminui a importância das contribuições trazidas por este estudo tanto para o município, como para os estudos avaliativos.

## REFERÊNCIAS

1. Santos MAPS, Albuquerque MFPM, Ximenes RAA, Silva NLCLL, Braga C, Campelo ARL, et al. Risk factors for treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil. *BMC Public Health* [Internet]. 2005 [cited 2014 June 18];5:25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1084352/>
2. World Health Organization. *Global Tuberculosis Control*. Geneva: WHO; 2013.
3. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Tuberculose: casos confirmados e notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN Net. 2014 [Internet]. Brasília; 2014 [citado 2014 jun. 18]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/tuberculose/bases/tuberbrnet.def>
4. Nogueira JA, Silva CA, Trigueiro DRSG, Trigueiro JVS, Almeida AS, Sá LD, et al. A formação de profissionais de saúde na atenção a TB: desafios e contradições da prática. *Rev Enferm UFPE Online* [Internet]. 2011 [citado 2014 jun. 18];5(4):778-87. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/1323/1923>
5. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(3):783-94.
6. Wysocki AD, Ponce MAZ, Scatolin BE, Andrade RLP, Vendramini SHF, Ruffino-Netto A, et al. Delay in seeking initial care for tuberculosis diagnosis. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2014 June 18];47(2):440-7. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en\\_24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en_24.pdf)
7. Scatena LM, Villa TCS, Ruffino Netto A, Kritski AL, Figueiredo TMRM, Vendramini SHF, 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.
8. Boerma GW. Coordination and integration in European primary care. In: Saltman RB, Rico A, Boerma GW, editors. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. New York: World Health Organization; 2006.
9. Villa TCS, Andrade RLP, Arakawa T, Magnabosco GT, Beraldo AL, Monroe AA, et al. Satisfação do usuário com os serviços de atenção à tuberculose em Ribeirão Preto, 2008. *Cad Saúde Coletiva*. 2012;20(2):234-43.
10. Brunello MEF, Cerqueira DF, Pinto IC, Arcênio RA, Gonzalez RIC, Villa TCS, et al. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(2):176-82.
11. Monroe AA, Cardozo-Gonzales RI, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino Netto A, Vendramini SHF, et al. Involvement of health primary care teams in the control of tuberculosis. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):262-7.
12. Adeyekan AA, Egbagbe EE, Oni OA. Contacttracing/pre-employment screening for pulmonary tuberculosis: should positive Mantoux test necessitates routine chest X-ray? *Ann Afr Med*. 2010;9(3):159-63.
13. Wang W, Jiang Q, Abdullah ASM, Xu B. Barriers in accessing to tuberculosis care among non-residents in Shanghai: a descriptive study of delays in diagnosis. *Eur J Public Health*. 2007;17(5):419-23.
14. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância; 2002.
15. Donabedian A. *The definition of quality and approaches to its assessment*. Michigan: Ann Arbor/Health Administration Press; 1980.
16. Tanaka OU, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(4):821-8.
17. Scatena LM, Wysocki AD, Beraldo AA, Magnabosco GT, Brunello MEF, Ruffino Netto A, et al. Validação e confiabilidade: instrumento para avaliação de serviços que tratam tuberculose. *Rev Saúde Pública*. 2014. No prelo.
18. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2297-2305.

19. Sá LD, Santos ARBN, Oliveira AAV, Nogueira JA, Tavares LM, Villa TCS. O cuidado à saúde da mulher com tuberculose na perspectiva do enfoque familiar. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(2):409-17.
20. Cardoso GCP, Cruz MM, Abreu DMF, Decotelli PV, Chrispim PPM, Borenstein JS, et al. A conformidade das ações do tratamento diretamente observado para tuberculose na perspectiva dos profissionais de duas unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Coletiva*. 2012;20(2):203-10.
21. Queiroz EM, De-Latorre-Ugarte-Guanilo MC, Ferreira KR, Bertolozzi MR. Tuberculosis: limitations and strengths of Directly Observed Treatment Short-Course. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2012 ;20(2):369-77.
22. Terra F, Bertolozzi MR. Does directly observed treatment ("DOTS") contribute to tuberculosis treatment compliance? *Rev Latino Am Enfermagem*. 2008;16(4):659-64.
23. Façanha MC, Melo MA, Vasconcelos FF, Sousa JRP, Pinheiro AS, Porto IA, et al. Treinamento da equipe de saúde e busca ativa na comunidade: estratégias para a detecção de casos de TB. *J Bras Pneumol*. 2009;35(5):449-54.
24. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):399-407.
25. Theme Filha MM, Daumas RP, Alves LC, Leimann BCQ, Engstrom EM. Análise da tuberculose em uma unidade de Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro: perfil clínico, resultado de tratamento e qualidade dos registros. *Cad Saúde Coletiva*. 2012;20(2):169-76.
26. Assis EG, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM, Cardozo-Gonzales RI, Palha PF, et al. The coordination of care for tuberculosis control. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(1):111-8.
27. Ireson CL, Slavova S, Steltenkamp CL, Scutchfield FD. Bridging the care continuum: patient information needs for specialist referrals. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2009 [cited 2014 June 18];9:163. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2759928/>
28. Berendsen AJ, Jong GM, Jong BM, Dekker JH, Schuling J. Transition of care: experiences and preferences of patients across. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2009 [cite 2014 June 18];9:62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2674593/>
29. Almeida PF, Giovanela L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(2):286-98.
30. Samico I, Hartz ZMA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2005;5(2):229-40.

#### Apoio Financeiro

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Processo n. 2011/09469-6.