



ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO À TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA DO RIO GRANDE DO NORTE

CARE ORGANIZATION FOR TUBERCULOSIS IN THE PRIMARY CARE OF RIO GRANDE DO NORTE

ORGANIZACIÓN DEL CUIDADO A LA TUBERCULOSIS EN LA ATENCIÓN BÁSICA DE RIO GRANDE DO NORTE

Ewerton William Gomes Brito¹, Anny Karine Freire da Silva², George Godeiro de Araújo Teixeira³, Glaucio Britto Sousa Dias⁴, Nilma Dias Leão Costa⁵, Severina Alice da Costa Uchôa⁶

RESUMO

Objetivo: avaliar a organização do cuidado à tuberculose (TB) na atenção básica do Rio Grande do Norte. **Método:** estudo descritivo, de corte transversal, recorte de um projeto multicêntrico, baseado nos dados secundários do componente Avaliação Externa disponíveis no banco do PMAQ-AB, referentes ao primeiro ciclo de avaliação, realizado em 2012. Os dados foram analisados pelo programa *SPSS for Windows*. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer 21904. **Resultados:** embora 27,7% dos serviços de saúde não possuam protocolos assistenciais, 97,3% e 95,6% das equipes solicitam baciloscopia e radiografia de tórax, respectivamente; 63,1% das equipes acompanham o tratamento diretamente observado (TDO), mas apenas 57,3% realizam a busca ativa de pacientes faltosos a esta modalidade de tratamento. **Conclusão:** a inexistência de protocolos assistenciais em uma parcela dos serviços de saúde se revelou como uma das principais fragilidades no cuidado aos doentes. **Descritores:** Tuberculose; Avaliação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the care organization of tuberculosis (TB) in primary care in Rio Grande do Norte. **Method:** descriptive study, cross-sectional cut of a multicenter project, based on the External Evaluation component of secondary data available in PMAQ-AB bank, for the first evaluation cycle conducted in 2012. Data were analyzed using *SPSS software for Windows*. The Research Ethics Committee, Opinion 21904, approved the research project. **Results:** although 27.7% of health services have not care protocols, 97.3% and 95.6% of the teams requesting smear and chest X-ray, respectively; 63.1% of the teams accompany the directly observed treatment (TDO), but only 57.3% conducts an active search for missing patients to this treatment modality. **Conclusion:** the lack of assistance protocols in a portion of health services has proved to be one of the main weaknesses in patient care. **Descriptors:** Tuberculosis; Health Evaluation; Primary Health Care; Family Health Strategy.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la organización del cuidado a la tuberculosis (TB) en la atención básica de Rio Grande do Norte. **Método:** estudio descriptivo, de cohorte transversal, recorte de un proyecto multi-céntrico, basado en los datos secundarios del componente Evaluación Externa disponibles en el banco de PMAQ-AB, referentes al primer ciclo de evaluación, realizado en 2012. Los datos fueron analizados por el programa *SPSS for Windows*. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, parecer 21904. **Resultados:** aunque 27,7% de los servicios de salud no posean protocolos asistenciales, 97,3% y 95,6% de los equipos solicitan baciloscopia y radiografía de tórax, respectivamente; 63,1% de los equipos acompañan el tratamiento directamente observado (TDO), pero apenas 57,3% realiza la búsqueda activa de pacientes faltosos a esta modalidad de tratamiento. **Conclusión:** la inexistencia de protocolos asistenciales en una porción de los servicios de salud, se reveló como una de las principales fragilidades en el cuidado a los enfermos. **Descritores:** Tuberculosis; Evaluación en Salud; Atención Primaria a la Salud; Estrategia Salud de La Familia.

¹Dentista, Professor Mestre, Especialista em Pneumologia Sanitária e Docência em Vigilância em Saúde, Doutorando em Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: ewerton_brito@hotmail.com; ²Enfermeira. Bolsista do Grupo de Pesquisa Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: aninha529@hotmail.com; ³Membro do Grupo de Pesquisa Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal-RN, Brasil. E-mail: georgegodeiro@hotmail.com; ⁴Membro do Grupo de Pesquisa Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. E-mail: glaucio Britto3@hotmail.com; ⁵Professora Doutora em Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: nilmadlcosta54@gmail.com; ⁶Professora Doutora em Saúde, Coordenadora da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), Ministério da Saúde /Estados do Rio Grande do Norte e Ceará. Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: alicedacostauchoa@gmail.com

INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços científicos alcançados nas últimas décadas, a tuberculose (TB) ainda se mantém como um relevante problema de saúde pública global. Em 2013, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em nove milhões de pessoas que a tiveram e, destas, 1,5 milhões morreram em decorrência.¹ Ela está fortemente associada às desigualdades sociais, cerca de 95% dos casos são diagnosticados nos países em desenvolvimento², onde populações com dificuldades no acesso e na utilização dos serviços de saúde são mais acometidas.³

O Brasil faz parte dos 22 países com a maior carga de TB notificada no mundo, ocupando a 16ª posição em número absoluto de casos.¹ Em 2013, o país apresentou uma incidência de 46/100.000 e mortalidade de 2,2 para cada 100.000 habitantes, com variações entre as regiões, estados e municípios. As regiões Norte, Sudeste e o Nordeste possuem os mais altos coeficientes de incidência: 45,2; 37,1 e 34,7 de casos por 100 mil habitantes, respectivamente.¹ Entre os estados do Nordeste, destacam-se Pernambuco (49,6), Ceará (38,9); e o Rio Grande do Norte com a taxa de incidência de 32,2 casos/100.000 habitantes.^{1,4}

O Ministério da Saúde (MS), por intermédio do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), adota estratégias para detectar 70% dos casos pulmonares bacilíferos, curar 85% dos casos notificados e reduzir o abandono do tratamento a menos que 5%. Nesta perspectiva, o PNCT propõe a expansão das ações de controle da TB na rede de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizando as ações dos centros de referência para os serviços de Atenção Básica (AB), através do Programa de Agentes Comunitários (PACS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF).⁵

Os casos suspeitos de TB devem ser captados, atendidos e vinculados a AB por meio da ESF ou das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os casos diagnosticados pelos serviços especializados devem ser recebidos e acompanhados pelas equipes da AB, que devem conduzir o Tratamento Diretamente Observado (TDO) e a investigação dos contatos. Dessa forma, as equipes de AB exercem um papel de fundamental importância no diagnóstico oportuno e acompanhamento dos doentes.^{5,6}

Embora a cultura de avaliação de políticas e programas ainda seja incipiente no Brasil⁷, alguns estudos recentes avaliaram o desempenho, o diagnóstico oportuno, a

acessibilidade⁸⁻¹³, a atuação dos profissionais de saúde¹⁴⁻⁷, a oferta de serviços e iniquidades sociais relacionadas com a TB.¹⁸ Numa perspectiva complementar, a despeito da existência de várias iniciativas governamentais⁴, que visam avaliar e qualificar as ações de vigilância e controle da TB no SUS, só recentemente o MS tem divulgado os resultados destes estudos.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) se apresenta como uma das mais importantes iniciativas do MS, cujo objetivo é estimular a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, garantindo um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, e assim possibilitando maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB.¹⁹ Por essa avaliação de âmbito nacional, realizou-se o recenseamento de todos os estabelecimentos de saúde a nível de AB com enfoque na infraestrutura, como também das Equipes de Atenção Básica (EAB), que aderiram à avaliação. As equipes foram avaliadas quanto à estrutura, gestão e satisfação dos usuários.²⁰ Dentre vários indicadores de avaliação da AB, o primeiro ciclo do PMAQ-AB contemplou uma série de indicadores que avaliou a qualidade do tratamento da TB, sendo esses resultados apresentados neste artigo.

Tendo em vista os fatos expostos e a relevância do tema para gestão dos programas municipais e estadual de TB, esse estudo tem como objetivo avaliar a organização do cuidado à tuberculose na atenção básica do Rio Grande do Norte, visando, assim, contribuir para identificação de fortalezas e fragilidades que envolvem a atenção aos doentes, subsidiar o planejamento e a programação de ações de controle e tratamento da doença nos territórios.

MÉTODO

Estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa, recorte do projeto multicêntrico “Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários”

O estudo aqui apresentado foi realizado no estado do Rio Grande do Norte/RN, localizado na região Nordeste do Brasil, que possui uma população estimada, em 2014, de 3.408.510 habitantes, distribuída em 167 municípios, ocupando uma área total de 167,263 km.²¹ Possui atualmente 861 equipes de atenção básica²², das quais 412 aderiram à avaliação.

Foram arrolados profissionais e usuários dos serviços de saúde, de acordo com as orientações propostas nacionalmente.²⁰ Os profissionais participantes do estudo foram indicados pela equipe de saúde no momento da visita dos avaliadores à unidade básica.

Os avaliadores selecionaram quatro usuários, por equipe avaliada, presentes na unidade de saúde no dia da avaliação externa. Foram incluídos os usuários que não passaram por consulta com médico, enfermeiro ou dentista no dia da entrevista; que pertenciam a área de abrangência da equipe avaliada; que se dirigiram a unidade nos últimos dois anos; e, por fim, aqueles que concordaram em fazer parte do estudo voluntariamente, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os blocos específicos (saúde da mulher, pré-natal, criança, hipertensão, diabetes) foram aplicados de acordo com o perfil do usuário entrevistado.

O estudo é baseado nos dados secundários pertencentes ao componente da Avaliação Externa disponíveis no banco do PMAQ-AB, referentes ao primeiro ciclo da avaliação, realizado em 2012, no estado do Rio Grande do Norte (RN). Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se um questionário eletrônico nacional, disponibilizado em tablets, com envio direto das informações on-line para o banco de dados do Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde (DAB/MS).

O questionário original é constituído por quatro módulos: o módulo I corresponde à observação da UBS e visa avaliar a infraestrutura, equipamentos, materiais, insumos, medicamentos, imunobiológicos e testes diagnósticos existentes na UBS; os módulos II e III correspondem, respectivamente, às entrevistas estruturadas com profissional de nível superior das equipes de AB e com usuário da UBS; o módulo IV corresponde a um conjunto de informações complementares aos módulos I, II e III respondidas por gestores e equipes no Sistema de Gestão da Atenção Básica.

A fim de atender os objetivos propostos nesse artigo, foram selecionadas variáveis dos módulos II, específicas da atenção aos doentes de TB oriundas dos sub-itens "equipe de AB como coordenadora do cuidado na rede de atenção à saúde", "atenção ao usuário portador de TB" e "promoção da saúde"; e do módulo III, oriundas dos subitens "acesso aos serviços de saúde" e "acolhimento e demanda espontânea". As informações derivadas do módulo II representam apenas as EAB que aderiram de forma voluntária ao programa. Portanto, não retratam o total das EAB existentes no Rio Grande do Norte.

Ademais, foram selecionadas algumas variáveis que permitiram caracterizar o perfil dos respondentes profissionais e usuários. Todas as variáveis estudadas podem ser observadas nas tabelas expostas na sessão resultados.

O trabalho de campo foi realizado em todos os 167 municípios do estado, no período de maio a agosto de 2012. A equipe de coleta foi composta por vinte auxiliares de pesquisa e cinco pesquisadores supervisores. Como estratégia de uniformização da coleta, toda a equipe foi capacitada na temática e na metodologia, dentro de parâmetros nacionais e em oficina estadual promovida pela coordenação do projeto. A aplicação do questionário contou com a programação eletrônica do instrumento e, ainda, com critérios internos de validação dos dados que asseguraram a confiabilidade das informações registradas, assim tem-se: tempo mínimo e máximo, considerado dentro dos padrões de normalidade para aplicação do instrumento; data e horário de início e término da aplicação do instrumento; proporção de respostas marcadas com a alternativa "não sabe/não respondeu"; correspondência nas coordenadas geográficas; respostas com cinco caracteres ou mais repetidos.

Os dados foram analisados por técnicas descritivas com o programa *Statistical Package for the Social Sciences for Windows (SPSS version 17.0 for Windows)*.

A pesquisa seguiu a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com o número de parecer 21904, de 13 de março de 2012.

RESULTADOS

Foram entrevistados 412 profissionais, sendo 387 (93,9%) enfermeiros, 16 (3,9%) médicos e nove (2,2 %) dentistas. A média do tempo de atuação desses profissionais nas equipes é de 3,3 anos (DP = 3,4). Quanto à formação complementar, 85% dos respondentes afirmaram que possuem ou estão cursando algum tipo de pós-graduação, sendo que 46% são especialistas na área de saúde coletiva e 33,3% estão em fase de andamento de algum curso da referida área, conforme pode ser observado na tabela 1.

Tabela 1. Perfil dos profissionais entrevistados de acordo com a área de formação complementar. Rio Grande do Norte, 2012.

Área de formação	Concluída		Em andamento	
	n	%	n	%
Especialização em Medicina de Família e Comunidade	2	0,6	35	20,5
Especialização em Saúde da Família	78	24,9	22	12,8
Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva	64	20,5	92	53,8
Possui outra especialização	161	51,5	2	1,2
Mestrado em Saúde da Família	2	0,6	1	0,6
Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	1	0,3	9	5,2
Residência em Medicina de Família e Comunidade	2	0,6	4	2,3
Residência em Saúde da Família	2	0,6	3	1,8
Doutorado em Saúde da Família	1	0,3	3	1,8

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012.

Foram entrevistados também 1650 usuários, destes, houve predominância do sexo feminino (83,3%) e de faixa etária entre 20-39 anos (49%). Quanto à escolaridade, a maior parte dos entrevistados (71,5%) não

respondeu ou não soube referir a própria escolaridade, enquanto 14,4% afirmaram que estudaram entre um a três anos, conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2. Caracterização da amostra de usuários segundo variáveis sociais dos participantes do PMAQ. Rio Grande do Norte, 2012.

Variáveis		n	%
Sexo	Masculino	276	16,7
	Feminino	1374	83,3
	Total	1650	100,0
Faixa etária	16-19	66	5,9
	20-39	773	49,0
	40-59	518	31,4
	60 ou mais	267	12,1
	Não sabe/não respondeu	26	1,6
	Total	1650	100,0
Escolaridade	Não estudou	79	4,8
	1-3 anos	237	14,4
	4-7 anos	140	8,4
	8-11 anos	12	0,8
	12 ou mais	2	0,2
	Não sabe/não respondeu	1180	71,5

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012.

♦ **Organização do cuidado aos doentes de TB na perspectiva das equipes**

Com relação as ações de controle da tuberculose realizadas pelas equipes, 72,3% dos profissionais afirmaram que suas equipes possuem protocolos com definições de diretrizes terapêuticas para a TB. Quando questionados sobre os exames solicitados para o diagnóstico da doença, 97,3% e 95,6 referiram solicitar a baciloscopia de escarro e a radiografia de tórax, respectivamente.

No que se refere ao registro do número de usuários com TB, 76,5% dos profissionais responderam que a EAB possuía esses registros. Dados semelhantes foram observados em relação a existência de ficha de notificação compulsória de casos de TB, onde se observou que 78,9% das equipes

possuem esse instrumento de registro na UBS. Com relação ao Tratamento Diretamente Observado (TDO), 63,1% dos entrevistados afirmaram que acompanham o TDO, no entanto, apenas 57,3% das equipes realizam a busca ativa dos pacientes faltosos a essa modalidade de tratamento, como pode ser observado na Tabela 3.

No que concerne as atividades educativas e de promoção à saúde direcionadas para a TB, 66,5% dos profissionais afirmaram que realizam tais atividades, enquanto que a maioria dos entrevistados, cerca de 81,6%, relatou que a equipe promove atividades com grupos de intervenção educacional com enfoque de orientar sobre doenças transmissíveis, entre elas a TB, conforme a necessidade do território.

Tabela 3. Frequência absoluta e relativa das variáveis específicas da atenção ao doente de tuberculose na perspectiva das equipes de AB no Rio Grande do Norte em 2012.

Variáveis	n	%
Existência de protocolos com definição de tratamento da TB		
Sim	298	72,3
Não	110	26,7
Não sabe/Não respondeu	4	1,0
Solicitação de baciloscopia		
Sim	401	97,3
Não	11	2,7
Solicitação de radiografia de tórax		
Sim	394	95,6
Não	18	4,4
Existência de registro do número de usuários com TB		
Sim	315	76,5
Não	85	20,6
Não sabe/Não respondeu	12	2,9
Existência de ficha de notificação de casos de TB		
Sim	325	78,9
Não	1	0,2
Não se aplica*	85	20,6
Não sabe/Não Respondeu	1	0,2
Acompanhamento de TDO		
Sim	260	63,1
Não	53	12,9
Não se aplica*	85	20,6
Não sabe/Não respondeu	14	3,4
Busca ativa de faltosos do TDO		
Sim	236	57,3
Não	62	15,0
Não se aplica*	85	20,6
Não sabe/Não respondeu	29	7,0
Realização de ações educativas e de promoção da saúde		
Sim	274	66,5
Não	138	33,5
Realização de grupos com enfoque de orientar doenças transmissíveis, incluindo a TB		
Sim	336	81,6
Não	76	18,4

Fonte. Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012. *Inexistência de usuários com TB no território.

● **Avaliação do cuidado na perspectiva dos usuários**

Quando questionados sobre o acesso aos serviços de saúde, a maioria dos usuários entrevistados considerou perto (65,5%) e razoável (21,0%) a distância da sua casa até a unidade de saúde. Quase 90% dos respondentes afirmaram que a UBS funciona os cinco dias da semana, embora 39,8% dos usuários relataram que o médico não está presente na unidade de saúde durante todos os horários de funcionamento.

No que diz respeito ao acolhimento à demanda espontânea, 40,7% e 17,9% dos usuários entrevistados o consideraram bom e

muito bom, respectivamente, enquanto apenas 0,2% considerou muito ruim. Quando acolhidos, 55,1% dos usuários afirmaram que sempre recebem orientações que atendem as suas necessidades, enquanto para 14,7% dos usuários tais orientações não suprem suas carências. A maior parte dos respondentes (88%) é sempre respeitada pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes e religião. As frequências absoluta e relativa das variáveis que mediram o acesso e acolhimento à demanda espontânea estão expostas na tabela 4.

Tabela 4. Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas de acesso e acolhimento à demanda espontânea. Rio Grande do Norte, 2012.

Variáveis	n	%
Distância da casa até a UBS		
Perto	1080	65,5
Razoável	347	21,0
Longe	220	13,3
Não sabe/Não respondeu	3	0,2
Funcionamento da UBS durante os cinco dias da semana		
Sim	1434	86,9
Não	153	9,3
Não sabe/Não respondeu	63	3,8
Presença do médico na unidade de saúde ou em atividades no bairro durante o funcionamento UBS		
Sim	907	55,0
Não	656	39,8
Não sabe/Não informou	87	5,3
Opinião sobre o acolhimento ao procurar a UBS		
Muito bom	295	17,9
Bom	671	40,7
Razoável	202	12,2
Ruim	5	0,3
Muito ruim	4	0,2
Não se aplica **	472	28,6
Não sabe/Não respondeu	1	0,1
As orientações dos profissionais atendem às necessidades		
Sim, sempre	909	55,1
Sim, algumas vezes	243	14,7
Não	22	1,3
Não sabe/Não respondeu	476	28,8
Respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes e religião		
Sim, sempre	1452	88,0
Sim, algumas vezes	149	9,0
Não	44	2,7
Não sabe/Não respondeu	5	0,3

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012. ** Nunca precisou ir à UBS sem hora marcada.

DISCUSSÃO

O estudo traz uma visão panorâmica da atenção à tuberculose no estado do RN, desenhada a partir de indicadores estruturais e de processo. Assim, contribui para a compreensão dos fatores que limitam e fortalecem a prática das equipes avaliadas, possibilita a identificação das prioridades do cuidado com os usuários e pode servir de apoio a gestão e as próprias equipes no planejamento de ações voltadas à população.

Atualmente, no Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada a principal porta de entrada do paciente de TB na Atenção Básica. O PNCT privilegia a descentralização das medidas de controle para os serviços de saúde da AB a fim de ampliar o acesso da população às ações de diagnóstico e controle da doença.⁵

Nessa perspectiva, o MS estabelece normas técnicas e operacionais, que orientam a prática das equipes de saúde da AB e dos demais níveis de atenção. Tais orientações estão disponibilizadas em publicações impressas e digitalizadas que trazem as ações de maior relevância para o controle e tratamento da TB nos serviços de saúde e devem nortear o atendimento aos doentes

^{5,23,24}. A despeito da disponibilização dessas publicações pelo MS, o estudo em questão evidenciou que cerca de 25% das equipes de saúde não possuem nenhum protocolo assistencial com definições de diretrizes terapêuticas para a TB. Resultados semelhantes foram descritos no estudo de Garnelo et al ² ao analisar a base de dados do PMAQ-AB da região Norte e do Brasil, revelando uma fragilidade na estrutura organizacional dos serviços de saúde, que pode redundar em dificuldades no diagnóstico e acompanhamento dos casos e contatos de TB.

Com relação à solicitação dos exames de diagnóstico, o estudo mostrou que a maioria das equipes está solicitando a baciloscopia de escarro e a radiografia de tórax. A baciloscopia de escarro é o principal exame de diagnóstico de tuberculose responsável por diagnosticar de 60 a 80% dos casos de TB pulmonar. O PNCT recomenda que as unidades de saúde devem receber as amostras coletadas no domicílio e mantê-las refrigeradas na UBS até o seu processamento pelo laboratório responsável ²³. Portanto, é necessário que a gestão organize o fluxo de encaminhamento das amostras aos laboratórios e retorne os resultados em tempo

Brito EWG, Silva AKF, Teixeira GGA et al.

hábil. Nesse estudo, não foi verificado o acesso aos exames e resultados, e sim, apenas à solicitação dos exames. Em um estudo realizado em Natal ²⁶, capital do RN, os autores evidenciaram que apesar da existência de formulários para solicitação do exame de escarro e da disponibilidade de potes para coleta do material, algumas unidades de saúde apresentaram indicadores operacionais insatisfatórios para os parâmetros do MS.

O PNCT monitora a situação epidemiológica da doença através de uma série de dados epidemiológicos e operacionais produzidos pelos serviços de saúde, cujos registros ocorrem em diversos documentos. Os resultados encontrados mostram que um percentual elevado de equipes não dispõe sequer do registro do número de usuários com TB. Com relação à existência da ficha individual de notificação/investigação (FIN) dos casos da doença, a pesquisa considerou que a ausência de indivíduos com TB no território isentaria a obrigação da existência da FIN nas UBS. Nesse caso, os entrevistadores assinalaram como resposta a opção NÃO SE APLICA. No entanto, os autores consideram que tal documento deve estar sempre disponibilizado em todos os serviços de saúde devido à obrigatoriedade imputada legalmente para os casos de doenças infectocontagiosas conforme a Portaria ministerial nº 1.271, de 6 de junho de 2014,²⁷ portanto, o dado coletado pode não traduzir a realidade dos serviços avaliados, revelando uma limitação na elaboração do instrumento de pesquisa.

A organização Mundial da Saúde reconhece o TDO como uma estratégia capaz de aumentar a adesão ao tratamento, diminuir a multirresistência às drogas e reduzir a taxa de abandono.^{5,23} O baixo percentual de acompanhamento e busca ativa de faltosos ao TDO encontrados nesse estudo são semelhantes ao encontrados em outro estudo²⁸ e corroboram com os achados de outro no que diz respeito ao desempenho incipiente do TDO em municípios nordestinos, revelando a fragilidade das equipes da ESF em incorporar essa atividade ao conjunto de ações de controle realizadas na AB.

No que se refere à realização de ações educativas e de promoção da saúde, os resultados evidenciam que 1/3 das equipes não realizam essas atividades. Outros estudos^{17,29} realizados com profissionais da ESF também relatam as dificuldades das equipes em promover ações de educação em saúde. A desvalorização das ações educativas, por esses profissionais, em seu processo de trabalho,

Organização do cuidado à tuberculose na atenção...

contraria as orientações da Política Nacional de Atenção Básica⁶ e retrata a dificuldade da equipe em desenvolver atividades pautadas em um modelo de vigilância e promoção da saúde.

Considerando a perspectiva dos usuários, cabe destacar a avaliação positiva relatada pelos usuários em relação ao acesso geográfico e ao funcionamento das unidades de saúde durante os cinco dias da semana. Esses resultados podem estar associados à ampliação dos serviços da rede básica de saúde estimulada pela atual política que reorganiza a AB a partir da ESF.⁶ Por outro lado, a ausência dos médicos na UBS ou em atividades no bairro durante o funcionamento da unidade, relatada por cerca de 40% dos usuários, pode ser um fator desfavorável ao diagnóstico e tratamento dos doentes de TB³⁰, além de sobrecarregar outros profissionais em algumas atribuições gerais inerentes à equipe de saúde.³¹

No que tange ao acolhimento dos usuários nos serviços de saúde quando estes demandam o serviço espontaneamente, evidenciou-se um bom nível de satisfação em relação às orientações prestadas pelos profissionais. Nessa perspectiva, um estudo³² reitera a importância do preparo da equipe e do acolhimento ordenado no sentido de diminuir o retardo do diagnóstico em sintomáticos respiratórios, enquanto outro³³ alertou para a importância de valorizar aspectos culturais inerentes à doença e ao doente, no sentido de organizar a atenção à tuberculose na atenção básica.

Admite-se a possibilidade de vieses de informação decorrentes da seleção dos profissionais entrevistados, cujas equipes participantes foram aquelas escolhidas pela gestão por apresentarem melhor estrutura organizacional, levando a conjecturar a existência de uma situação real menos favorável que a apresentada. Além disso, é importante considerar que as equipes que aderiram ao PMAQ-AB recebem incentivos financeiros adicionais do MS, o que pode influenciar os profissionais a omitir pontos negativos do seu processo de trabalho.

Trata-se de um estudo sobre os serviços de saúde da AB do Rio Grande do Norte. Não pode ser generalizado a todos os municípios brasileiros, mas é possível que os dados representem municípios do Nordeste ou de outras regiões com características organizacionais semelhantes.

Acredita-se que estudos subsequentes, referentes aos outros ciclos do PMAQ-AB, possam aprofundar o conhecimento de pontos importantes não revelados nesse estudo, tais

como a execução do TDO e o acesso aos insumos, medicamentos, exames e resultados.

CONCLUSÃO

As equipes de saúde avaliadas demonstraram compreender a importância de solicitar os dois principais exames de diagnóstico da TB. No entanto, a inexistência de protocolos assistenciais, em uma parcela dos serviços de saúde, se revela como uma das principais fragilidades no cuidado aos doentes, tendo em vista que esses documentos orientam as práticas das EAB de acordo com consensos estabelecidos internacionalmente. Outros obstáculos como o não acompanhamento do TDO, ausência de busca ativa dos pacientes faltosos a essa estratégia, falhas no registro dos casos de TB e a baixa realização de ações preventivas e educativas podem comprometer o sucesso do tratamento dos doentes, propiciar o aumento do abandono e dificultar o monitoramento e vigilância dos casos de tuberculose.

Apesar das dificuldades evidenciadas a partir da visão das EAB, os usuários sinalizaram pontos positivos em relação ao acesso aos serviços de saúde e ao acolhimento e respostas às demandas espontâneas. Contudo, a ausência do médico na unidade de saúde ou em atividades externas durante o funcionamento da UBS, associada aos demais obstáculos supracitados, pode dificultar a integralidade do cuidado e o trabalho interdisciplinar, promovendo resultados epidemiológicos desfavoráveis.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2014. Geneva, Switzerland: WHO; 2014.
2. Gandy M, Zumla A. The resurgence of disease: social and historical perspectives on the 'new' tuberculosis. Soc Sci Med. 2002;55(3):385-96. doi:10.1016/S0277-9536(01)00176-9.
3. Brunello MEF, Chiaravalloti NF, Arcêncio RA, Andrade RLP, Magnasco GT, Villa TCS Áreas de vulnerabilidade para co-infecção HIV-AIDS/TB em Ribeirão Preto, SP. Rev saúde pública [Internet]. 2011 [cited 2014 June 19];45(3):556-63. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300014&lng=en.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. Bol epidemiol [Internet]. 2014 [cited 2014 ago 9];44(2):1-13. Available from: <http://www.vigilanciaemsaude.ba.gov.br/site/default/files/Boletim-Tuberculose-2014.pdf>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011[cited 2014 Apr 4]. Available from: http://www.cve.saude.sp.gov.br/hmt/TB/mantec/manuais/MS11_Manual_Recom.pdf.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica: Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 [cited 2014 Apr 4]. (Série E. Legislação em Saúde). Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf.
7. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2006 [cited 2014 Oct 15];11(3):553-63. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300002&lng=en&nrm=iso.
8. Ignotti E, Oliveira BFA, Hartwig S, Oliveira HC, Scatena JHG. Analysis of the Tuberculosis Control Program in the city of Cáceres, Brazil, prior to and after the implementation of a Family Health Program [Internet]. J bras pneumol. 2007 May-Jun [cited 2014 Oct 18]; 33(3):287-94. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17906790.
9. Amaral A, Tamaki E, Sales C, Renovato R. Avaliação da descentralização do programa de controle da tuberculose do nível secundário para o nível primário do sistema de saúde de Dourados-MS [Internet]. Saúde Soc. 2010 Oct-Dec [cited 2014 Oct 20]; 19(4):794-802. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
10. Villa TCS, Ruffino-Netto A, Scantena L, Andrade RLP, Brunello MEF, Nogueira JA, et al. Health services performance for TB treatment in Brazil: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res [Internet]. 2011[cited 2014 Oct 20];(11):241. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/241>.
11. Arakawa T, Arcêncio RA, Scatolin BE, Scatena LM, Ruffino-Netto A, Villa TCS. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. Rev. Latino-Am Enferm [Internet].

2011 July-Aug [cited 2014 Apr 4];19(4):1-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_19.pdf.

12. Ponce MAZ, Wysocki AD, Scatolin BE, Andrade RLP, Arakawa T, Ruffino-Netto A, et al. Tuberculosis diagnosis and performance assessment of the first health service used by patients in São José do Rio Preto, São Paulo State, Brazil. *Cad saúde pública* [Internet]. 2013 May [cited 2014 Apr 4]; 29(5):945-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000500012&script=sci_arttext.

13. Marquieviz J, Neves EB, Ulbricht L, Alves IS. A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2013 Jan [cited 2014 May 13];18(1):265-71. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100027.

14. Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino-Netto A, Vendramini SHF, et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 June [2014 May 13];42(2):262-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

15. Sá LD, Oliveira AAV, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa TCS, Collet N. Cuidado ao doente de tuberculose na estratégia saúde da família: percepções de enfermeiras. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 Apr [cited 2014 Feb 13];46(2):356-63. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200013.

16. Crispim JA, Scatolin BE, Silva LMC, Pinto IC, Palha PF, Arcêncio RA. Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde. *Acta paul enferm* [Internet]. 2012 June [cited 2014 Feb 13];25(5):721-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/18.pdf>.

17. 17) Santos TMMG, Nogueira LT, Arcencio RA. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose. *Acta paul enferm* [Internet]. 2012 [cited 2014 July 13]; 25(6):954-61. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000600020.

18. 18) Yamamura M, Santos NM, Freitas IM, Rodrigues LBB, Popolin MP, Uchoa SAC, Fonteira I, Arcêncio RA. Tuberculose e iniquidade social em saúde: uma análise ecológica utilizando técnicas estatísticas

multivariadas, São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2014 Apr [cited 2014 Dec 4]; 35(4):270 -7. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000400006&lng=en&tlng=pt.

19. 19) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial da União, Brasília*, 2011 [Internet]. [cited 2014 Dec 4]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html.

20. 20) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: manual instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011 [Internet]. [cited 2014 Dec 4]; Available from: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/165/pmaq-manual-instrutivo-%5B165-040412-SES-MT%5D.pdf>.

21. 21) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estados@: Rio Grande do Norte [Internet]. [cited 2014 oct 10]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?lang=&sigla=rn>.

22. 22) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consultas [Internet]. 2011 [cited 2014 aug 12]. Available from: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp.

23. 23) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.168 p.(Série F. Comunicação e Educação em Saúde). [cited 2014 Jan 4]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf.

24. 24) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. 2. ed. Brasília, 2008 [Internet]. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Caderno de atenção Básica, 21).

Brito EWG, Silva AKF, Teixeira GGA et al.

Organização do cuidado à tuberculose na atenção...

[cited 2014 Dec 4]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cab_n21_vigilancia_saude_2ed_p1.pdf.

25. 25) Garnelo L, Lucas ACS, Parente RCP, Rocha ESC, Gonçalves MJF. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. *Saúde debate* [Internet]. 2014 Oct [cited 2014 Dec 4]; 38 (Esp):158-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0158.pdf>.

26. 26) Dantas DNA, Silva MPM, Oliveira DRC, Enders BC, Paiva REA, Arcêncio RA. Ações do agente comunitário de saúde no diagnóstico da tuberculose pulmonar. *Rev Rene* [Internet]. 2011 [cited 2013 Dec 4]; 12 (Esp):980-7. Available from:

27. <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/324/pdf>.

28. 27). Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2014 [Internet]. [cited 2013 Dec 4]. Available from: http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Portaria_1271_06jun2014.pdf.

29. 28) Alves MGM, Casotti E, Oliveira LGD, Machado MTC, Almeida PF, Corvino MPF, et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Saúde debate* [Internet]. 2014 Oct [cited 2013 Dec 4]; 38(Esp):34-51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0034.pdf>.

30. 29) Curto M, Scatena LM, Andrade RLP, Palha PF, Assis EG, Scatolin BE, et al. Controle da tuberculose: percepção dos doentes sobre orientação a comunidade e participação comunitária. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2010 Sept-Oct [cited 2013 July 4];18(5):983-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_20.pdf.

31. Oliveira AV, Sá LD, Nogueira JA, Andrade SLE de, Palha PF, Villa TCS. Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2014 Dez 26]; 47(1):145-51. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100018>.

32. 31) Pavoni DS, Medeiros CRG. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2009 Mar-Apr [cited 2014 2 may 8]; 62(2):265-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a15v62n2.pdf>.

33. 32) Silva-Sobrinho RA, Andrade RLP, Ponce MAZ, Wysocki AD, Brunello ME, Scatena LM, et al. Delays in the diagnosis of tuberculosis in a town at the triple border of Brazil, Paraguay, and Argentina *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2012 [cited 2012 Nov 13];31(6):461-8. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n6/v31n6a03.pdf>.

34. 33) Garcia MCC, Cirino ID, Enders BC et al. Incorporação das ações de controle da tuberculose na atenção primária à saúde e seu contexto. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2013 Oct [cited 2014 Nov 22];7(esp):6294-302. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4913/pdf_3821

Submissão: 19/01/2015

Aceito: 29/06/2015

Publicado: 15/07/2015

Correspondência

Ewerton William Gomes Brito
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Av. Senador Salgado Filho, s/n
Campus Lagoa Nova
CEP 59072-970 – Natal (RN), Brasil