

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
ASSOCIADO UEPA – UFAM

TATIANA CASTRO DA COSTA

TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS
NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS

MANAUS

2019

TATIANA CASTRO DA COSTA

TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS
NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas em Associação Ampla com a Universidade do Estado do Pará como requisito para obtenção de titulação de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças na Amazônia.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Carolina Scarpel Moncaio

MANAUS

2019

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

C837t Costa, Tatiana Castro
Tuberculose na Atenção Primária à Saúde: Avaliação dos serviços na perspectiva dos enfermeiros / Tatiana Castro Costa.
2019
73 f.: 31 cm.

Orientadora: Ana Carolina Scarpel Moncaio
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Tuberculose. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Avaliação dos serviços de saúde. 4. Enfermeiras e Enfermeiros. I. Moncaio, Ana Carolina Scarpel II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

TATIANA CASTRO DA COSTA

**TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AVALIAÇÃO DOS
SERVIÇOS NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas em Associação Ampla com a Universidade do Estado do Pará como requisito para obtenção de titulação de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em 09 de Agosto de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Scarpel Moncaio, Presidente
Universidade Federal do Amazonas

Prof.^a Dr.^a Jaqueline Garcia de Almeida Ballesterio, Membro Externo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Prof.^a Dr.^a Maria Jacirema Ferreira Gonçalves, Membro Interno
Universidade Federal do Amazonas

*A Deus,
a minha família,
aos enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus
e às minhas amigas e professoras enfermeiras,
que me inspiraram durante
o desenvolvimento deste trabalho*

AGRADECIMENTOS

*Ao meu Deus que me protege, me abençoa e guia meus caminhos
para realização dos meus sonhos;*

*À minha querida orientadora pela sua, sabedoria, empatia, parceira e
dom de educar, se tornando uma inspiração e modelo a ser seguido;*

*A minha família, por todo apoio e segurança que me ofereceu
durante todo esse percurso;*

*À Universidade Federal do Amazonas por oferecer oportunidades únicas
de crescimento profissional e pessoal;*

*À Secretaria Municipal de Saúde e os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde
que me apoiaram durante o desenvolvimento da pesquisa;*

*Às minhas amigas de profissão e de turma
que me apoiaram e incentivaram a todo momento.*

Quero dizer que ensinar e aprender se vão dando de tal maneira que quem ensina aprende, de um lado, porque reconhece um conhecimento antes aprendido e, de outro, porque, observado a maneira como a curiosidade do aluno aprendiz trabalha para apreender o ensinando-se, sem o que não o aprende, o ensinante se ajuda a descobrir incertezas, acertos, equívocos.

Paulo Freire

RESUMO

A tuberculose permanece um grande problema de saúde mundial, cuja incidência se mantém alta em nível global, nacional, regional e local. Em virtude disso a Organização Mundial de Saúde declarou como emergência global e elaborou estratégias para contê-la, destaca-se neste contexto a Atenção Primária à Saúde, pois no Brasil é a ordenadora da rede de saúde e desempenha ações primordiais para controle da tuberculose. O presente estudo teve como objetivo avaliar o desempenho dos serviços de Atenção Primária à Saúde no controle da tuberculose em Manaus, na perspectiva dos enfermeiros. Estudo descritivo de caráter avaliativo com abordagem quantitativa. Elegeu-se o município de Manaus devido ao seu destaque nacional como capital de maior incidência de casos. A coleta ocorreu entre os meses de dezembro de 2018 a maio de 2019, nos serviços de Atenção Primária à Saúde (Unidades Básicas de Saúde e Unidades Básicas de Saúde da Família). A população foi composta por 173 enfermeiros que atuavam nesses serviços. Durante a coleta foi utilizado o instrumento “*Primary Care Assessment Tool*” adaptado e validado para avaliar a atenção à tuberculose, o qual contém 96 questões específicas para avaliação do desempenho dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde sob a ótica dos profissionais de saúde e inclui questões referentes às dimensões/atributos da Atenção Primária à Saúde: Porta de entrada, Acesso (subdividido em Acesso ao diagnóstico e Acesso ao tratamento), Vínculo (Longitunalidade), Elenco de serviços (Integralidade), Coordenação, Enfoque na família, Orientação para a comunidade e Formação profissional (Competência cultural). A análise, interpretação e apresentação dos dados foi feita através de estatística descritiva (medidas de tendência central, dispersão e variância, frequências absolutas e relativas, conforme orientações do instrumento utilizado. O taxa α de *Cronbach* foi usado para verificar a confiabilidade e consistência interna do instrumento ($\alpha=0,86$). O desempenho dos serviços com relação às dimensões Vínculo, Coordenação, Enfoque na Família, Formação Profissional foram “Satisfatórios”; Acesso, Elenco de Serviços e Orientação para Comunidade apresentaram desempenho “Regular” e nenhuma dimensão foi “Insatisfatória”. A partir desses resultados encontrados podemos concluir que na perspectiva dos enfermeiros a maioria das dimensões apresentam resultados “Satisfatórios”. Apesar disso, há fragilidades como: dificuldades no acesso, na oferta de serviços e integração com a comunidade; que precisam ser trabalhadas para oferecer um serviço de melhor qualidade ao usuário com tuberculose, e a partir disso, considerar uma real mudança do cenário atual local.

Descritores: Tuberculose, Atenção Primária à Saúde, Avaliação dos serviços de saúde, Enfermeiras e Enfermeiros.

ABSTRACT

Tuberculosis remains a major global health problem, the incidence of which remains high at global, national, regional and local levels. Because of this, the World Health Organization declared as a global emergency and developed strategies to contain it. Primary Health Care stands out in this context, since in Brazil it is the health network organizer and performs primary actions to control tuberculosis. This study aimed to evaluate the performance of Primary Health Care services in tuberculosis control in Manaus, from the nurses' perspective. Descriptive study of evaluative character with quantitative approach. The city of Manaus was elected due to its national prominence as the capital with the highest incidence of cases. The collection took place between December 2018 and May 2019, in the Primary Health Care services (Basic Health Units and Basic Family Health Units). The population consisted of 173 nurses who worked in these services. During the collection, the adapted and validated Primary Care Assessment Tool was used to assess tuberculosis care, which contains 96 specific questions to evaluate the performance of primary health care services from the perspective of health professionals and includes questions regarding the dimensions / attributes of Primary Health Care: Gateway, Access (subdivided into Diagnostic Access and Access to Treatment), Bonding (Longitudinality), Service Casting (Integrity), Coordination, Family Focus, Guidance for Community and Vocational Training (Cultural Competence). Data analysis, interpretation and presentation were performed using descriptive statistics (measures of central tendency, dispersion and variance, absolute and relative frequencies, according to the orientations of the instrument used. Cronbach's α rate was used to verify the reliability and internal consistency of the instrument). ($\alpha = 0.86$) The performance of the services in relation to the Bond, Coordination, Family Focus, Vocational Training dimensions was "Satisfactory", Access, Casting of Services and Community Orientation presented "Regular" performance and no dimension was performed. "Unsatisfactory." From these results we can conclude that from the nurses' perspective, most dimensions present "satisfactory" results, although there are weaknesses such as difficulties in access, service provision and integration with the community, which need to be addressed. designed to provide a better service than age to the tuberculosis user, and from that, consider a real change from the current local setting.

Descriptors: Tuberculosis, Primary Health Care, Health Services Evaluation, Nurses.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Os países das três listas de alta carga para TB, TB / HIV e MDR-TB são usados pela OMS durante o período 2016-2020, e suas áreas de sobreposição.....	16
Figura 2- Taxa de incidência de tuberculose (por 100 mil hab.), Brasil, 2009-2018.....	17
Figura 3- Mapa de Manaus, área urbana e rural.....	31
Quadro 1- Estratificação do número de enfermeiros por Distrito de Saúde.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Disa	Distrito de Saúde
Dots	<i>Directly Observed Treatment Short-Course</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Noas	Norma Operacional de Assistência à Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PCT	Programa de Controle à Tuberculose
PNCT	Programa Nacional de Controle à Tuberculose
PPL	Pessoa Privada de Liberdade
PSF	Programa Saúde da Família
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
RAS	Rede de Atenção à Saúde
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Semsa	Secretaria Municipal de Saúde
Site-TB	Sistema Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose
SR	Sintomático Respiratório
SS	Serviços de Saúde
SPSS	<i>Software Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TB	Tuberculose
MDR-TB	<i>Multidrug-Resistant</i> TB
RR-TB	<i>Rifampicin-Resistant</i> TB
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica Saúde Fluvial
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UF	Unidades Federadas
UR	Unidade de Referência
UR-PCT	Unidades de Referência com equipes especializadas do Programa de Controle da Tuberculose

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1. Epidemiologia da Tuberculose no Mundo	15
1.2. Epidemiologia da Tuberculose no Brasil	16
1.3. Estratégias para o controle da tuberculose	18
1.4. Estratégias para o controle da tuberculose no Brasil	19
2. OBJETIVOS	21
2.1. Objetivo Geral	21
2.2. Objetivos Específicos	21
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
3.1. Avaliação dos serviços de saúde	22
3.2. Aspectos históricos e conceituais da Atenção Primária a Saúde	23
3.3. Atributos da Atenção Primária à Saúde	23
3.3.1 Atenção ao Primeiro contato	24
3.3.2. Longitudinalidade	25
3.3.3. Integralidade	25
3.3.4. Coordenação	26
3.3.5. Orientação para comunidade	26
3.3.6. Enfoque na Família	27
3.3.7. Competência Cultural	28
3.4. Papel do Enfermeiro nas ações de controle a TB	28
4. DESCRIÇÃO METODOLÓGICA	30
4.1. Tipo de estudo	30
4.2. Local de estudo	30
4.3. População do estudo	32
4.4. Tamanho da amostra	32
4.5. Critérios de inclusão	33
4.6. Critérios de exclusão	33
4.7. Instrumento para coleta de dados	33
4.8. Coleta de dados	34
4.9. Análise dos dados	35
4.10. Aspectos éticos	35
5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	37
6. CONCLUSÃO	53
7. REFERÊNCIAS	54
APÊNDICE	62
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	63
ANEXOS	65
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP	66
ANEXO B- Autorização da SEMSA	67

ANEXO C- Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil.....	68
---	----

1. INTRODUÇÃO

1.1. Epidemiologia da Tuberculose no Mundo

A Tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa que tem como agente etiológico o *Mycobacterium tuberculosis*, isolado pela primeira vez pelo médico alemão Robert Koch em 1882 (BARBERIS et al., 2017). No entanto, a circulação do mesmo é antiga e os registros históricos datam aproximadamente 70.000 anos (CAMBAU; DRANCOURT, 2014).

Até aproximadamente meados do século passado, a TB foi uma doença cujo tratamento não era uma realidade, atribuindo-se ao resultado de uma vida dedicada aos excessos, incompatível com os padrões socialmente aceitáveis (SOUZA; SILVA; MEIRELLES, 2010). Porém, sabe-se que a TB é uma doença influenciada por questões sociais e pelas condições de vida da população (AZEVEDO; DAVID; MARTELETO, 2018).

A TB é uma doença que apresenta um diagnóstico com custo acessível e confiável quando realizado em tempo oportuno, por meio de exame de escarro e apresenta um tratamento eficaz, apesar disso permanece como um grande problema de saúde mundial, nos últimos cinco anos tem sido a principal causa de morte por um único agente infeccioso (WHO, 2018).

Cerca de 10,4 milhões de pessoas desenvolveram TB em 2015, 580 mil na forma de Multidrug-Resistant TB (MDR-TB) ou Rifampicin-Resistant TB (RR-TB), e 1,4 milhão morreram da doença. No entanto, foram reportados nesse mesmo ano cerca de 6,1 milhões de casos novos de TB (BRASIL, 2018a).

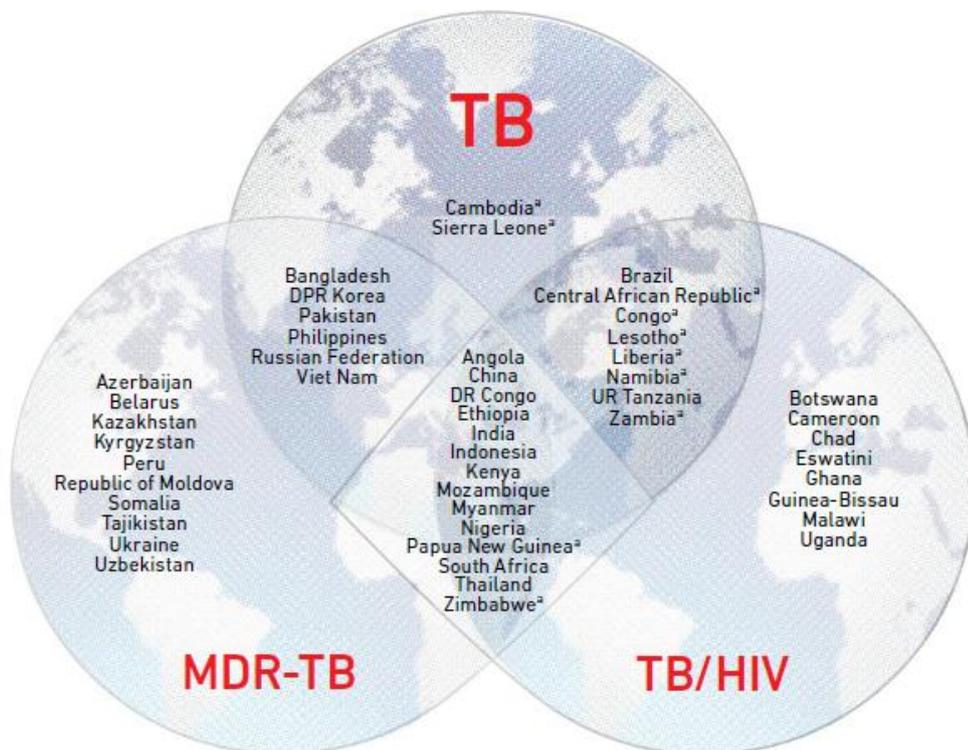
Em 2017, essa doença causou 1,3 milhões de mortes. Estima-se que cerca de 1,7 milhão de pessoas apresentem uma infecção latente por TB e, portanto, correm o risco de desenvolver uma doença ativa da TB durante sua vida. A incidência de TB variou entre os países de menos de 10/100 mil hab., nos países de alta renda para 150-400/100 mil hab., nos países de baixa renda, chegando até 500/100 mil hab. em alguns países incluindo Moçambique, Filipinas e África do Sul. (WHO, 2018).

A Figura 1 apresenta os países que compõe as três listas com a alta carga de TB, coinfeção TB/HIV e MDR-TB, em que existem 30 países no mundo com elevada carga de TB e juntos representaram 87% de todos os casos incidentes no ano de 2017 a maior parte dos

casos de TB ocorreu na Região da Ásia (45%), Região Africana (25%) e a Região Ocidental do Pacífico (17%); proporções menores de casos ocorreram na Região do Mediterrâneo Oriental (7%), na Região Europeia (3%) e Região das Américas (3%) (WHO, 2018).

As Américas representam cerca de 3,0% da carga mundial de TB, com 268 mil casos novos estimados, os quais estão localizados principalmente em nações como Brasil (33,0%), Peru (14,0%), México (9,0%) e Haiti (8,0%). A faixa etária menor de 15 anos representa 6,3% dos casos e a maioria é do sexo masculino. Apresentando um total de 125.000 casos de MDR-TB e RR-TB, representando 20% dos casos estimado (BRASIL, 2018a).

Figura 1. Os países das três listas de alta carga para TB, TB / HIV e MDR-TB são usados pela OMS durante o período 2016-2020, e suas áreas de sobreposição.



Fonte: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

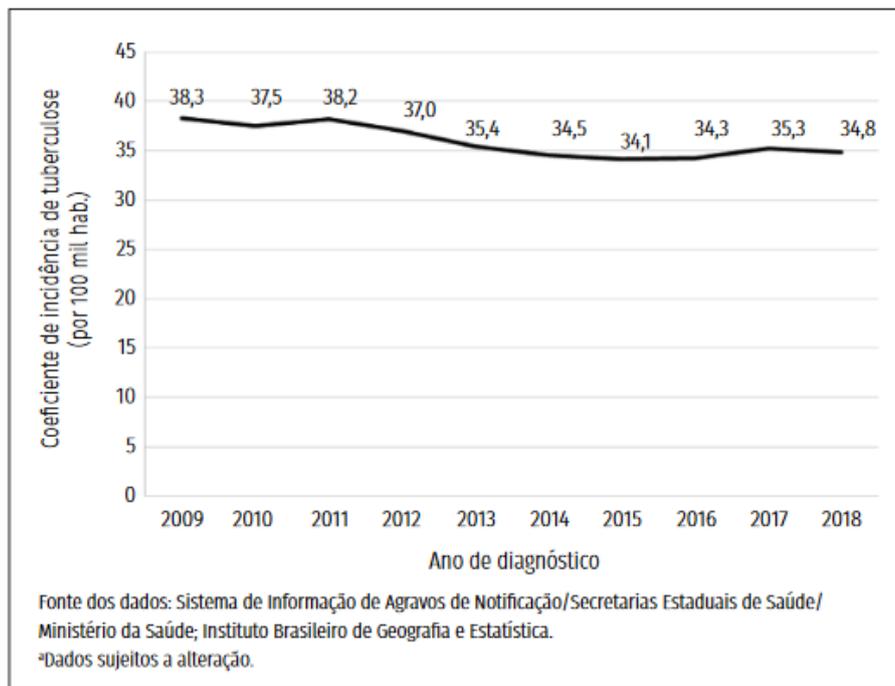
1.2. Epidemiologia da Tuberculose no Brasil

O Brasil está classificado em 19º na lista com alta carga para TB e TB-HIV considerados prioritários pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o controle da doença no mundo, foram diagnosticados em média 71 mil casos novos da doença nos últimos

10 anos. Em 2018, foram diagnosticados 72.788 casos novos de TB, o que corresponde a uma taxa de incidência de 34,8 casos/100 mil hab. Ainda que, de 2009 a 2018, tenha sido observada uma queda média anual de 1,0%, a taxa de incidência aumentou nos anos de 2017 e 2018 em relação ao período de 2014 a 2016 (Figura 2)(BRASIL, 2019a).

Em 2017, foram registrados 4.534 óbitos pela doença, o que equivale a taxa de mortalidade de 2,2 óbitos/100 mil hab., o mesmo obtido no ano anterior.

Figura 2- Taxa de incidência de tuberculose (por 100 mil hab.), Brasil, 2009-2018.



Fonte: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>

Em 2017, foram diagnosticados e acompanhados no Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (SITE-TB) 246 casos novos de monorresistência, 80 de polirresistência, 713 de MDR-TB ou RR-TB e dois casos Extensively Drug-Resistant TB (XDR-TB) (BRASIL, 2018b).

O Brasil não apresenta uma epidemia generalizada de TB, mas concentrada em algumas populações, como as pessoas vivendo com HIV (PVHIV), em situação de rua, privadas de liberdade (PPL), a população indígena e pessoas que vivem em aglomerados e em situação de pobreza (BRASIL, 2018b).

Na Região Norte do Brasil observa-se o maior taxa de incidência de TB (41,8/100 mil hab.), na qual, o estado do Amazonas apresenta taxa de incidência mais elevada do país(74,1/100 mil hab.), com taxa de mortalidade de 3,8/100 mil hab., proporção de abandono

em 13,8%. Sua capital, Manaus, representa a cidade com maior taxa de incidência (104,7/100 mil hab.), taxa de mortalidade de 4,7/100 mil hab. e proporção de abandono de 15% (BRASIL, 2018a; BRASIL 2019).

Observa-se que essa doença afetou principalmente populações com condições de vida precárias e está concentrada em grandes centros urbanos (DYE et al., 2009). Um padrão que pode ser explicado por duas condições diferentes: maior incidência em áreas densamente povoadas, como na capital Manaus, e em populações com grandes contingentes indígenas como nas regiões do entorno de Manaus, Rio Negro e Rio Juruá (CASTRO et al., 2016).

1.3. Estratégias para o controle da tuberculose

Em virtude de, historicamente, a incidência, mortalidade, associação TB/HIV se manterem elevados e a epidemia de HIV/aids que fez com que ocorresse a reemergência da TB nos países desenvolvidos em 1993 a OMS declarou a TB como emergência global e em 1994 apresentou a primeira estratégia mundial de controle para essa doença (CHAUDHRY et al., 2015).

A OMS elaborou a Estratégia *Directly Observed Treatment Short-Course* (DOTS), que foi vigente no período de 1994 a 2005, tinha como meta curar 85% dos casos novos com baciloscopia positiva e diagnosticar 70% dos casos existentes até o ano 2000. Sua base foi formada por cinco componentes: detecção de casos por baciloscopia entre Sintomáticos Respiratórios (SR) que demandam os serviços gerais de saúde; tratamento padronizado de curta duração, Tratamento Diretamente Observado (TDO) e monitorado em sua evolução; fornecimento regular de drogas; sistema de registro e informação que assegure a avaliação do tratamento; compromisso do governo colocando o controle da TB como prioridade entre as políticas de saúde (WHO, 2015)

Em 2006, iniciou-se a Estratégia *Stop TB* com o objetivo de fortalecer a estratégia TDO e reduzir o peso global da doença, com a meta de redução de 50% da incidência e da mortalidade por TB até 2015, composta por seis componentes, entre eles, o fortalecimento por meio da ampliação e aperfeiçoamento da estratégia TDO, apoio aos doentes de TB e comunidade e promoção da pesquisa (BRASIL, 2017a).

Apesar de todos os esforços, as metas de controle da TB não foram atingidas, então em 2015 foi lançada a Estratégia *END TB*, a qual se fundamenta em três pilares: cuidado

integrado centrado no paciente e com foco na prevenção; políticas ousadas e sistema de saúde de cobertura universal e intensificação de pesquisas e inovação. A estratégia se apresentou com metas audaciosas de reduzir o taxa de incidência em 90% e reduzir o número de óbitos por TB em 95%, comparados com 2015 (BRASIL, 2017a; WHO, 2015).

1.4. Estratégias para o controle da tuberculose no Brasil

Com a vigência da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2001, o Programa de Controle à TB (PCT) foi incorporado às ações da Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2002). Conforme as diretrizes do Ministério da Saúde (MS), os casos suspeitos de TB devem ser captados, atendidos e vinculados à APS, por meio das Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) ou das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2011a).

É importante destacar que a APS é definida como a principal porta de entrada e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2017b; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Dentre as funções da ESF, ressalta-se o atendimento para usuários com TB, iniciando pela suspeita clínica, tendo continuidade pelo encaminhamento para confirmação diagnóstica, monitoramento dos casos confirmados por meio do TDO e coleta de amostras mensais de microscopia de esfregaço de escarro (GARRIDO et al., 2015).

Nesse contexto destaca-se a importância de pesquisas na área de TB com foco na avaliação dos Serviços de Saúde (SS) da APS no controle a TB, pois avaliar consiste principalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (HARTZ, 1997).

Existem características próprias da APS, classificadas por Bárbara Starfield como Atributos Essenciais (Atenção ao Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação) e Derivados (Orientação para Comunidade, Enfoque na Família e Competência Cultural), os quais são fundamentais para a qualidade da assistência prestada por esses SS (STARFIELD, 2002).

Diante do exposto, torna-se relevante para investigação estudos que avaliem os SS no controle da TB, no contexto da APS em nossa Região, considerando os altos índices epidemiológicos apresentados anteriormente.

Essa pesquisa visa colaborar no fornecimento de subsídios para a melhoria das ações de controle e gestão ligadas ao controle da TB, pois a avaliação está relacionada com as ações e medidas que estão sendo utilizadas no serviço, que podem contribuir para a sua melhoria, com reflexo direto na qualidade de vida da população. A partir de inquietações sobre essa temática surgiu a seguinte pergunta de pesquisa: “Os atributos da APS estão contemplados nas ações de controle à TB em Manaus?”.

Pretende-se, com este estudo, investigar se os atributos da APS estão presentes nas ações de controle da TB em Manaus na perspectiva dos enfermeiros, pois esses profissionais estão incorporados no movimento de descentralização do diagnóstico de TB e fornecimento do tratamento em serviços da APS em todos os municípios.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar a presença dos atributos nos serviços de Atenção Primária à Saúde no controle da Tuberculose em Manaus, na perspectiva dos enfermeiros.

2.2. Objetivos Específicos

1. Identificar as potencialidades e fragilidades nos atributos da Atenção Primária à Saúde e o seu desempenho no controle a Tuberculose.
2. Comparar os atributos entre os distintos modelos de Atenção Primária à Saúde (Unidade Básica de Saúde e Estratégia Saúde da Família).
3. Comparar os atributos entre os distintos Distritos de Saúde da área urbana (Norte, Sul, Leste e Oeste).

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. Avaliação dos serviços de saúde

No campo da avaliação, houve um crescimento considerável no final do século XX, tanto em produção científica, quanto no que diz respeito a sua institucionalização. Com isso, existem múltiplas formas de definir as abordagens, dimensões e atributos para a avaliação, o que reflete nas escolhas teóricas dos autores, quanto aos possíveis “pontos de vista” que correspondem às posições que os mesmos ocupam no espaço social e, campos a que pertencem sua formação intelectual e trajetória social (HARTZ, 1997; SILVA, 2009).

A avaliação é um valor assumido pelo julgamento realizado com base em critérios previamente definidos, no âmbito dos programas e SS e, é compreendida como estratégia técnico-administrativa destinada à tomada de decisão, numa aproximação à definição de avaliação como instrumento de gestão. Também é considerado como o julgamento sobre uma prática, com o objetivo de embasar a tomada de decisão, resultando da aplicação de critérios e de normas ou de um procedimento científico (TANAKA; TAMAKI, 2012).

A escolha das características ou atributos das práticas, serviços, programas, estabelecimentos ou do sistema de saúde a serem avaliadas colaboram para o aprofundamento no processo de definição do foco da avaliação (TANAKA, 2011).

Nesse sentido, é importante o fortalecimento da avaliação na APS como dispositivo de mudança e reorganização para efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (HARTZ, 1997; TANAKA, 2011).

Para a avaliação da APS foi elaborado um referencial com base em determinadas estruturas e processos ou, como são mais comumente chamados, “capacidade” e “desempenho” dentro do sistema de SS. Esta abordagem para avaliar a APS pressupõe que os atributos estruturais estejam em seu devido lugar para que importantes atividades possam ser realizadas (DONABEDIAN, 1990; STARFIELD, 2002).

Em se tratando de estudos de avaliação dos serviços em saúde de TB, uma Revisão Integrativa mostrou que estudos com perspectivas dos profissionais de saúde obtiveram conclusões compatíveis em relação ao item Processo, com relação à fragilidade na capacitação dos profissionais de saúde e ao vínculo com a família e a comunidade, o que impacta na detecção precoce dos casos de TB e, também, no sucesso do tratamento. Estudos

com a perspectiva dos usuários, demonstraram a fragilidade da APS no diagnóstico da TB, mesmo tendo sido escolhida como principal acesso dos usuários, indicando a necessidade de melhorias nas ações desenvolvidas nesses SS para a detecção e controle da TB, especialmente, em relação ao processo de trabalho no desenvolvimento das ações das equipes de saúde da APS, na sensibilidade à detecção dos casos TB e nas ações voltadas à comunidade (COSTA et al., 2019).

3.2. Aspectos históricos e conceituais da Atenção Primária a Saúde

A APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os SS o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, assumindo o primeiro nível de contato com o Sistema Nacional de Saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção à saúde; sendo a primeira definição de APS proposta na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata (WHO, 1978).

No Brasil, a organização dos serviços de APS foi impulsionada a partir dos anos 1980 pelo movimento de Reforma Sanitária, sob uma proposta de conquista do direito à saúde, numa tentativa de alavancar a justiça social e a cidadania. Na década de 90, com a efetivação do SUS, a APS foi municipalizada e desenvolvida por meio de políticas públicas e de normas operacionais que garantiram respaldo jurídico, administrativo e financeiro para a criação do Programa Saúde da Família (PSF), com o principal objetivo de instituir uma prática assistencial centrada na família, a qual deve ser compreendida a partir de seu ambiente físico e social (SILVA et al., 2014).

3.3. Atributos da Atenção Primária à Saúde

Ao longo dos anos, diversos autores vêm inferindo definições dentro dos seus estudos, porém, o referencial adotado pelo MS é o de Barbara Starfield que equaliza a APS como a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados,

direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde (STARFIELD, 2002). Neste cenário, sumariamente entende-se por APS aquele nível do sistema de saúde que oferece a entrada do usuário para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), no decorrer do tempo e para todas as condições (BRASIL, 2011b).

Desta forma, segundo Starfield (2002), as qualidades próprias da APS são os chamados Atributos Essenciais e Derivados e, verificando a presença e alcance desses foi estabelecido uma forma de avaliação da APS.

3.3.1 Atenção ao Primeiro contato

Esse atributo refere-se à existência de um ponto de entrada para o usuário com um problema de saúde, o qual precisa ser de fácil acesso e inerente à organização de SS por nível de atenção, esse ponto de primeiro contato é conhecido como “porta de entrada” (STARFIELD, 2002). Pode ser definido quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Apesar de acesso e acessibilidade frequentemente serem utilizados como sinônimos apresentam significados diferentes, ainda que complementares. A acessibilidade está relacionada às características da oferta que possibilitam que as pessoas cheguem aos serviços, enquanto que o acesso é uso oportuno de serviços pessoais de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis de saúde (DAMACENO; BANDEIRA; WEILLER, 2016). O acesso tem dois componentes: o acesso geográfico, que envolve características relacionadas à distância e aos meios de transporte a serem utilizados para obter o cuidado; e, o acesso sócio-organizacional, que inclui aquelas características e recursos que facilitam ou impedem os esforços das pessoas em receber os cuidados de uma equipe de saúde (BRASIL, 2011c).

É importante esse primeiro contato do doente de TB com o sistema de saúde, pois disponibiliza a garantia do acesso ao diagnóstico da doença, sendo que esse se dá na porta de entrada do sistema (OLIVEIRA et al., 2011).

3.3.2. Longitudinalidade

No contexto da APS, a Longitudinalidade é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários, que possibilita aos profissionais conhecerem os usuários e vice-versa, independentemente do tipo de problema de saúde, presença ou ausência de doenças (STARFIELD, 2002).

O atendimento a tal atributo tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além da redução dos encaminhamentos desnecessários para especialistas, ou seja, esse atributo está associado com a eficiência na APS (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). A Longitudinalidade é especialmente vantajosa para pessoas com doenças crônicas e com comorbidades, situações muito frequentes e que exigem da APS uma reestruturação dos serviços, cuja tradição é organizarem-se para o enfrentamento de problemas agudos (BRASIL, 2011c).

Essa criação de vínculo entre o profissional de saúde e o paciente fortalece as relações de confiança favorecendo a adesão ao tratamento e obtenção de cura da TB (PONCE et al., 2011a).

3.3.3. Integralidade

Cuidado integral é a capacidade da equipe de saúde em atender a variedade de necessidades em saúde do indivíduo, família ou das comunidades, disponibilizando os recursos para abordá-las (STARFIELD, 2002).

Esse atributo pressupõe um conceito amplo de saúde, referindo-se ao reconhecimento das necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas a promoção, a prevenção, e o tratamento são integrados na prática clínica e comunitária, sendo importante destacar que existe uma condição estruturante para que a integralidade ocorra, que é a disponibilização de uma gama de serviços, incluindo visitas domiciliares, ações em organizações comunitárias (escolas, creches) e articulações intersetoriais para estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2011c).

A presença desse atributo colabora para diminuir a fragmentação e o reducionismo na assistência em saúde, favorecendo as necessidades mais abrangentes dos usuários e sendo contrária a visão biologicista nas ações de saúde, ou seja, no caso dos usuários de TB, o mesmo reduz a prática do abandono ao tratamento (ALVES et al., 2012a).

3.3.4. Coordenação

A Coordenação é um atributo essencial para o sucesso dos demais, tendo como fundamento disponibilidade de informação sobre a pessoa, sua história, seus problemas, as ações realizadas e, a utilização desta, possibilitada pela fácil obtenção das informações, por registros facilmente disponíveis, por mecanismos de referência e contrarreferência e recomendações escritas aos usuários (BRASIL, 2011c)

Essa Coordenação requer tanto um meio de transferir informações, quanto o reconhecimento destas pelos profissionais de saúde, para a continuidade da assistência, segundo o conceito das RAS. A Coordenação entre pontos assistenciais pode ser entendida como a articulação entre os vários serviços e ações de saúde relacionadas à determinada intervenção de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados a um propósito comum (ALVES et al., 2012a).

A TB requer o acompanhamento dos acometidos pela enfermidade por meio do monitoramento constante, assim como de suas famílias, seguimento no qual a atenção ou cuidados ofertados nos PCT e outros pontos de atenção sejam desenvolvidos de modo integrado entre essas diferentes equipes para que haja controle eficaz e eficiente da doença. A presença desse atributo é instrumento determinante neste processo, permitindo a integração do trabalho entre os atores e, o uso de tecnologias e recursos para atingir os objetivos organizacionais e eficácia do serviço (ASSIS et al., 2012).

3.3.5. Orientação para comunidade

É conceituada como uma abordagem da APS que utiliza habilidades epidemiológicas e clínicas de forma complementar com a finalidade de ajustar os programas para que atendam

às necessidades específicas de saúde de uma população definida. Implicando o reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da comunidade ocorrem num contexto social determinado, que deve ser conhecido e levado em consideração (NOGUEIRA et al., 2011; STARFIELD, 2002).

A atuação do setor comunitário, com a participação dos que trabalham diretamente e/ou que representam as populações afetadas pelo problema é indiscutível e imprescindível para o controle da TB no cenário nacional (SANTOS FILHO; GOMES, 2007).

3.3.6. Enfoque na Família

Esse atributo pressupõe a importância do indivíduo em seu ambiente cotidiano, para a avaliação das necessidades de saúde e deve considerar o contexto familiar e as ameaças à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento do desafio dos recursos familiares limitados (STARFIELD, 2002).

A família deve ser entendida de forma integral e em seu espaço social, ou seja, a pessoa deve ser abordada em seu contexto socioeconômico e cultural, e reconhecida como sujeito social autônomo, pois é na família que ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente na saúde das pessoas (ALENCAR et al., 2014).

Com a implantação da ESF, o foco da atenção para o núcleo e dinâmica familiar possibilitou um acesso mais igualitário e inclusivo aos grupos marginalizados que estão fortemente vulneráveis aos agravos ligados as condições precárias de vida, dentre os quais se destaca a TB (NOGUEIRA et al., 2011).

A atenção adequada à família de indivíduos com TB é fundamental, pois constitui a rede de apoio no processo saúde-doença, além de ser relevante a investigação dos contatos, pois à família enfrenta maior risco de ser infectada pelo agente causador da enfermidade, devido ao convívio íntimo com o doente. É importante que a equipe de saúde esteja à disposição para dúvidas, permitindo questionamentos, realizando orientações, triagem e o acompanhamento sistemático dos contatos (FURLAN; GONZALES; MARCON, 2015).

3.3.7. Competência Cultural

Trata-se da capacidade das equipes de saúde na identificação das necessidades peculiares das subpopulações, que podem ou não ser evidenciadas pelas questões culturais relacionados às questões étnicas e raciais ou outras características culturais especiais (BRASIL, 2011c; STARFIELD, 2002).

A herança cultural é evidente nas atitudes e comportamentos no acesso aos serviços de saúde. Preconceitos e estereótipos dificultam a atenção e prestação de cuidados. Na APS, a prestação de um serviço culturalmente competente constitui uma abordagem etnográfica às suas percepções e opiniões, com a finalidade de oferecer atendimento de qualidade, culturalmente congruente, que melhoram a satisfação dos usuários e o bom funcionamento dos sistemas de saúde (ESTEVAN; RUÍZ, 2017).

Com o indivíduo acometido por TB é importante que os profissionais conheçam a dinâmica das particularidades de cada grupo social, incluindo a forma de comunicação intrafamiliar, o apoio e os recursos familiares (níveis educacionais, meios financeiros e a sua cultura), para lidar com os problemas de saúde do doente (NOGUEIRA et al., 2011).

3.4. Papel do Enfermeiro nas ações de controle a TB

Almeja-se que os profissionais de saúde, integrantes das equipes, desenvolvam as ações propostas pelo Programa Nacional de Controle à TB (PNCT), incluindo a busca ativa dos Sintomáticos Respiratórios (SR) detecção precoce dos casos, tratamento padronizado, e ainda, a execução das ações de Vigilância em Saúde. As ações de controle da TB são inerentes a uma ou outra categoria profissional, assim é fundamental que cada membro da equipe conheça suas atribuições dentro do programa, conferindo um cuidado integral, com maior resolutividade de suas ações (SANTOS; NOGUEIRA; ARCÊNCIO, 2012).

Como um dos profissionais atuantes na saúde, o enfermeiro contribui para a melhoria na qualidade da assistência prestada ao cliente, estando preparado para desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual, quanto coletivo, onde o mesmo deve compreender que o adoecimento se deve as condições de vida,

definidas pela inserção social e vulnerabilidades, tanto pessoais quanto coletivas (GUIMARÃES, 2017).

O enfermeiro é o profissional que tem os atributos necessários para prestar o cuidado, pois suas ações se pautam na realização de uma assistência integral aos indivíduos e famílias nas UBS, nos domicílios e também nos espaços comunitários (BARATIERI; MARCON, 2012). São profissionais que promovem melhor articulação entre as demais categorias de saúde, atuam de forma assistencial, executando cuidados integrais, e participam no gerenciamento das unidades de saúde (LANZONI; MEIRELLES, 2013). Deve assumir o papel de protagonista na prevenção e controle dessa doença, o que deve ser feito planejando intervenções realmente integrais (políticas, econômicas e sanitárias), a partir do âmbito local até o internacional (OBLITAS et al., 2010).

4. DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

4.1. Tipo de estudo

Estudo descritivo de caráter avaliativo com abordagem quantitativa das ações de controle da TB desenvolvidas pela APS, na perspectiva dos enfermeiros atuantes na mesma.

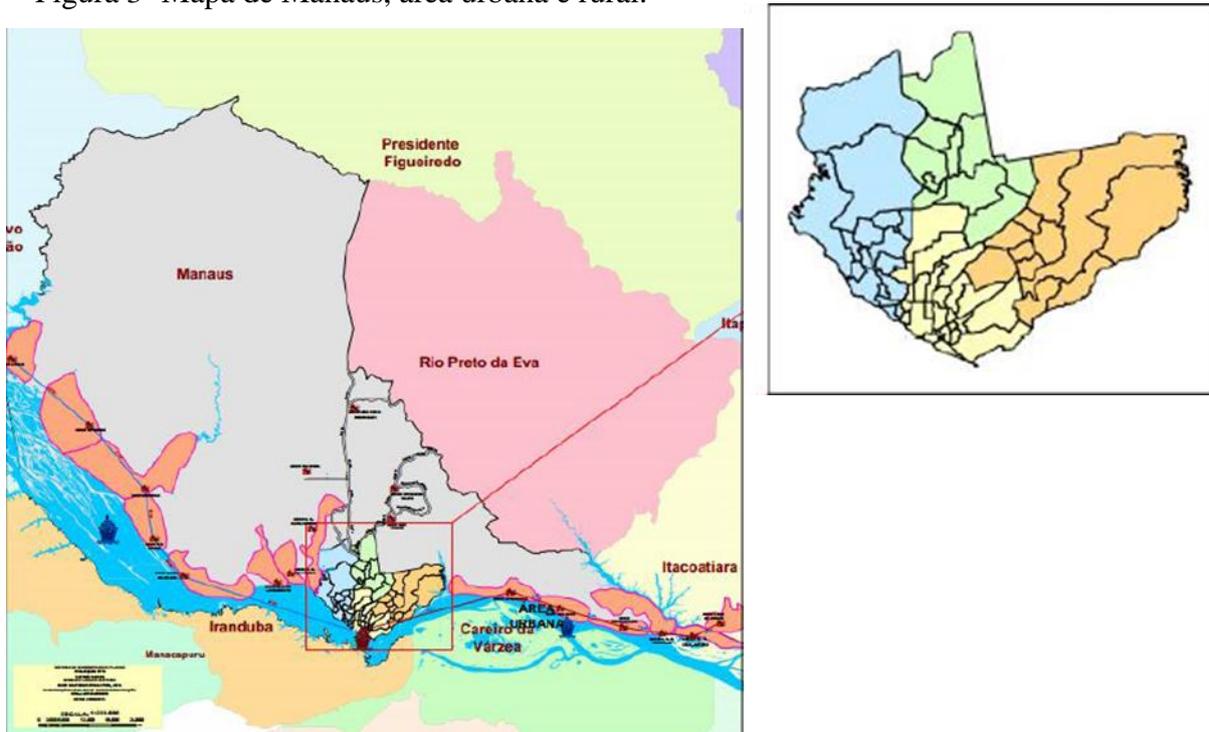
4.2. Local de estudo

Elegeram-se como cenário do estudo o município de Manaus (AM), considerado um dos municípios prioritários pelo MS para o controle da TB.

Manaus, capital do estado do Amazonas, está situada na região Norte do Brasil, com uma área de 11.401,092km², equivalendo a 0,7312% do território do estado, com uma população de 2.130.264 habitantes de acordo com a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2017 e densidade populacional de 158,06 habitantes por km², sendo a sétima capital mais populosa da Federação.

A população de Manaus representa atualmente 52,42% da população do Amazonas, 11,88% da Região Norte e 1,03% do Brasil. Localizada à margem esquerda do Rio Negro, limita-se ao norte com o município de Presidente Figueiredo, ao sul com os municípios de Careiro da Várzea e Iranduba, a oeste com Novo Airão e a leste com os municípios de Itacoatiara e Rio Preto da Eva. A população da cidade está distribuída em sete zonas geográficas (Norte, Sul, Leste, Oeste, Centro-sul, Centro-oeste e Rural), conforme Figura 3 (SEMSA, 2017).

Figura 3- Mapa de Manaus, área urbana e rural.



Fonte: <https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2019/04/Plano-Municipal-de-Sa%C3%BAde-de-Manaus-2018-2021.pdf>

A capital do Amazonas divide-se em cinco Distritos de Saúde (DISA): Norte, Sul, Leste, Oeste e Rural. Atualmente, a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA) conta com 254 pontos de atenção nas zonas urbanas, rural e ribeirinha, que incluem três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro Especializado de Reabilitação, 10 Unidades de Saúde de horário ampliado, o S.O.S Vida, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), sete Policlínicas, quatro Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), quatro Laboratórios e duas Unidades de Saúde Básicas Fluviais (UBSF) (SEMSA, 2017).

O serviço de saúde da APS é composto por 247 UBS, sendo elas divididas em modelos classificados como UBS e UBSF, das quais 18 são UBS Rural e uma UBS Fluvial. (SEMSA, 2018).

Apresenta cobertura populacional pelo modelo de ESF com 32,8%, e quando acrescido das UBS a cobertura da APS cresce para 46,61; apresentando valores de cobertura abaixo da média nacional (ESF com 63,50% e APS 73,91%), dados referentes à competência de março de 2019 (BRASIL, 2019b).

Manaus apresentou um total de 2.201 casos novos de TB em 2018 com maior concentração na área urbana (BRASIL, 2019a).

4.3. População do estudo

A população desse estudo foi composta pelos enfermeiros, que atuam nas unidades da APS. A escolha dessa categoria profissional foi devido ao seu papel fundamental no desenvolvimento das ações de controle a TB, tanto assistencial, quanto gerencial.

4.4. Tamanho da amostra

A amostra foi calculada com base na população alvo de profissionais de enfermagem que atendem nas ESF e UBS da cidade de Manaus, estimados em 308 profissionais, erro amostral de 5,0% e confiança de 95%, totalizando 170 entrevistas, cujo cálculo da amostra foi realizado conforme equação a seguir (WAYNE, 1987):

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p(1-p)}{d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p(1-p)}$$

Onde:

N = 308 (valor da população alvo);

Z = 1,96 (valor da distribuição normal para 95% de confiança);

p = 0,50 (valor esperado da proporção);

d = 0,05 (valor do erro amostral).

A composição da amostra será estratificada de acordo com o número de profissionais por distrito, conforme observado no Quadro 1.

Quadro 1- Estratificação do número de enfermeiros de ESF e UBS por Distrito de Saúde

Distrito	Total de profissionais	Amostra
Sul	76	42
Norte	82	46
Leste	78	43
Oeste	72	39
Total	308	170

Fonte: Própria autora.

Para seleção dos serviços da APS, foi utilizado o processo de amostragem aleatório simples até que o número de profissionais previsto no cálculo da amostra fosse atingido.

4.5. Critérios de inclusão

Foram entrevistados sujeitos com no mínimo seis meses de atuação na unidade e que estivessem no cumprimento ou exercício de suas funções quando na data da coleta de dados.

4.6. Critérios de exclusão

Foram excluídos enfermeiros que não atenderam casos de TB nos últimos seis meses.

4.7. Instrumento para coleta de dados

Foi utilizado o instrumento PCATool elaborado por Macinko & Starfield (2003), que avalia a presença dos atributos da APS, o qual foi adaptado e validado para o Brasil por Almeida & Macinko (2006) e adaptado e validado para avaliar a atenção à TB por Villa e Ruffino-Netto (2009).

Esse instrumento foi elaborado em três versões do instrumento: aplicado ao doente de TB, aplicado aos profissionais de saúde que atuam diretamente nas ações de controle da TB em serviços de APS (UBS e UBSF) e Unidades de Referência com equipes especializadas do Programa de Controle da Tuberculose (UR-PCT) e, aplicado aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde (VILLA; RUFFINO-NETTO, 2009).

A versão do instrumento utilizada foi a dos profissionais (ANEXO I) que contém 96 questões específicas para avaliação do desempenho dos SS da APS sob a ótica dos profissionais de saúde e inclui questões referentes às dimensões/atributos da APS: Porta de entrada, Acesso (subdividido em Acesso ao diagnóstico e Acesso ao tratamento), Vínculo (Longitudinalidade), Elenco de serviços (Integralidade), Coordenação, Enfoque na família, Orientação para a comunidade e Formação profissional (Competência cultural).

Cada pergunta contém seis possibilidades de resposta tipo *Likert* (“nunca”, “quase nunca”, “algumas vezes”, “quase sempre”, “sempre” e “não se aplica”) e sua aferição se dá por meio de escala, na qual “um” corresponde ao pior desempenho e “cinco” ao melhor.

4.8. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM), mediante emissão do Parecer Consubstanciado e após autorização da SEMSA, no período de dezembro de 2018 a maio de 2019.

Inicialmente, o chefe da Divisão de Atenção à Saúde de cada DISA foi contatado e tomou ciência da autorização emitida pela SEMSA para iniciar a coleta de dados. Foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e sua interface com os aspectos éticos. Na abordagem dos profissionais de saúde, foi feito convite para participação da pesquisa, o esclarecimento de dúvidas e dos aspectos éticos, entrega e recolhimento de duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) assinados pelo sujeito, entrega do instrumento autoaplicável, além de outros esclarecimentos que se fizeram necessários.

Os respondentes completaram o instrumento, após a sugestão de que o preenchessem com a maior tranquilidade e fidedignidade possível, sendo recomendado aos sujeitos que o respondessem individualmente.

4.9. Análise dos dados

Os dados foram transcritos para planilha eletrônica do *Microsoft Excel*® 2010, com dupla entrada e posteriormente analisados com o auxílio do *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 21.0 para *Windows*. Os dados foram analisados em três etapas, sendo a primeira, frequência e comparação das proporções; a segunda, a análise de variância e, por fim, a confiabilidade do questionário.

Na primeira etapa, foi verificada inconsistência nos dados, tais como erros na entrada ou omissão de respostas. Assim, para cada variável foi determinado um escore médio, resultante da somatória de todas as respostas, dividido pelo número total de respondentes. O escore foi Insatisfatório quando o valor médio foi menor que três; Regular quando o valor médio maior que três e menor que quatro e, Satisfatório quando o valor médio maior ou igual a quatro. Para comparar as dimensões segundo tipo de serviço, o qual apresentava duas categorias, utilizou-se o teste de *MannWhitney*. Para comparar as dimensões pelos Distritos de Saúde (Norte, Sul, Leste e Oeste), com mais de duas categorias, utilizou-se *Kruskall-Wallis* e as comparações múltiplas, com o uso do teste de *Dunn*, para os testes de hipóteses considerou-se nível de significância de 5%.

A confiabilidade do questionário foi verificada por meio do *Alfa de Cronbach*, que aponta os valores mínimos de 0,7 para pesquisa preliminar, 0,8 para pesquisa básica e 0,9 para pesquisa aplicada.

4.10. Aspectos éticos

Considerando que houve abordagem direta à população de interesse deste estudo, este projeto foi submetido à apreciação do CEP/UFAM, sendo aprovado através do conforme CAAE nº. 01587318.1.0000.5020, respeitando os requisitos éticos de acordo com as diretrizes de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, que estão estabelecidas nas Resoluções 466/2012 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Destacando, que conforme as orientações da Resolução 580/2018 do CNS para pesquisas realizadas em instituições do SUS, as mesmas não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, e para as

pesquisas que incluam trabalhadores da saúde como participantes, deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Todos os aspectos éticos, principalmente o de confidencialidade dos dados e sigilo dos dados pessoais do participante serão amplamente garantidos.

Esta pesquisa não envolveu procedimentos ou exames invasivos. Entretanto, as perguntas dos questionários que foram utilizados poderiam vir a trazer algum tipo de constrangimento ou outro mal estar ao participante por estar expondo seu conhecimento. Se depois de consentir em participar, o participante desistir de permanecer na pesquisa, teve o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da mesma, antes ou depois da coleta de dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa. Os participantes não tiveram nenhuma despesa e também não receberam nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa foram analisados e serão publicados, mas a identidade dos participantes continuará mantida no mais absoluto sigilo, de acordo com as recomendações ética da Resolução nº 466/12.

Quanto aos benefícios, a pesquisa proporcionou um momento de reflexão pessoal sobre o papel que os profissionais estão desenvolvendo no controle a TB, colaborando para o desenvolvimento de relações sociais e de aquisição de novos conhecimentos para a promoção da saúde prevenção da doença.

5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Serão apresentados neste capítulo os resultados e discussão do estudo, no formato de um manuscrito, o qual se deteve a responder os objetivos do estudo. O referido manuscrito foi construído no formato das normas da revista ao qual será submetido.

TUBERCULOSE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS

Tatiana Castro da Costa, Ana Carolina Scarpel Moncaio

¹Artigo extraído da dissertação – Tuberculose e Atenção Primária à Saúde: avaliação dos serviços na perspectiva dos enfermeiros de Manaus, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a presença dos atributos nos serviços de Atenção Primária à Saúde no controle da Tuberculose em Manaus, na perspectiva dos enfermeiros.

Método: transversal, quantitativo de caráter avaliativo. Os dados foram coletados os meses de dezembro de 2018 a maio de 2019, por meio de um questionário validado, auto-aplicável, com 173 enfermeiros atuantes no controle da tuberculose de Manaus, e posteriormente submetidos à descrição estatística.

Resultados: Para os enfermeiros atuantes dos serviços de Atenção Primária à Saúde , as dimensões Acesso, Elenco de Serviços (Integralidade), e Orientação para Comunidade foram Regulares; e Vínculo, Coordenação, Enfoque na Família e Formação Profissional foram Satisfatórios.

Conclusão: Ainda que a maioria dos atributos tenham sido Satisfatórios, existem fragilidades que precisam ser trabalhadas para oferecer um serviço de melhor qualidade ao usuário com TB, e a partir disso, considerar uma real mudança do cenário atual local.

Descritores: Tuberculose. Atenção Primária à Saúde. Avaliação de serviços de saúde. Enfermeiros e enfermeiras.. Administração de Serviços de Saúde

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa que se mantém como um dos principais problemas de saúde pública a nível mundial, sendo associada às desigualdades sociais, ao envelhecimento e à desigualdade no acesso e na assistência prestada pelos serviços de saúde.¹⁻³ Sendo que apresenta percurso e tratamento longo, é imprescindível a organização do cuidado na rede assistencial de saúde.

A incidência de TB apresentou variação entre os países no ano de 2017, menos de 10/100 mil habitantes, enquanto que países de baixa renda tiveram variação de 150-400/100 mil hab. nos países de baixa renda, chegando até 500/100 mil hab. em países incluindo Moçambique, Filipinas e África do Sul, causando 1,3 milhão de mortes em todo mundo no mesmo ano. Estima-se que cerca de 1,7 milhão de pessoas apresentem uma infecção latente por TB e, portanto, correm o risco de desenvolver uma doença ativa da TB durante sua vida.⁴

Apesar de as taxas de incidência apresentarem queda em grande parte dos países nos últimos anos, a TB permanece como problema de saúde pública. Em busca de superar isso, a atual política de controle da OMS- End TB- propõe a audaciosa meta de reduzir a taxa de incidência para 10 casos/ 100.000 hab. até 2035.⁵

O Brasil está na lista entre os 30 países de alta carga para TB e TB-HIV, sendo considerado prioritário pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o controle da doença no mundo, foram diagnosticados em média 71 mil casos novos da doença nos últimos 10 anos. Em 2017, o número de casos notificados foi de 72.770 e as taxas de incidência variaram de 10,0-74,7/100 mil habitantes entre as Unidades Federadas (UF), nesse mesmo ano a taxa de incidência foi igual a 33,5/100 mil hab. No período de 2008 a 2017, essa taxa apresentou queda média anual de 1,6%. Em 2016, foram registrados 4.426 óbitos, resultando em uma taxa de mortalidade igual a 2,1 /100 mil habitantes.^{5,6}

Na Região Norte do Brasil observa-se a maior taxa de incidência de TB (41,8/100 mil hab.), no qual, o estado do Amazonas (74,1/100 mil hab.) apresenta a taxa de incidência mais elevada do país, com taxa de mortalidade de 3,8/100 mil hab. e, proporção de abandono em 13,8%. Sua capital, Manaus, representa a cidade com maior taxa de incidência (104,7/100 mil hab.), taxa de mortalidade de 4,7/100 mil hab. e proporção de abandono de 15% .⁷

Observa-se que essa doença afetou principalmente populações com condições de vida precárias e está concentrada em grandes centros urbanos.⁸ Esse padrão pode ser explicado por duas condições diferentes: maior incidência em áreas densamente povoadas, como na capital

Manaus, e em populações com grandes contingentes indígenas como nas regiões do entorno de Manaus, Rio Negro e Rio Juruá.⁹

Destaca-se nesse contexto que a Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como a principal porta de entrada e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede¹⁰. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (MS), os casos suspeitos de TB devem ser captados, atendidos e vinculados à APS, por meio das Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) ou das Unidades Básicas de Saúde (UBS).¹¹

Dentre as funções da APS, ressalta-se o atendimento para usuários com TB, iniciando pela suspeita clínica, tendo continuidade pelo encaminhamento para confirmação diagnóstica, monitoramento dos casos confirmados por meio do Tratamento Diretamente Observado (TDO) e coleta de amostras mensais de baciloscopia de escarro.¹²

Existem características próprias da APS, classificadas por Bárbara Starfield como Atributos Essenciais (Atenção ao Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação) e Derivados (Orientação para Comunidade, Enfoque na Família e Competência Cultural), os quais são fundamentais para a qualidade da assistência prestada por esses Serviços de Saúde (SS).¹³

Destaca-se nesse contexto o papel do enfermeiro, como um dos profissionais atuantes na saúde, contribui para a melhoria na qualidade da assistência prestada ao cliente, estando preparado para desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo.¹³ Esses profissionais estão incorporados no movimento de descentralização do diagnóstico de TB e fornecimento de tratamento em serviços de APS em todos os municípios.

Diante do exposto, torna-se relevante para investigação, estudos que avaliem os serviços de saúde no controle da TB, no contexto da APS na Região Norte, considerando os altos índices epidemiológicos apresentados anteriormente.

Portanto, este estudo teve por objetivo avaliar o a presença dos atributos nos serviços de APS no controle da Tuberculose em Manaus, na perspectiva dos enfermeiros.

MÉTODO

Pesquisa avaliativa, de delineamento transversal e abordagem quantitativa. O estudo foi desenvolvido em Manaus, capital do Amazonas, município prioritário do controle a

Tuberculose onde as ações de controle a TB são descentralizadas para APS conforme legislação vigente.

A população do estudo foi constituída por enfermeiros dos serviços de APS, os quais atuavam no tratamento aos doentes de TB.

Os critérios de inclusão para a participação foram: está no desempenho das atividades no período da coleta de dados de dezembro de 2018 a maio de 2019, estar no desempenho da função no mínimo seis meses, e ter acompanhado, pelo menos uma vez, doentes de TB nos últimos seis meses anteriores à data da coleta.

Foi realizado um levantamento do número de enfermeiros atuantes nos serviços de APS do município por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Definiu-se o número de profissionais a serem incluídos no estudo considerando-se um erro de estimativa de 5% e confiabilidade e precisão da amostra em 95%, acrescidos de 10% para possíveis perdas, resultando em 173 enfermeiros, selecionados aleatoriamente.

Foi utilizado o instrumento auto-aplicável *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), adaptado e validado para avaliar ações de controle da tuberculose no Brasil.¹⁴ O questionário contém questões específicas para avaliação do desempenho dos SS na atenção ao doente de TB e incluiu questões referentes às dimensões da Atenção Básica: Porta de entrada, Acesso (subdividido em Acesso ao diagnóstico e Acesso ao tratamento), Vínculo, Elenco de serviços, Coordenação, Enfoque na família e Orientação para a comunidade e Formação profissional.

Cada uma dessas dimensões está relacionada a um conjunto de ações na prática clínica, de saúde pública de controle da TB em nível municipal. As opções de respostas são apresentadas em escala tipo *Likert*, com valores entre zero e cinco, em que o valor zero corresponde à resposta “não sei” ou “não se aplica” e os valores de um a cinco indicam o grau de concordância com as afirmações (nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre, sempre).

Os dados foram digitados em planilha eletrônica do Microsoft Excel® 2010, com dupla entrada e analisados com o *Software Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS) versão 21.0. Para análise descritiva dos dados determinou-se um escore médio de cada questão, resultante da somatória das respostas de todos os participantes, dividido pelo total de respondentes, sendo insatisfatório (menor ou igual a três), regular (maior que três e menor que quatro) e satisfatório (maior ou igual a quatro).

Para comparar as dimensões segundo tipo de serviço, o qual apresentava duas categorias, utilizou-se o teste de MannWhitney. Para comparar as dimensões pelos Distritos de Saúde (DISA) (Norte, Sul, Leste e Oeste), com mais de duas categorias, utilizou-se

Kruskall-Wallis e a comparações múltiplas, com o uso do teste de *Dunn*, para os testes de hipóteses considerou-se nível de significância de 95%.

A confiabilidade do questionário foi verificada por meio do Alfa de *Cronbach* (0,86).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Manaus da Universidade Federal do Amazonas, conforme CAAE nº. 01587318.1.0000.5020.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características do perfil e de formação dos participantes do estudo. Nota-se que a maioria era do sexo feminino, atuava principalmente na Estratégia Saúde da Família e que a maioria não possuía especialização. Em média, tinham mais de 10 anos de experiência na função e a maioria era do DISA Norte.

Tabela 1- Características da amostra de enfermeiros, Manaus, AM, Brasil.

Variáveis	Total (n=173)
Sexo	
Feminino	139 (80,3%)
Masculino	34 (19,7%)
Tipo de Unidade	
Unidade Básica de Saúde	64 (37%)
Estratégia Saúde da Família	109 (63%)
Titulação	
Graduado	71 (41%)
Especialização em saúde pública ou saúde da família	49 (28,3%)
Especialização em outras áreas	53 (30,6%)
DISA*	
Leste	45 (26%)
Norte	47 (27,2%)
Oeste	39 (22,5%)
Sul	42 (24,3%)
Número de anos na função	
Média (DP)	12,2 (7)
Mediana [Q1; Q3]	12,0 [7,0; 17,0]
Mín; Máx	0,5;34,0

*DISA- Distrito de Saúde

Em que se refere ao atributo Porta de Entrada, observa-se na Tabela 2 que as respostas para primeira variável concentram-se na UBS, seguida da UBSF e na segunda, ocorre uma inversão onde a maioria é da UBSF, seguida da UBS, indicando que os serviços de APS

(unidades de UBSF e UBS) apresentam maior procura, destacando-se como principal Porta de Entrada.

Tabela 2 – Frequência das respostas da dimensão Porta de entrada, Manaus, AM, Brasil.

Variáveis	n (%)
Quando os usuários precisam de algum controle de saúde preventivo (vacinar BCG, exame de escarro), qual serviço de saúde eles procuram?	
UBSF/PACS	53 (30,6%)
UBS	110 (63,6%)
Ambulatório de referência	7 (4%)
Hospital Público	1 (0,6%)
Pronto Atendimento	2 (1,2%)
n	173
Qual o primeiro serviço de saúde que o usuário procura quando apresenta sinais e sintomas de TB?	
UBSF/PACS	64 (37%)
UBS	62 (35,8%)
Ambulatório de referência	21 (12,1%)
Hospital Público	7 (4%)
Pronto Atendimento	19 (11%)
n	173

A avaliação dos serviços de APS na perspectiva dos enfermeiros apresentou classificação Regular para as dimensões: Acesso, Elenco de Serviços e Enfoque na Família foi Regular e; Satisfatório para o Vínculo, Coordenação, Enfoque na Família e Formação Profissional; não classificando nenhuma dimensão como Insatisfatória, conforme Tabela 3 abaixo.

Tabela 3- Estatística descritiva das dimensões, Manaus, AM, Brasil. (n=173)

Variáveis	Valores	Classificação
Acesso		
Média (DP)	3,8 (0,4)	Regular
Vínculo		
Média (DP)	4,1 (0,2)	Satisfatório
Elenco de Serviços		
Média (DP)	3,7 (0,4)	Regular
Coordenação		
Média (DP)	4,5 (0,3)	Satisfatório
Enfoque na Família		
Média (DP)	4,4 (0,6)	Satisfatório

Orientação para Comunidade		
Média (DP)	3,6 (0,8)	Regular
Formação Profissional		
Média (DP)	4,2 (0,6)	Satisfatório

Quando comparamos as respostas entre grupos (UBS e ESF), a Tabela 4 apresenta as médias (desvios-padrão) de cada domínio e o valor de p do teste. Por exemplo, na linha do Domínio Acesso, temos o valor de 3,7, que é a média da questão para UBS, seguido do desvio padrão de 0,3 em parênteses.

Nos casos em que o $p < 0,05$, diz-se que as médias dos grupos diferem. Por exemplo, para o total do domínio acesso, há evidências que mostram que a média da ESF é significativamente maior que a média da UBS. Utilizou-se o teste de hipóteses para avaliar se os valores diferiam segundo os grupos do estudo (Tipo de Unidade), o qual apresentava duas categorias, o teste de *MannWhitney*.

Observa-se que houve diferenças significativas quando comparamos os enfermeiros da UBS e ESF nos domínios de Acesso, Elenco de Serviços, Enfoque na Família e Orientação para Comunidade, onde a ESF apresenta melhores médias, porém a classificação dos domínios (Insatisfatório, Regular e Satisfatório) não apresentou mudanças, permanecendo na mesma categoria.

Tabela 4- Médias (desvios-padrão) dos Domínios em cada tipo de unidade.

Itens	UBS (n=64)	UBSF (n=109)	P*
Acesso	3,7 (0,3)	3,9 (0,4)	0,009
Vínculo	4,1 (0,2)	4,1 (0,3)	0,948
Elenco de serviços	3,4 (0,3)	3,8 (0,4)	<0,001
Coordenação	4,5 (0,3)	4,5 (0,3)	0,884
Enfoque na Família	4,2 (0,6)	4,5 (0,5)	<0,001
Orientação para Comunidade	3,4 (0,8)	3,7 (0,8)	0,016
Formação Profissional	4,2 (0,6)	4,2 (0,5)	0,713

*Teste de *MannWhitney*..

Na Tabela 5 compara-se as médias das questões e dos domínios entre os DISA. O valor de p, quando significativo (ou seja, menor que 0,05), indica que existe alguma diferença entre os grupos. Porém, não se sabe quais são as regiões de médias diferentes. Por isso, foi necessário realizar a comparação múltipla (Teste de *Dunn*), em que comparamos as regiões duas a duas para identificar quem foi responsável pelo valor de p significativo. A última coluna da tabela, Dif., indica quais grupos diferiram. Elas podem assumir os valores de 1 a 6,

que significam os pares de regiões que foram diferentes: 1: Leste vs Norte; 2: Leste vs Oeste; 3: Leste vs Sul; 4: Norte vs Oeste; 5: Norte vs Sul; 6: Oeste vs Sul. Na questão 19, por exemplo, note que na coluna Dif. temos os números 2 e 4. O número 2 significa que a média da região Leste é diferente da média da região Oeste. O número 4 significa que a média da região Norte é diferente da região Oeste. E essas duas diferenças foram responsáveis pelo valor de p significativo identificado no teste de *Kruskall-Wallis*.

Observa-se que houve diferenças significativas quando comparamos os enfermeiros da UBS e ESF nos domínios de Vínculo, Enfoque na Família e Formação Profissional. Onde para o Vínculo, o DISA Leste apresentou média maior que DISA Norte, e o DISA Norte apresentou médias menores que DISA Oeste. Em se tratando de Enfoque na Família, houve diferença significativa entre os DISA Leste e Norte, onde o Leste teve média mais alta. No domínio Formação Profissional observou-se que o DISA Oeste apresentou média mais elevada que o DISA Leste e DISA Norte. Porém, a classificação dos domínios (Insatisfatório, Regular e Satisfatório) não apresentou mudanças, permanecendo na mesma categoria.

Tabela 5. Médias (desvios-padrão) dos domínios segundo DISA.

Itens	Leste	Norte	Oeste	Sul	Total	P*	Dif.**
Acesso	3,7 (0,3)	3,7 (0,3)	3,8 (0,3)	3,9 (0,5)	3,8 (0,4)	0,379	
Vínculo	4,1 (0,2)	4,0 (0,2)	4,2 (0,3)	4,1 (0,2)	4,1 (0,2)	0,01	1 4 ***
Elenco de Serviços	3,8 (0,4)	3,7 (0,4)	3,6 (0,4)	3,6 (0,4)	3,7 (0,4)	0,367	
Coordenação	4,6 (0,2)	4,5 (0,3)	4,6 (0,3)	4,5 (0,4)	4,5 (0,3)	0,208	
Enfoque na Família	4,6 (0,4)	4,3 (0,6)	4,4 (0,6)	4,4 (0,6)	4,4 (0,6)	0,038	1 ***
Orientação para Comunidade	3,7 (0,8)	3,5 (0,8)	3,7 (0,7)	3,5 (1)	3,6 (0,8)	0,507	
Formação Profissional	4,1 (0,6)	4,1 (0,6)	4,4 (0,5)	4,2 (0,5)	4,2 (0,6)	0,102	2 4 ***

*Teste de *Kruskall-Wallis*

** Teste de *Dunn*

*** 1:Leste vs Norte; 2: Leste vs Oeste; 4: Norte vs Oeste.

DISCUSSÃO

Em relação ao perfil dos enfermeiros da APS da área urbana do município de Manaus, na Tabela 1, observa-se que o sexo feminino foi predominante (83,3%), estando condizente com o perfil profissional da enfermagem no Brasil¹⁵. A maioria dos participantes era da ESF (63%), tendo em vista que o maior número de enfermeiros da APS encontra-se atuando na ESF, conforme CNES do município. Em média tinham 12,2 anos de experiência na função,

apenas 28,3% apresentavam especialização em Saúde Pública ou Saúde da Família, e a maioria (72,8%) atuava em ações de controle à TB há quatro anos ou mais.

No que se refere ao atributo Atenção ao Primeiro Contato, o usuário suspeito de TB tem como porta de entrada, no sistema municipal de saúde, as UBS, UBSF ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Porém, estudos confirmam que o serviço hospitalar ainda é o principal responsável pelo diagnóstico da doença, seguido pela APS.¹⁶⁻¹⁷

Na Tabela 2 percebe-se que não houve um padrão nas respostas dos entrevistados 63,3% responderam que na procura de atendimento preventivo como vacina *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG) ou exame de escarro os usuários procuram a UBS e 30,6% procura ESF, corroborando com a realidade do município, onde a maioria das equipes de ESF não possui sala de vacina e nem laboratório para receber amostra de escarro, fazendo com que o usuário se desloque até a UBS mais próxima. No entanto, entende-se que tanto a ESF quanto UBS compõe a APS, apresentando-se de acordo com a recomendação oficial.

Já 37% dos enfermeiros, responderam que para atendimento dos primeiros sinais e sintomas de TB os usuários procuram a ESF e 35,7% procuram a UBS, totalizando 72,7% de usuários procuram um serviço de APS.

Na avaliação dos atributos, conforme Tabela 3, observa-se que os enfermeiros não avaliaram nenhuma dimensão como Insatisfatórias, os atributos Acesso, Elenco de Serviços e Orientação para Comunidade como Regular e; Vínculo, Coordenação, Enfoque na Família e Formação Profissional como Satisfatórios.

Constatou-se na Tabela 4 que houve diferenças significativas quando se comparas as respostas dos enfermeiros da UBS e ESF, onde a ESF apresentou maiores médias nos domínios de Acesso, Elenco de Serviços, Enfoque na Família e Orientação para Comunidade. Supõe-se que essa diferença apresentada seja relacionada a questão organizacional das ESF, pois possuem características próprias, como a presença na equipe dos ACS (Agente Comunitário de Saúde), um território adscrito determinado, carga horária semanal de 40h para todos os profissionais, o que proporciona um contato mais próximo a comunidade.^{5,11}

Na apresentação da comparação pelos DISA na Tabela 5, observou-se uma diferença significativa nos domínios de Vínculo, Enfoque na Família e Formação Profissional. Em relação ao Vínculo e Enfoque na Família, o DISA Leste se sobrepõe sobre o DISA Norte, observou-se que a área territorial desse distrito está em crescimento constante, porém sem infraestrutura adequada, onde a população apresenta necessidades diferentes de outras regiões, podendo levar a uma maior sensibilização do enfermeiro. Com referência a dimensão Formação Profissional, o DISA Oeste apresentou destaque sobre DISA Leste e Norte,

constatou-se que pode ser devido a uma ação local desse distrito, pois no período da coleta, uma capacitação sobre TB estava sendo realizada com todos os profissionais de saúde pertencentes às unidades de saúde.

Em se tratando do atributo Acesso, especificamente relacionado ao acesso ao diagnóstico, observa-se que é divergente da opinião de usuários, conforme demonstra estudo realizado na região Sudeste do país, onde a maior ocorrência de atraso foi verificada nas categorias desfavoráveis das variáveis relacionadas ao acesso ao diagnóstico da TB e na falta de suspeição da doença por parte dos profissionais de saúde.¹⁶ Quando falamos sobre o acesso ao tratamento, a literatura aponta que a dificuldade dos usuários pode estar relacionada à procura de serviços de referência para o tratamento da TB, apesar de que para isto seja necessário percorrer maiores distâncias das suas residências.¹⁸

O atributo Longitudinalidade (dimensão Vínculo) foi classificado como regular, o qual difere de outro estudo, em que os usuários, profissionais e gestores classificaram como satisfatório.¹⁹ Estudo qualitativo desenvolvido com profissionais de saúde realizado na Região Nordeste evidenciou fragilidades nas ações da APS vinculadas com relação ao atributo Longitudinalidade, sendo que a presença desse atributo é primordial para continuidade da relação profissional/equipe/unidade de saúde-usuário.²⁰

A presença do vínculo no cuidado do doente fornece assistência e apoio para o enfrentamento da TB e promove o sucesso terapêutico por meio da prevenção do abandono ao tratamento. Desse modo, o atributo sendo regular pode estar comprometendo os indicadores de cura da TB e abandono do tratamento.²¹

A proporção de cura entre os casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial no Brasil em 2017 foi igual a 71,4% e, a taxa de abandono foi de 10,8% e cura entre os casos novos de MDR-TB 59,3%, sendo que Manaus apresentou as respectivas taxas 73,7%, 15%, 22,2%.⁶, demonstrando que a taxa de abandono está acima da média nacional, e cura de casos novos MDR-TB bem abaixo da média também. Um bom acolhimento é fundamental para o fortalecimento do vínculo²⁰ e a melhora nesse atributo poderia ter impacto positivo nos indicadores.

Observa-se que a classificação do atributo Integralidade (Elenco de Serviços) foi Regular. Ressalta-se que o princípio norteador da integralidade das ações deve favorecer a implementação de estratégias para o incremento da qualidade de vida dos usuários com TB, pois as práticas dos profissionais de saúde são fundamentais para melhoria das condições físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos sob sua responsabilidade.²³

Tal concepção é importante quando pensamos na redução de danos e de vulnerabilidade social, visando sucesso na terapêutica e ao alcance de melhores níveis de qualidade de vida para os usuários.²⁴

Em se tratando da oferta de Tratamento Diretamente Observado (TDO), em 2017, 36,9% dos casos novos de TB pulmonar realizaram esse tipo de acompanhamento. Menos de um quarto das pessoas com TB tiveram acesso ao TDO no Rio Grande do Sul (16,9%), Rondônia (17,1%), Amazonas (17,3%), Bahia (17,6%), Alagoas (22,4%), Maranhão (23,6%) e Rio Grande do Norte (23,9%). Manaus apresentou 10,1%⁶, o que se mostra compatível com as respostas dos enfermeiros. No entanto, entende-se que o controle da TB e, mais precisamente, a prevenção do abandono, é um desafio para a gestão do cuidado, tornando-se urgente priorizar e planejar ações que sejam efetuadas de forma coerente ao que é preconizado.²⁵

Esse cenário mostra a contradição entre o modo como a integralidade é concebida, enquanto princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), pois a desconsideração da pessoa doente, em seu contexto de vida, fragiliza a continuidade da assistência, desestimula a adesão ao tratamento, estando em desacordo com dimensão da APS respaldada pela Integralidade.²⁴

No atributo Coordenação, os enfermeiros o classificaram como Satisfatório, o que condiz com outro estudo realizado com doentes, profissionais de saúde e gestores que afirma que grande parte das ações de coordenação durante o processo de assistência tem ocorrido de maneira satisfatória.²⁶

Em outro estudo, quando observamos especificamente o processo de referência e contrarreferência do doente de TB, identificou-se descontinuidade do fluxo de informação, sem um sistema de informação que integre os serviços otimizando a coordenação do doente no sistema, apontando para necessidade de ampliação da participação do doente no processo decisório do seu tratamento, com relação a essa variável, os resultados foram compatíveis, pois os enfermeiros classificaram esse item desempenho Regular.²⁷

Para que exista uma coordenação da assistência adequada é imprescindível que haja o estabelecimento dos fluxos assistenciais de referência e contrarreferência visando ao acesso dos usuários nos diferentes serviços de saúde, assim como exige que os profissionais acompanhem estes usuários no decorrer dos encaminhamentos para outros serviços, além da transferência de informações para a continuidade do cuidado.²⁸

No que tange ao atributo Enfoque na Família, os enfermeiros o classificaram como Satisfatório, o que corrobora com outros estudos realizados com profissionais de saúde na Região Nordeste e Sul do país²⁹ e diverge de estudo realizado com usuários da Região Sul.³⁰

Os enfermeiros cumprem um papel importante na adesão do doente ao tratamento, sendo fundamental considerar a participação da família no plano de cuidados, pois é nela que o paciente encontra suporte para a sua reabilitação e terapêutica.²⁷

Ressalta-se que a investigação dos contatos promove a aproximação da família com a equipe e oportuniza a inclusão dos familiares no tratamento do doente de TB²⁶, assim como a investigação dos contatos que é um indicador operacional, com intuito de interromper a cadeia de transmissão da TB. No Brasil, em 2018, a proporção de contatos examinados dos casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial foi igual a 53,6%, sendo 40,8% na região Norte do país, e 49,6% em Manaus⁶, sendo que a meta é o alcance de 70%.³⁰

Observa-se que o atributo Orientação para Comunidade, os enfermeiros consideram como Regular, já em outro estudo foi classificada como insatisfatória²⁸, o que demonstra uma fragilidade nesse atributo.

No cenário atual de enfrentamento da TB, é indiscutível e imprescindível a participação do setor comunitário, que representa as populações afetadas pelo problema²⁶, apontando para necessidade de os enfermeiros integrarem ao processo de trabalho as ações voltadas para a sensibilização da comunidade e participação ativa dos usuários e da Sociedade Civil Organizada. Dessa forma, a participação popular e, em se tratando do controle social, é fundamental quando o assunto envolve uma adaptação contextual, visando um processo mais inclusivo, participativo e qualificado.³¹

Destaca-se que a busca ativa de sintomático respiratório (SR) é uma importante estratégia para o controle da TB, uma vez que permite a detecção precoce das formas pulmonares, a qual deve ser realizada no momento do ingresso, entre os contatos e rastreamento de massa (“campanha”) idealmente duas vezes ao ano, ações facilitadas quando há uma parceria entre equipe de saúde e comunidade.⁵

Quanto a Formação Profissional dos enfermeiros, eles classificaram como Satisfatória, porém diverge de um estudo qualitativo realizado com enfermeiros da Região Nordeste, no qual demonstrou que a formação experienciada pelos enfermeiros não foi favorável para a produção do cuidado à TB.³² Importante destacar que para uma gestão de cuidado efetiva, é necessário formação de profissionais adeptos a concepções que orientem a compreensão de saúde como direito social, práticas de cuidado em saúde pautadas na ética, responsabilização e acolhimento.³²

Além disso, fatores relacionados às falhas e demora na identificação dos usuários com TB, assim como seu inadequado manejo, colaboram para aumentar o risco de exposição dos

profissionais de saúde e, conseqüentemente, de infecção pela doença e até mesmo de surtos relacionados ao trabalho.⁵

A principal limitação desse estudo evidencia-se por apresentar a avaliação de apenas uma categoria de profissional de saúde atuante na APS, e também por não incluir as percepções de usuários do serviço e dos gestores.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram que, em relação aos atributos da APS no controle à TB, o desempenho dos serviços no município do estudo foi avaliado pelos enfermeiros, a maioria como Satisfatórios (Vínculo, Coordenação, Enfoque na Família e Formação Profissional) e Regulares (Acesso, Elenco de Serviços e Orientação para Comunidade), e nenhuma dimensão apresentou resultado Insatisfatório.

Esta avaliação reforça que, embora o município invista no fortalecimento da APS como porta de entrada aos outros serviços, existem fragilidades que precisam ser trabalhadas para oferecer um serviço de melhor qualidade ao usuário com TB e a partir disso, considerar uma real mudança no cenário atual local.

Existem muitos desafios a serem enfrentados em prol do fortalecimento deste nível de atenção, com potencial organizacional de superar as deficiências reconhecidas pelos próprios profissionais, tornando-os protagonistas dessas mudanças.

REFERÊNCIAS

1. Barberis I, Bragazzi NL, Galluzzo L, Martini M. The history of tuberculosis: From the first historical records to the isolation of Koch's bacillus. *J Prev Med Hyg* [Internet]. 2017 [cited 2018 Oct 10];58(1):E9–12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5432783/pdf/2421-4248-58-E9.pdf>
2. Cambau E, Drancourt M. Steps towards the discovery of *Mycobacterium tuberculosis* by Robert Koch, 1882. *Clin Microbiol Infect* [Internet]. European Society of Clinical Infectious Diseases; 2014 [cited 2018 Oct 10];20(3):196–201. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/1469-0691.12555>
3. Alves Filho P, Pellegrini Filho A, Ribeiro PT, Toledo LM de, Romão AR, Novaes LCM. Desigualdades socioespaciais relacionadas à tuberculose no município de Itaboraí, Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 9];20(4):559–72. Available from:

- https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rbepid/v20n4/1980-5497-rbepid-20-04-559.pdf
4. WHO. Global Tuberculosis Report 2018. World Health Organization [Internet]. Geneva; 2018 [cited 2018 Dec 20]; Available from: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
 5. Brasil. Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil [Internet]. 2a edição. Brasília, DF; 2018. 364 p. [cited 2019 Jun 12]; Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/25/manual-recomendacoes-tb-20mar19-isbn.pdf>
 6. Brasil. Boletim Epidemiológico 09-Brasil Livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. 2019 [cited 2019 Jun 12]; Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>
 7. Brasil. Boletim Epidemiológico 11. Bol Epidemiológico da Secr Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde [Internet]. 2018;49:18. 2018 [cited 2019 Jun 12]; Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/2018-009.pdf>
 8. Dye C, Lönnroth K, Jaramillo E, Williams BG, Raviglione M. Trends in tuberculosis incidence and their determinants in 134 countries. Bull World Health Organ [Internet]. 2009 [cited 2018 Dec 20];87(9):683–91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2739916/pdf/08-058453.pdf>
 9. Castro DB, Pinto RC, Cláudio B. The Socioeconomic Factors and the Indigenous Component of Tuberculosis in Amazonas. 2016;1–10. [cited 2018 Dec 20]; Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0158574&type=printable>
 10. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Of da União - DOU. 2017;7042.
 11. Brasil. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil [Internet]. 2011. 288 p. [cited 2018 Dec 20]; Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf
 12. Garrido M da S, Monte RL, Saraceni V, Cordeiro-Santos M, Souza AB de, Santos LO, et al. Temporal distribution of tuberculosis in the State of Amazonas, Brazil. Rev Soc Bras Med Trop [Internet]. 2015;48(suppl 1):63–9. [cited 2018 Dec 25] Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v48s1/0037-8682-rsbmt-48-s1-00063.pdf>
 13. STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde/UNESCO; 2002.
 14. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. J Bras Pneumol [Internet]. 2009;35(6):610–2. [cited 2018 Oct 10]; Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180637132009000600014&lng=pt&tlng=pt

15. Machado MH, Filho WA, De Lacerda WF, De Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M, et al. Características Gerais Da Enfermagem: O Perfil Sócio Demográfico. *Enferm em Foco* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 12];7(ESP):11–7. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/296>
16. Villa TCS, Ponce MAZ, Wysocki AD, Andrade RL de P, Arakawa T, Scatolin BE, et al. Early diagnosis of tuberculosis in the health services in different regions of Brazil. *Rev Lat Am Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2018 Oct 1];21(spe):190–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci%7B_%7Darttext%7B&%7Dpid=S0104-11692013000700024
17. Sá LD de, Scatena LM, Rodrigues RAP, Nogueira J de A, Silva AO, Villa TCS. Porta de entrada para diagnóstico da tuberculose em idosos em municípios brasileiros. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jun 12];68(3):467–73. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n3/en_0034-7167-reben-68-03-0467.pdf
18. Souza MSPL, Aquino R, Pereira SM, Costa M da CN, Barreto ML, Natividade M, et al. Fatores associados ao acesso geográfico aos serviços de saúde por pessoas com tuberculose em três capitais do Nordeste brasileiro. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jun 13];31(1):111–20. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2015.v31n1/111-120/pt>
19. Ponce Z, Amélia M, Vendramini F, Helena S, Santos R, Santos SG, et al. Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista. São Paulo; 2011 [cited 2019 Jun 13];19(5):1–8. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281421964021.pdf>
20. Oliveira DCC De, Nogueira DA, Villa S, Cristina T. Pontos de estrangulamento sobre o controle da tuberculose na atenção primária. 2017 [cited 2019 Jun 10];70(6):1296–304. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267053415016.pdf>
21. Alves RS, Souza KMJ de, Oliveira AAV de, Palha PF, Nogueira J de A, Sá LD de. Tuberculosis Treatment Abandonment and Comprehensive Health Care To Patients in the Family Healthcare Strategy. *Texto Context Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2019 Jun 6];21(3):650–7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/en_v21n3a21.pdf
23. Farias SNP de, Medeiros CR da S, Paz EPA, Lobo A de JS, Ghelman LG. Completeness in caring: study of quality of life in clients with tuberculosis. *Esc Anna Nery - Rev Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2019 Jun 14];17(4):749–54. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/en_1414-8145-ean-17-04-0749.pdf
24. Alves RS, Mendes K, Souza J De, Andrade A, Oliveira V De. Tuberculosis treatment abandonment and comprehensive health care to patients in the family healthcare strategy.

Texto Context Enferm [Internet]. 2012 [cited 2019 Jun 14];21(3):650–7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/en_v21n3a21.pdf

25. Assis EG de, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM, Cardozo-Gonzales RI, Palha PF, et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose*. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2018 Jun 7];46(1):111–8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a15>

26. Orfão NH, Crepaldi NY, Eugênia M, Brunello F, Laine R, Andrade DP, et al. Coordinated care for tuberculosis: data registration and implementation of a computerized system. Cien Saude Colet [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 14];22(6):1969–77. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n6/1969-1977>

27. Nogueira J de A, Trigueiro DRSG, Villa TCS, Scatena LM, Sá LD de, Silva CA da, et al. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2011 [cited 2019 Jun 12];14(2):207–16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n2/03.pdf>

28. Cecilio HPM, Higarashi IH, Marcon SS. Health professionals' opinion about services for tuberculosis control. Acta Paul Enferm [Internet]. 2015 [cited 2019 Jun 12];28(1):19–25. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n1/en_1982-0194-ape-028-001-0019.pdf

29. Furlan MCR, Gonzales RIC, Marcon SS. Desempenho dos serviços de controle da tuberculose em municípios do Paraná: enfoque na família. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 15];36(spe):102–10. Available from: <https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/55869/36773>

30. SEMSA. Plano Municipal de Saúde 2018-2021 [Internet]. 2017 p. 108. Available from: <https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2019/04/Plano-Municipal-de-Saúde-de-Manaus-2018-2021.pdf>

31. Peruhype RC, Sicsú AN, Cristina M, Alexandre R, Hoffmann JF, Palha PF. Policy transfer: perspective of the directly observed treatment of tuberculosis. Texto Context Enferm [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 10];27(3):1–9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n3/en_0104-0707-tce-27-03-e1710017.pdf

32. Barrêto AJR, Evangelista ALF, Sá LD de, Almeida SA de, Nogueira J de A, Lopes AMC. Gestão do cuidado à tuberculose: da formação à prática do enfermeiro. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013 [cited 2019 Jun 15];66(6):847–53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/06.pdf>

CONCLUSÃO

Essa pesquisa proporcionou o aprofundamento na temática de avaliação dos serviços de APS no controle à TB na área urbana de Manaus, apresentando a perspectiva dos enfermeiros, profissionais de saúde que atuam diretamente e diariamente no controle dessa doença, assistindo os usuários em toda sua problemática de vida influenciada pelo diagnóstico da TB.

Por meio da concepção dos enfermeiros, pode-se inferir que a maioria dos atributos da APS foram classificados como Satisfatórios, porém, existem outros que necessitam de uma maior atenção, fato este que demonstra que os enfermeiros percebem a fragilidade em alguns aspectos, e esse reconhecimento é fundamental para que haja uma mudança visando à melhoria da qualidade dos serviços oferecidos.

Observou-se através da fala de alguns enfermeiros que durante o preenchimento do questionário, os mesmos estavam realizando uma auto-avaliação profissional e da organização dos serviços ofertados pela unidade para a comunidade e, essa reflexão sobre qual o papel que o mesmo está exercendo pode contribuir para um melhor entendimento da problemática da TB no município.

Existem muitos desafios a serem enfrentados em prol do fortalecimento deste nível de atenção, com potencial organizacional de superar as deficiências reconhecidas pelos próprios profissionais, tornando-os protagonistas dessas mudanças.

As limitações desse estudo foram que por se sentir avaliado o profissional tende a fornecer respostas mais favoráveis, e também por apresentar apenas a avaliação de um dos profissionais de saúde que atuam no controle a TB, não englobar outros profissionais como Médicos, Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, além de não incluir as percepções de usuários do serviço e dos gestores, dessa forma, novos estudos são necessários para avaliar os serviços de APS no controle a TB na perspectiva de usuários e gestores em nossa Região.

Dessa maneira, conhecer a situação do cenário local é fundamental para o direcionamento de ações de políticas públicas no controle a TB, por meio das particularidades da nossa região.

7. REFERÊNCIAS

ALENCAR, M.N.S.; COIMBRA, L.C.; MORAIS, A.P.P.; SILVA, A.A.M.; PINHEIRO, S.R.A.; QUEIROZ, R.C.S. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 353–364, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00353.pdf>>. Acesso em: 15 Fev. 2019.

ALVES FILHO, P.; PELLEGRINI FILHO, A.; RIBEIRO, P.T.; TOLEDO, L.M.; ROMÃO, A.R.; NOVAES, L.C.M. Desigualdades socioespaciais relacionadas à tuberculose no município de Itaboraí, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 4, p. 559–572, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rbepid/v20n4/1980-5497-rbepid-20-04-559.pdf>. Acesso em: 9 Jun. 2019.

ALVES, R.S.; SOUZA, K.M.J.; OLIVEIRA, A.A.V.; PALHA, P.F.; NOGUEIRA, J.A.; SÁ, L.D. Tuberculosis Treatment Abandonment and Comprehensive Health Care To Patients in the Family Healthcare Strategy. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 650–657, 2012. a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/en_v21n3a21.pdf>. Acesso em: 6 Jun. 2019.

ASSIS, E.G.; BERALDO, A.A.; MONROE, A.A.; SCATENA, L.M.; CARDOZO-GONZALES, R.I.; PALHA, P.F.; PROTTI, S.T.; VILLA, T.C.S. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 1, p. 111–118, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a15>>. Acesso em: 7 Jun. 2018.

BARATIERI, T.; MARCON, S.S. Longitudinalidade No Trabalho Do Enfermeiro: Identificando Dificuldades E Perspectivas de transformação. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 549–557, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a09>>. Acesso em: 20 Jun. 2018.

BARBERIS, I.; BRAGAZZI, N.L.; GALLUZZO, L.; MARTINI, M. The history of tuberculosis: From the first historical records to the isolation of Koch’s bacillus. **Journal of Preventive Medicine and Hygiene**, v. 58, n. 1, p. E9–E12, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5432783/pdf/2421-4248-58-E9.pdf>>. Acesso em: 20 Dez. 2018

BARRÊTO, A.J.R.; EVANGELISTA, A.L.F.; SÁ, L.D.; ALMEIDA, S.A.; NOGUEIRA, J.A.; LOPES, A.M.C. Gestão do cuidado à tuberculose: da formação à prática do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 6, p. 847–853, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/06.pdf>>. Acesso em 20 Jan. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual Técnico para o Controle da Tuberculose Cadernos de Atenção Básica nº 6**. 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_controle_tuberculose_cab6.pdf>. Acesso em 20 Jun. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. 2018. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf>. Acesso em: 20 Fev. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde Do. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. 2018. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf>. Acesso em: 20 Fev. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde Do. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_5.pdf%5Cnhttp://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&id=51&Itemid=21>. Acesso em 20 Jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil livre da tuberculose. **Plano Nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública**. Brasília-DF, 2017. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/30/CIT/3.%20a%20%20Plano%20Nacional%20na%20CIT%20-%2030-03-2017.pdf>>. Acesso em: 18 de Abr. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União - DOU**, p. 7042, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 11. **Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde**, v. 49, p. 18, 2018. a. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/2018-009.pdf>>. Acesso em: 20 Fev. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. 2018b. 2ª edição ed. Brasília, DF. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/25/manual-recomendacoes-tb-20mar19-isbn.pdf>>

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 09. **Brasil Livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença**. 2019a. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>>. Acesso em:

12 jun. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cobertura da Atenção Básica**. 2019b. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 29 Mai. 2019.

CAMBAU, E.; DRANCOURT, M. Steps towards the discovery of Mycobacterium tuberculosis by Robert Koch, 1882. **Clinical Microbiology and Infection**, v. 20, n. 3, p. 196–201, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/1469-0691.12555>>. Acesso em: 10 Out. 2018.

CASTRO, D.B.; PINTO, R.C.P.; ALBUQUERQUE, B.C.; SADAHIRO, M.; BRAGA, J.U. The Socioeconomic Factors and the Indigenous Component of Tuberculosis in Amazonas. **Plos One**, v. 11, n. 6, p. 1–10, 2016. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0158574&type=printable>>. Acesso em: 10 Mar. 2019.

CECILIO, H.P.M.; HIGARASHI, I.H.; MARCON, S.S. Health professionals' opinion about services for tuberculosis control. **Acta Paulista De Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 19–25, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n1/en_1982-0194-ape-028-001-0019.pdf>. Acesso em: 12 Jun. 2019.

CHAUDHRY, L.A.; AL-TAWFIQ, J.; BA-ESSA, E.; ROBERT, A.A. Low rate of non-compliance to antituberculous therapy under the banner of directly observed treatment short course (DOTS) strategy and well organized retrieval system: A call for implementation of this strategy at all DOTS centers in Saudi Arabia. **Pan African Medical Journal**, v. 21, p. 1–5, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4633834/pdf/PAMJ-21-267.pdf>>. Acesso em: 10 Mar. 2019.

COSTA, T.C.; SANTOS, F.L.; BRUCE, A.T.I.; BALLESTERO, J.G.A.; LIMA, M.C.R.A.A.; MONCAIO, A.C.S. Evaluation of primary health care services in tuberculosis. **Journal of Nursing UFPE on line** - ISSN: 1981-8963, v. 13, june 2019. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/239436/32512>>. Acesso em: 15 Jun. 2019.

CUNHA, E.M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade / continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 16, p. 1029–1042, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a36v16s1.pdf>>. Acesso em: 10 Mai. 2018.

DAMACENO, A.N.; BANDEIRA, D.; WEILLER, T.H. Avaliação do acesso de primeiro contato na atenção primária da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Biblioteca Lascasas**, p. 41, 2016. Disponível em: <<http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0919.php>>. Acesso em: 19 Fev. 2019.

DONABEDIAN, A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad*. **Salud Publ Mex**, v. 32, n. 2, p. 113–117, 1990. Disponível em: <<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5280/5424>>. Acesso em: 10 Jun. 2018.

DYE, C.; LÖNNROTH, K.; JARAMILLO, E.; WILLIAMS, B.G.; RAVIGLIONE, M. Trends in tuberculosis incidence and their determinants in 134 countries. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 87, n. 9, p. 683–691, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2739916/pdf/08-058453.pdf>>. Acesso em: 20 Dez. 2018.

ESTEVAN, M.D.G.; RUÍZ, M.C.S. La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención Primaria. **Atención Primaria**, v. 49, n. 9, p. 549–556, 2017. Disponível em: <https://acelscdn.ez2.periodicos.capes.gov.br/S0212656716302475/1-s2.0-S0212656716302475main.pdf?_tid=de4ce8c1-612b-4fb5-b7d3-70443f0d6f8c&acdnat=1551883863_694a1f197f9e3bc2694af8449915744d>. Acesso em: 20 Jun. 2018.

FARIAS, S.N.P.; MEDEIROS, C.R.S.; PAZ, E.P.A.; LOBO, A.J.S.; Ghelman, L.G. Completeness in caring: study of quality of life in clients with tuberculosis. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 749–754, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/en_1414-8145-ean-17-04-0749.pdf>. Acesso em: 14 Jun. 2019.

FURLAN, M.C.R.; GONZALES, R.I.C.; MARCON, S.S. Desempenho dos serviços de controle da tuberculose em municípios do Paraná: enfoque na família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. spe, p. 102–110, 2016. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/55869/36773>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

GARRIDO, M.S.; MONTE, R.L.; SARACENI, V.; CORDEIRO-SANTOS, M.; SOUZA, A.B.S.; OLIVEIRA, L.; MARTINEZ-ESPÍNOSA, F.E.; BÜHRER-SÉKULA, S.; PEREZ-PORCUNA, T.M.; RAMASAWMY, R.; QUINCÓ, P.L. Temporal distribution of tuberculosis in the State of Amazonas, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 48, n. suppl 1, p. 63–69, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v48s1/0037-8682-rsbmt-48-s1-00063.pdf>>. Acesso em: 20 Jun. 2018.

GUIMARÃES, M.H.D. Tuberculose: Uma Reflexão Sobre o Papel do Enfermeiro na Saúde Pública. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 15, p. 54–62, 2017. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/53435360-Tuberculose-uma-reflexao-sobre-o-papel-do-enfermeiro-na-saude-publica.html>>. Acesso em: 20 Jun. 2018.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação Na Área Da Saúde: Conceitos E Métodos. Avaliação em Saúde - Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. RIO DE JANEIRO: FIOCRUZ; 1997. 132 p.

LANZONI, G.M.; MEIRELLES, B.H.S. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. 4, p. 557–563, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a14.pdf>>. Acesso em: 20 Jun. 2018.

MACHADO, M.H.; FILHO-AGUIAR, W.; LACERDA, W.F.; OLIVEIRA, E.; LEMOS, W.; WERMELINGER, M.; SANTOS, M.R.; SOUZA, P.B.; JUSTINO, E.; BARBOSA, C. Características Gerais Da Enfermagem: O Perfil Sócio Demográfico. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. ESP, p. 11–17, 2017. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/296>>. Acesso em: 12 Jun. 2019.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11–24, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>>. Acesso em: 20 Jan. 2019.

NOGUEIRA, J. A.; TRIGUEIRO, D.R.S.G.; SÁ, L.D.; SILVA, C.A.; OLIVEIRA, L.C.S.; VILLA, T.C.S.; S, L.M. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.14, n.2, p. 207-216, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2011000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Jun. 2018.

OBLITAS, F.Y.M.; LONCHARICH, N.; SALAZAR, M.E.; DAVID, H.M.L.; SILVA, I.; VELÁSQUEZ, D. O papel da enfermagem no controle da tuberculose: Uma discussão sob a perspectiva da equidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 130–138, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692010000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jun. 2018.

OLIVEIRA, M.F.; ARCÊNCIO, R. A.; RUFFINO-NETTO, A.; SCATENA, L.M.; PALHA, P.F.; VILLA, T.C.S. The front door of the Ribeirao Preto health system for diagnosing tuberculosis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, p. 898–904 7p, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/en_v45n4a15.pdf>. Acesso em: 10

Mai. 2018.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158–164, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso em: 20 Jan. 2019.

ORFÃO, N.H.; CREPALDI, N.Y.; BRUNELLO, M.E.F.; ANDRADE, R.L.P.; MONROE, A.A.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T.C.S. Coordinated care for tuberculosis: data registration and implementation of a computerized system. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1969–1977, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n6/1969-1977>>. Acesso em: 14 Jun. 2019.

PINHEIRO, P.G.O.D.; SÁ, L.D.; PALHA, P.F.; OLIVEIRA, R.C.C.; NOGUEIRA, J.A.; VILLA, T.C.S. Pontos de estrangulamento sobre o controle da tuberculose na atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 6, p. 1296–1304, 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2670/267053415016.pdf>>. Acesso em: 10 Jun. 2019.

PONCE, M.A.Z.; VENDRAMINI, S.H.F.; SANTOS, M.R.; GERALDES, M.L.S.; SCATENA, L.M.; VILLA, T.C.S. Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 5, p. 8 telas, 2011. a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_21.pdf>. Acesso em: 8 Jun. 2018.

SÁ, L.D.; SCATENA, L.M.; RODRIGUES, R.A.P.; NOGUEIRA, J.A.; SILVA, A.O.S.; VILLA, T.C.S. Porta de entrada para diagnóstico da tuberculose em idosos em municípios brasileiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 3, p. 467–473, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n3/en_0034-7167-reben-68-03-0467.pdf>. Acesso em: 12 Jun. 2019.

SANTOS, T.M.M.G.; NOGUEIRA, L.T.; ARCÊNCIO, R.A. Professional practice of family health strategy in tuberculosis control. **ACTA Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 954–961, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/en_v25n6a20.pdf>. Acesso em: 20 Jun. 2018.

SANTOS FILHO, E.T.; GOMES, Z.M.S. Strategies for tuberculosis control in Brazil: networking and civil society participation. **Revista de saúde pública**, v. 41 Suppl 1, p. 111–116, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/en_6555.pdf>. Acesso em: 6 Jun. 2018.

SEMSA. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. 2017. p. 108. Disponível em: <<https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2019/04/Plano-Municipal-de-Saúde-de-Manaus-2018-2021.pdf>>. Acesso em: 10 Mai. 2019.

SILVA, L.M.V. **Avaliação da qualidade de programas e ações de vigilância sanitária.** Vigilância Sanitária: temas para debate, EDUFBA, 2009.

SILVA, S.A.; NOGUEIRA, D.A.; PARAIZO, C.M.S.; FRACOLLI, L.A. Assessment of primary health care: health professionals' perspective. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48 Spec No, p. 122–128, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/0080-6234-reeusp-48-esp-126.pdf>>. Acesso em: 10 Dez. 2018.

SOUZA, S.S.; SILVA, D.M.G.V.; MEIRELLES, B.H.S. Representações sociais sobre a tuberculose. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 1, p. 23–8, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/04.pdf>>. Acesso em: 26 Mai. 2019.

SOUZA, M.S.P.L.; AQUINO, R.A; PEREIRA, S.M.; COSTA, M.C.N.; BARRETO, M.L.; NATIVIDADE, M.; XIMENES, R.; SOUZA, W.; DANTAS, O.M.; BRAGA, J.U. Fatores associados ao acesso geográfico aos serviços de saúde por pessoas com tuberculose em três capitais do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 111–120, 2015. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2015.v31n1/111-120/pt>>. Acesso em: 13 Jun. 2019.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília, DF: Ministério da Saúde/UNESCO, 2002.

TANAKA, O.Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 4, p. 927–934, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902011000400010&lang=pt>. Acesso em: 10 Mar. 2019.

VILLA, T.C.S.; PONCE, M.A.Z.; WYSOCKI, A.D.; ANDRADE, R.L.P.; ARAKAWA, T.; SCATOLIN, B.E.; BRUNELLO, M.E.F.; BERALDO, A.A.; SCATENA, L.M.; MONROE, A.A.; SILVA-SOBRINHO, R.A.S.; SÁ, L.D.; NOGUEIRA, J.A.; ASSIS, M.M.A.; CARDOZO-GONZALES, R.I.; PALHA, P.F. Early diagnosis of tuberculosis in the health services in different regions of Brazil. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 21, n. spe, p. 190–198, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/24.pdf>>. Acesso em: 1 Out. 2018.

VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETTO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, n. 6, p. 610–612, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180637132009000600014&lng=pt&tlng=pt>. Acesso: 15 Mai. 2018.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the International Conference on Primary Health Care, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund, Alma-Ata.** URSS, p. 1–60, 1978. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=B9EEF6D9F124FD1A02ED80BB05E8B246?sequence=5>. Acesso em: 1 Feb. 2019.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Implementing the End Tb Strategy: Implementing the End Tb Strategy,** p. 1–141, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/tb/publications/2015/end_tb_essential.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2018.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report 2018.** World Health Organization, Geneva, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/>. Acesso em: 20 dez. 2018.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
 ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Prezado(a) senhor(a),

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar como voluntário de um estudo da Universidade Federal do Amazonas, realizado pela pesquisadora responsável Enf.^a Tatiana Castro da Costa, aluna do programa de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Manaus, situada na Rua Terezina, 495, Adrianópolis, (92) 3305-5100, ramal 2002, e-mail: thathyanacastro@hotmail.com, orientado pela Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Scarpel Moncaio, Rua Terezina, 495, Adrianópolis, (92) 3305-5100, ramal 2002, e-mail: carolinascarpel@ufam.edu.br. O título do estudo “**Tuberculose na Atenção Primária a Saúde: Avaliação dos serviços na perspectiva dos enfermeiros**” tendo por Objetivo geral: Avaliar o desempenho dos serviços de Atenção Primária à Saúde no controle da TB em Manaus, na perspectiva dos enfermeiros; e Objetivos específicos: Caracterizar o perfil sociodemográfico dos enfermeiros que atuam nos serviços de Atenção Primária à Saúde; Identificar as potencialidades e fragilidades nos atributos da Atenção Primária à Saúde e o seu desempenho no controle a TB. Sua participação é voluntária e consistirá em responder a um questionário com 12 questões de informações gerais e 84 questões específicas para avaliação do desempenho dos serviços de saúde da APS sob a ótica de profissionais de saúde, a ser realizado no local de sua preferência (serviço de saúde ou domicílio) e de acordo com seu tempo disponível. As informações fornecidas contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde na atenção a Tuberculose. O tempo previsto é de 30 minutos para todas as respostas. Os riscos decorrentes de sua participação são de ordem psicoemocional, sendo este ocasionado pelo possível desconforto em responder o questionário. Caso o(a) Sr(a) apresente esse desconforto, será encaminhado ao médico da Unidade em que estiver e será solicitado que as medidas cabíveis sejam tomadas (acompanhamento e/ou tratamento). Caso o(a) Sr(a). venha a sofrer algum dano psicoemocional no momento da pesquisa terá o direito a indenização e cobertura material para reparação do dano, bem como o ressarcimento de eventuais despesas. Se depois de consentir em sua participação o (a) Sr (a). desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta de dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O(a) Sr(a). não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Assim, espera-se com o referido estudo a contribuição para a melhoria do planejamento, organização, monitoramento e avaliação do serviço de saúde em relação à Tuberculose, buscando de tal forma a melhoria da qualidade do serviço prestado, assim como promover intercâmbio de informações, conhecimentos e inovações em linguagem adequada aos diferentes públicos, por meio de divulgação e publicações específicas, com vistas a subsidiar a qualidade da Atenção Primária à Saúde no controle da TB. Para qualquer outra informação, o(a) Sr(a). poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis: Enf.^a Tatiana Castro da Costa e Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Scarpel Moncaio, no endereço Rua Terezina, 495, Adrianópolis, Manaus – AM, telefone (92) 3305-5100, ramal 2002, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Terezina, 495, Adrianópolis, Manaus – AM, telefone 3305-1181 – Ramal 2004, e-mail: cep.ufam@gmail.com.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nenhuma remuneração e

que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

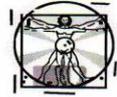
Manaus, _____, de _____ de 20____.

Assinatura do entrevistado

Assinatura do entrevistador

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP



PODER EXECUTIVO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UFAM

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas **aprovou**, em reunião ordinária realizada nesta data, por unanimidade de votos, o Projeto de Pesquisa protocolado no CEP/UFAM com CAAE nº 01587318.1.0000.5020, intitulado: **“Tuberculose na Atenção Primária à Saúde: Avaliação dos serviços na perspectiva dos enfermeiros”**, tendo como Pesquisadora Responsável Tatiana Castro da Costa.

Sala de Reunião da Escola de Enfermagem de Manaus – EEM da Universidade Federal do Amazonas, em Manaus/Amazonas, 04 de outubro de 2018.

O projeto supramencionado também teve duas emendas sendo a primeira aprovada em 27 de novembro de 2018 e a segunda em 28 de fevereiro de 2019.


Prof^ª. MSc. Eliana Maria Pereira da Fonseca
Coordenadora CEP/UFAM

ANEXO B- Autorização da SEMSA



MANAUS

AUTORIZAÇÃO Nº 026 /2018 – ESAP/SEMSA

SEMSA
 Secretaria Municipal
 de Saúde

 ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MANAUS
 Av. Professor Nilton Lins, 3259, Bloco D – Parque
 das Laranjeiras
 Manaus/AM – CEP: 69.058-030
 www.manaus.am.gov.br

Manaus, 14 de novembro de 2018.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Declaramos para os devidos fins que a Escola de Saúde Pública de Manaus - ESAP autoriza a realização no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA da seguinte pesquisa:

Título:	Tuberculose e Atenção Primária à Saúde: Avaliação dos Serviços Sob a Perspectiva dos Enfermeiros.		
Pesquisador Responsável:	Tatiana Castro da Costa		
Professor Orientador:	Ana Carolina Scarpel Moncaio	Instituição de Ensino:	Universidade Federal do Amazonas
Período de Realização:	01/10/2018 a 30/08/2019	Local da pesquisa:	Distritos de Saúde Norte, Sul, Leste, Oeste e Rural
Nº do CAAE:	01587318.1.0000.5020	Comitê de Ética em Pesquisa:	Universidade Federal do Amazonas
Atores Envolvidos:	A população desse estudo será composta pelos profissionais de saúde (enfermeiro), que atuam nas unidades de APS		

O Pesquisador se compromete:

1. Assegurar que os resultados obtidos serão tratados conforme prevê a Resolução CNS nº 466/2012 e suas complementares;
2. Garantir a não interferência no processo de trabalho do local de abrangência da pesquisa;
3. Desenvolver a pesquisa sem ônus para esta Secretaria, ou seja, é vedada a utilização de recursos humanos, material de expediente e outros;
4. Apresentar cópia deste documento ao gestor do local de abrangência da pesquisa;
5. Apresentar os resultados a esta Secretaria, sob pena de inviabilizar a execução de novas pesquisas.

Salientamos que esta autorização deferida pela **Gerência Estratégia Saúde da Família - GESF/ DAP e Distritos de Saúde** é voluntária, podendo a qualquer momento serem solicitados esclarecimentos sobre a pesquisa que está sendo desenvolvida ou até mesmo ser revogada.

Arlete Lima Simões
 Chefe de Núcleo de Pesquisa, Extensão
 e Inovação
 NUPES/DETEC/ESAP/SEMSA

Tatiana Castro da Costa
 Tatiana Castro da Costa
 Pesquisador(a) Responsável

874.744.502-59
 CPF

Manaus, 21/11/2018
 Local / Data

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

I. Versão: Profissionais de saúde

Número do questionário:	
Município:	
Data da Coleta:	
Digitador:	Data da digitação:

A. INFORMAÇÕES GERAIS

1	Iniciais do Profissional	
2	Tipo de Unidade:	
	UBS Tradicional	1()
	UBSF	2()
	USF / PACS	3()
	Ambulatório de Referência	4()
3	Nome do Serviço de Saúde	
4	Endereço	
5	Cidade	
6	Telefone	
7	FAX	
8	E-mail	
9	Titulação do entrevistado(especificar area)	
10	Ocupação:	
	Enfermeiro	1()
	Médico	2()
11	Número de anos que trabalha nesta função:	

B. PORTA DE ENTRADA

Para as questões 12 e 13, responda:

- 1- UBSF/PACS; 2- UBS; 3-Ambulatório de referência; 4- Hospital Público; 5-Hospital Privado; 6- Consultório particular; 7-Pronto Atendimento; 8- Outros

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

C. ACESSO

C 1. ACESSO AO DIAGNÓSTICO.

Para a questão 14, responda:

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

14	Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB, quanto tempo demora para conseguir consulta?						
Para as questões 15 e 16, responda: 1- (5 ou mais vezes), 2- (4 vezes); 3-(3 vezes), 4- (2 vezes), 5- (1 vez), 0- Não se aplica							
15	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para conseguir atendimento?						
16	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para realizar o diagnóstico de TB?						
Para questão 17, responda: 1-(5 ou mais semanas), 2- (4 semanas), 3- (3 semanas), 4- (2 semanas), 5- (1 semana)							
17	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quanto tempo leva para receberem o diagnóstico de TB?						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre	Não se Aplica
		1	2	3	4	5	0
18	Para consulta de diagnóstico de TB os usuários procuram a Unidade da área adscrita (mais perto da casa dele)?						
CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca	Não se Aplica
		1	2	3	4	5	
19	Quando os usuários apresentam os sinais/sintomas da TB, têm que esperar mais de 60 minutos na unidade de saúde para serem atendidos?						
20	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, conseguem obter informações por telefone na unidade de saúde?						
21	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, conseguem marcar consulta por telefone na unidade de saúde?						
22	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, têm dificuldades para se deslocarem até a unidade de saúde?						
23	Para consulta de diagnóstico de TB os usuários precisam utilizar algum tipo de transporte motorizado para vir à unidade de saúde?						
24	Durante as consultas para diagnóstico da TB os usuários gastam dinheiro com transporte para vir à unidade de saúde?						
25	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, perdem o turno de trabalho ou compromisso para a consulta nos serviços de saúde?						

C 2. ACESSO AO TRATAMENTO.							
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre	Não se Aplica
		1	2	3	4	5	0
26	Se os doentes em tratamento passarem mal por causa da medicação ou da TB, conseguem uma consulta médica no prazo de 24 horas?						
27	Durante o tratamento os doentes de TB conseguem obter informações por telefone na unidade de saúde?						
28	Durante o tratamento os doentes de TB conseguem marcar consulta por telefone na unidade de saúde?						

29	Os profissionais realizam visitas domiciliares aos doentes de TB?						
30	Qual a frequência em que os doentes de TB tratados nesta unidade de saúde pertencem a área adscrita?						
CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca	
		1	2	3	4	5	
31	Durante o tratamento, os doentes perdem o turno de trabalho ou compromisso para serem atendidos?						
32	Os usuários tem dificuldades para se deslocar até a unidade de saúde onde fazem tratamento para serem consultados?						
33	Os doentes de TB têm que utilizar algum tipo de transporte motorizado para se deslocar até a unidade de saúde?						
34	Os doentes de TB têm que pagar pelo transporte?						
35	Durante os últimos 12 meses, houve falta de medicamentos para TB?						
36	Os doentes de TB esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?						

D. VÍNCULO

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre	Não se Aplica
		1	2	3	4	5	0
37	Os doentes de TB são examinados pelos mesmos profissionais cada vez que consultam?						
38	Se os doentes de TB tiverem dúvidas sobre seu tratamento, conseguem falar com os mesmos profissionais que os atenderam?						
39	As dúvidas/questionamentos dos doentes de TB são compreendidos pelos profissionais que os atenderam?						
40	Os profissionais respondem às perguntas dos doentes de TB de forma clara?						
41	Os profissionais dão tempo suficiente para que os doentes de TB explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?						
42	Quando os doentes de TB consultam, os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde ou necessidades?						
43	Os profissionais informam aos doentes de TB sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da doença?						
44	Os profissionais solicitam informações, sobre todos os medicamentos utilizados pelos doentes de TB?						
45	Os doentes de TB atendidos nesta unidade de saúde recomendam os serviços para um(a) amigo(a) ser atendido?						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre	Não se Aplica
		1	2	3	4	5	0
46 a	Com que frequência os doentes de TB sofrem algum tipo de preconceito por parte da FAMILIA?						
46 b	Com que frequência os doentes de TB sofrem algum tipo de preconceito por parte de COLEGAS DE TRABALHO?						
46 c	Com que frequência os doentes de TB sofrem algum tipo de preconceito por parte de AMIGOS?						
46 d	Com que frequência os doentes de TB sofrem algum tipo de preconceito por parte de PROFISSIONAIS DE SAÚDE?						
47	O tratamento é aceito pelos doentes de TB?						
48	Os doentes necessitam de incentivos para o enfrentamento da doença e a continuidade do tratamento?						

CARTÃO A		Muito Ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom
		1	2	3	4	5
49	Como o(a) Sr.(a) considera o atendimento da equipe de saúde aos doentes de TB?					

E. ELENCO DE SERVIÇOS.

Com que frequência a sua unidade oferece os seguintes serviços:

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre	Não se aplica
		1	2	3	4	5	0
50	Pote para exame de escarro para diagnóstico?						
51	Exame para HIV / AIDS?						
52	Pote para exame de escarro para controle?						
53	Consulta de controle para o tratamento da TB?						
54	Entrega de cestas básicas ou vale alimentação?						
55	Entrega de vale transporte?						
56	Informação sobre a TB e seu tratamento?						
57	Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?						
58	Visitas domiciliares durante o tratamento?						
59	Visitas domiciliares para realização do TS?						
60	Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?						
61	Disponibilidade de profissional na unidade de saúde sempre que o doente procura?						
62	Formação de grupos de doentes de TB na Unidade de saúde?						
63	Tratamento Supervisionado?*						

* Obs.: Considerar Nunca (Auto - administrado); Quase nunca (A cada 15 ou 30 dias); Às vezes (1-2 vezes/ semana); Quase Sempre (3-4 vezes/ semana); Sempre (Todos os dias úteis da semana).

F. COORDENAÇÃO.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre	Não se aplica
		1	2	3	4	5	0
64	Os profissionais utilizam os prontuários quando estão examinando os doentes de TB?						
65	As queixas dos doentes são registradas nos prontuários?						
66	Os resultados dos exames dos doentes de TB ficam disponíveis na unidade de saúde?						
67	Os doentes de TB são comunicados sobre os agendamentos das consultas de retorno na unidade de saúde?						

OBS: Agora vamos falar sobre encaminhamento do doente a outros serviços de saúde ou especialidades (Serviço Social, Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, Médico especialista, Nutricionista)

68	Quando os doentes apresentam algum outro problema de saúde, conseguem ser encaminhados para outro serviço?						
69	Quando os doentes precisam ser encaminhados para outros serviços, os profissionais discutem com eles ou indicam os possíveis locais de atendimento?						

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre	Não se Aplica
		1	2	3	4	5	0
70	Quando os doentes de TB são encaminhados para algum especialista, os profissionais da unidade de saúde ajudam a marcar a consulta?						
71	Quando é agendada a consulta dos doentes de TB para o especialista, é disponibilizado comprovante de que a consulta foi marcada?						
72	Quando os doentes de TB são referidos para outros serviços ou especialidades, os profissionais da unidade de saúde fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?						
73	Quando os doentes de TB retornam à unidade de saúde após a consulta com o especialista, trazem informações escritas sobre os resultados?						
74	Os profissionais da unidade de saúde discutem com os doentes de TB sobre os resultados das consultas com os especialistas?						
75	Os profissionais da unidade de saúde se preocupam com a assistência prestada pelos especialistas aos doentes de TB?						

G. ENFOQUE NA FAMÍLIA.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre	Não se Aplica
		1	2	3	4	5	0
76	Durante as consultas, os profissionais perguntam sobre as condições de vida dos doentes de TB e família (emprego, moradia, disponibilidade de água potável, saneamento básico...)?						
77	Os profissionais conhecem as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família?						
78	Durante as consultas, os profissionais pedem informações sobre enfermidades das pessoas que moram com os doentes de TB?						
79	Os profissionais realizam consultas nas pessoas que moram com os doentes de TB?						
80	Os profissionais realizam exames para investigação da doença nas pessoas que moram com os doentes de TB?						
81	Os profissionais conversam com a família sobre o problema de saúde dos doentes de TB?						
82	Os profissionais conversam com a família dos doentes de TB sobre o tratamento da doença?						
83	Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre outros problemas de saúde?						

H. ORIENTAÇÃO PARA COMUNIDADE.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre	Não se Aplica
		1	2	3	4	5	0
84	Os profissionais de saúde solicitam exame de escarro e/ou raioX e/ou PPD para as pessoas que trabalham e/ou estudam com os doentes de TB?						
85	Os profissionais realizam propagandas / campanhas / trabalhos educativos, para informar à comunidade sobre a TB?						
86	Os profissionais trabalham com instituições (igreja, associações de bairro, abrigos...) para identificar sintomáticos respiratórios?						
87	Os profissionais solicitam a participação de um representante da comunidade para discutir o problema da TB?						
88	Os profissionais realizam busca de sintomáticos respiratórios na comunidade?						

I. FORMAÇÃO PROFISSIONAL.						
Para questão 89, responda:						
1-(menos de 1 ano), 2- (1 a 2 anos), 3- (2 a 3 anos), 4- (3 a 4 anos), 5- (4 anos ou mais)						
89	Há quanto tempo o Sr(a) atua em ações de controle a TB?					
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
90	Durante sua formação, foi abordado o tema TB?					
91	Durante a sua formação, teve disciplinas ou estágios que permitira vivenciar a temática da TB?					
92	O Sr(a) recebeu treinamento específico no serviço para atuar em ações de controle da TB?					
93	Os profissionais são qualificados para atender TB?					
94	Os profissionais são qualificados para atuarem Segundo a diversidade cultural da comunidade?					
95	O Sr(a) realiza educação permanente para desenvolver ações de controle da TB?					
96	O Sr(a) segue algum protocolo específico para as ações de controle da TB na unidade de saúde?					
Suas sugestões, comentários, e /ou dúvidas.						
Agradecimento pela participação!						
Observações do entrevistador						

Este instrumento é baseado no questionário PCAT elaborado por James Macincko (New York University) e Célia Almeida (ENPS-FIOCRUZ), norteado por Bárbara Starfield, MD, MPH, FRPCGP e James Macincko, PHD.D, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins, Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD. USA. Adaptado para a atenção à tuberculose por Tereza Cristina Scatena Villa (EERP-USP/ Área Operacional REDE-TB) e Antonio Ruffino Netto (FMRP/ REDE-TB).