

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Avaliação da implantação do programa de controle da tuberculose em unidades de saúde da atenção básica nas regionais norte e sul de Cuiabá/MT, 2010”

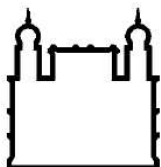
por

Simone Escudero Gutiérrez

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora Principal: Prof.^a Dr.^a Maria Angélica dos Santos Spinelli
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Sonia Natal*

Brasília, maio de 2012.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Avaliação da implantação do programa de controle da tuberculose em unidades de saúde da atenção básica nas regionais norte e sul de Cuiabá/MT, 2010”

apresentada por

Simone Escudero Gutiérrez

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro Nantua Evangelista

Prof.^a Dr.^a Marina Ferreira de Noronha

Prof.^a Dr.^a Maria Angélica dos Santos Spinelli – Orientadora Principal

Dissertação defendida e aprovada em 18 de maio de 2012.

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

G984 Gutiérrez, Simone Escudero

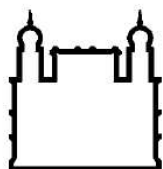
Avaliação da implantação do Programa de Controle da
Tuberculose em unidades de saúde da atenção básica nas
regionais norte e sul de Cuiabá/MT, 2010. / Simone Escudero
Gutiérrez. -- 2012.

147 f. : graf. ; mapas

Orientador: Spinelli, Maria Angélica

Natal, Sonia

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

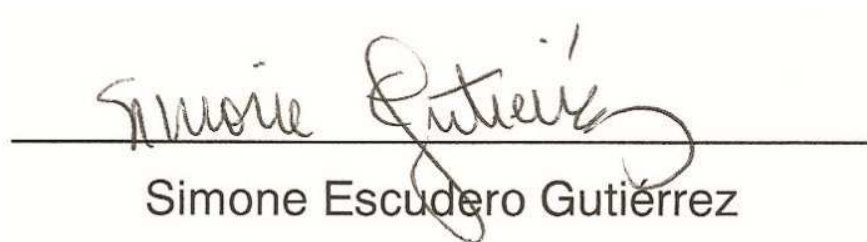
Fundação Oswaldo Cruz



A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Brasília, 18 de maio de 2012.



Simone Escudero Gutiérrez

DEDICATÓRIA

A Deus por ter me dado a vida e estar sempre presente em todas as minhas escolhas com muita sabedoria e responsabilidade.

Especial a minha filha Mylena, meu maior e melhor projeto, pelos vários momentos em que tive que estar ausente fisicamente para poder vencer mais uma etapa de nossas vidas, sempre pensando no seu melhor, tentando ser exemplo de perseverança e de responsabilidade.

À minha família, em especial a minha mãe que sempre me apoiou e foi peça importante neste e em todos os momentos, estando presente no cuidado de minha filha dando todo amor e carinho nas horas em que estive ausente.

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Maria Angélica Spinelli, pela disponibilidade, paciência, competência e valiosas orientações, acreditando que iria conseguir.

À Profª Drª Sonia Natal pela valiosa contribuição.

A todos os doentes de tuberculose que de alguma maneira contribuíram para realização deste trabalho.

Aos meus colegas de turma do Mestrado Profissional “Avaliação em Saúde – DF/2009”, em especial as que se tornaram minhas amigas Auxiliadora Gidrão, Jacqueline Voltolini e Otávia Souza pelos diversos momentos que passamos e enfrentamos juntas.

A todos que fazem parte da Secretaria de Estado de Saúde/MT, especialmente aos colegas da Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica pela oportunidade, colaboração, apoio e confiança, em especial a Valéria Cristina.

A Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, através da Diretoria de Atenção Básica e Vigilância em Saúde, em especial as técnicas Camila Carvalho e Ornezídia e aos profissionais das unidades de saúde que contribuíram para realização deste estudo.

A colega e amiga Lucia da Costa Barros Dias pelo incentivo, apoio e contribuição em mais essa etapa da minha vida.

A todos os professores da FIOCRUZ por terem compartilhado seus conhecimentos em especial as Profª Marly Cruz e Profª Elizabeth Moreira.

Ao Manfred Gobel através da DAHW pelo apoio, acreditando que sempre se pode fazer mais.

Ao Alexandre Mingarelli com sua competência e ajuda neste trabalho.

Agradeço enfim, a todos que me apoiaram de alguma forma.

RESUMO

Nesse trabalho, buscou-se avaliar em unidades de saúde das regionais norte e sul o grau de implantação do componente Atenção à Saúde do Programa de Controle da Tuberculose. A estratégia metodológica adotada foi o estudo de caso. A coleta de dados se deu através da utilização de dados primários e secundários. Aplicou-se 55 questionários à gestores, profissionais de saúde e doentes de tuberculose notificados em 2010 e analisadas seus prontuários. Realizou-se observação das unidades, laboratório e almoxarifado. No Contexto Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde e foram analisadas as categorias de Gestão e Planejamento do Programa de Controle da Tuberculose, Serviços de referência e insumos e Vigilância Epidemiológica, contexto classificado como Parcialmente Implantado (PI) atingindo 70,0% do esperado, pois observou-se fatores que persistem dificultando o alcance da cura, sendo insuficientes na atenção ao doente de tuberculose. O Contexto Externo das regionais foi analisado em relação a renda, residentes por casa e escolaridade e indicou a vulnerabilidade social nas áreas estudadas, favorável ao desenvolvimento da doença. No Contexto de Implantação da Atenção à Saúde ao doente de tuberculose, incluiu-se as categorias de Prevenção classificadas como Incipiente (44,0%) em ambas as regionais devido as ações que foram realizadas são insuficientes, Diagnóstico classificou-se como Implantado (norte 81,1% e sul 82,2%), pois realiza os exames para diagnóstico precoce e início do tratamento e na categoria Assistência classificou-se como Parcialmente Implantado (69,7%) na regional norte e Implantado (82,5%) na regional sul, devido a baixa cobertura de PSF e se faz necessário que as equipes das unidades de saúde, gestores e profissionais se responsabilizem pelas questões de saúde, incluindo a tuberculose. No Contexto de Efeito foi analisado a categoria Qualidade da atenção classificada em Parcialmente Implantada (norte 73,8% e sul 72,8%) em ambas as regionais de saúde e na categoria Resultado de tratamento foi classificado na regional norte como Não Implantado (6,7%) e na regional sul como Incipiente (40,0%), demonstrando que nas unidades de saúde de ambas as regionais não estão conseguindo realizar o tratamento de forma integral com obtenção da redução do abandono e alcance da cura. É importante valorizar a responsabilidade das equipes de saúde e as atividades de prevenção junto a uma assistência humanizada e comprometida com o usuário.

PALAVRA CHAVE: Programa de Controle da Tuberculose, Avaliação de Implantação.

ABSTRACT

In this study, was sought to evaluate regional health units north and south of the degree of implantation of the Health Care component of the Tuberculosis Control Program. The strategy adopted was case study. Data collection occurred through the use of primary and secondary data. Was applied 55 questionnaires to managers, health professionals and patients of tuberculosis in 2010 and analyzed their medical records. We carried out observation of the units, laboratory and warehouse. In the organizational context of the Municipal Health and analyzed the categories of Administration and Planning Program of Tuberculosis Control, Reference services and supplies and Epidemiological Surveillance, context classified as Partly Implanted (PI), reaching 70.0% of expected, as observed factors that remain difficult to achieve healing, and insufficient attention to the TB patient. The External Context of Regional was analyzed in relation to income residents for home and school and indicated the social vulnerability in the areas studied, favorable for disease development. Implantation in the Context of Health Care to the TB patient, we included the categories of prevention classified as Incipient (44.0%) in both regional due to the actions that were taken are insufficient, it was classified as Diagnostic Implanted (North 81 , 1% and South 82.2%), as performed tests for early diagnosis and early treatment and assistance in the category ranked as Partly Implanted (69.7%) in regional North and Deployed (82.5%) in regional South, due to low PSF coverage and it is necessary that teams of health facilities, professionals and managers take responsibility for health issues, including tuberculosis. In the context of the category effect was assessed quality of care classified as Partly Implanted (north and south 73.8% 72.8%) in both regional health and category Treatment outcome was classified as not in the regional North Implanted (6, 7%) and in the south as Incipient regional (40.0%), demonstrating that the units of both regional health are failing to perform the treatment in order to obtain the full reduction of dropout and extent of cure. Important to highlight the responsibility of teams of health and prevention activities with a humanized and committed to the user.

KEYWORD: Tuberculosis Control Program, Evaluation of Implantation.

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS, TABELAS, ANEXOS E APÊNDICES

Figuras

Figura 1 – Componentes do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, 2010.	19
Figura 2 – Modelo Lógico do Programa de Controle da Tuberculose de Cuiabá.	35
Figura 3 – Desenho da avaliação do Programa de Controle da Tuberculose de Cuiabá.	36
Figura 4 – Localização espacial por regional de saúde das unidades básicas selecionadas, 2010.	39
Figura 5 – Cobertura do Programa de Controle da Tuberculose da Atenção Básica de Cuiabá segundo tipo de serviço.	55

Gráficos

Gráfico 1 – Série histórica de cura e abandono de tuberculose, MT 1990 à 2010*.	22
Gráfico 2 – Coeficiente de incidência de todas as formas de tuberculose e bacilíferos por 100.000 hab., MT 1995 à 2010.	22
Gráfico 3 – Série histórica de cura e abandono de tuberculose, Cuiabá 2001 à 2010.	23
Gráfico 4 – Percentual de cobertura de unidades de saúde do Programa de Controle da Tuberculose, e indicadores epidemiológicos de cura e abandono dos casos novos de tuberculose de Cuiabá/MT, 2010.	24

Quadros

Quadro 1 - Matriz de Análise e Julgamento: Dimensões, Categorias e Pontuação máxima esperada	37
Quadro 2 - Demonstrativo dos participantes da pesquisa e número de prontuários analisados por regional e tipo de unidade	41
Quadro 2.1 – Observação direta em estabelecimento de atenção aos doentes de tuberculose.	41
Quadro 3 – Contexto Organizacional	43
Quadro 4 - Contexto Externo Categoria Vulnerabilidade	45
Quadro 5 - Contexto de Implantação Categoria: Prevenção	46

Quadro 6 - Contexto de Implantação Categoria: Diagnóstico.....	47
Quadro 7 - Contexto de Implantação Categoria: Assistência.....	48
Quadro 8 - Contexto de Efeito Categoria: Qualidade da atenção.....	50
Quadro 9 - Contexto de Efeito Categoria: Resultado de tratamento	51
Quadro 10 - Usuários interessados na avaliação do Programa de Controle da Tuberculose. ..	52
Quadro 11 – Matriz de Análise e Julgamento	58
Quadro 12 - Matriz de Análise e Julgamento	61
Dimensão: Contexto Organizacional.....	61
Quadro 13 - Matriz de Julgamento	62
Dimensão: Contexto Organizacional.....	62
Quadro 14 - Matriz de Análise e Julgamento	67
Dimensão: Contexto Externo	67
Quadro 15 - Matriz de análise e julgamento	70
Dimensão Contexto de Implantação.....	70
Quadro 16 - Matriz de análise e julgamento	72
Dimensão Contexto de Implantação.....	72
Quadro 17 - Matriz de análise e julgamento	75
Dimensão Contexto de Implantação.....	75
Quadro 18 - Matriz de análise e julgamento	82
Dimensão Contexto de Efeito.....	82
Quadro 19 - Matriz de análise e julgamento	88
Dimensão Contexto de Efeito.....	88

Tabelas

Tabela 1- Síntese do Contexto Organizacional por categorias, pontuação máxima esperada e observada, proporção e classificação.....	64
Tabela 2 – Análise dos prontuários por tipo de unidade e regional	79
Tabela 3- Número de casos novos registrados por regional, tipo de fonte e unidade.	80
Tabela 4 - Síntese do grau de implantação do Contexto de Implantação por categoria e regional	81
Tabela 5- Síntese do grau de implantação do Contexto de Efeito por categoria e regional.....	88

Anexos

Catologação na fonte	3
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica.....	3
Biblioteca de Saúde Pública	3
Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	101
Anexo 2 - Parecer do Comitê de Ética FIOCRUZ	103
Anexo 3 - Termo de Autorização Institucional Secretaria Municipal de Saúde	107

Apêndices

Apêndice Nº 1 - Roteiro de Entrevista Nº 1 para Gestores: Diretor e Coordenador da Atenção Básica e responsável pelo PCT.....	110
Apêndice 1.1 – Roteiro de Entrevista Nº 1.1 para Gestor CS	113
Apêndice Nº 1.2 – Roteiro de Entrevista Nº 1.2 para Gestor: Secretário de Saúde	116
Apêndice Nº 2 - Roteiro de Entrevista Nº 2 para profissionais	119
Apêndice 3 - Roteiro de Entrevista Nº 3 para doentes de tuberculose	121
Apêndice 4 – Roteiro de Observação Direta Unidade de Saúde	124
Apêndice 4.1 – Roteiro de Observação Direta Almojarifado.....	126
Apêndice 4.2 – Roteiro de Observação Direta Almojarifado.....	127
Apêndice 5 - Roteiro para análise dos prontuários.....	129
APÊNDICE 6 – Matriz de relevância.....	131

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
ACS	Agente Comunitário de Saúde
BACILÍFERO	Caso de tuberculose pulmonar e exame de escarro positivo
BCG Id	Vacina anti TB, bacilo de Calmette-Guerin
CABS	Coordenadoria de Atenção Básica
CERMAC	Centro de Referência de Média e Alta Complexidade
CNES	Cadastro Nacional Estabelecimentos de Saúde
CS	Centro de Saúde
COVEPI	Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica
CTA	Comitê Técnico Assessor
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DAB/SAS	Departamento Atenção Básica/Superintendência de Atenção à Saúde
DAM	Demora Atribuída ao Médico
DAP	Demora Atribuída ao Paciente
DFC	Dose fixa combinada (4 X 1)
DOTS	Estratégia de tratamento diretamente observado
DST/AIDS	Doença Sexualmente Transmissível/AIDS
ERS	Escritório Regional de Saúde
GVDAE	Gerência Vigilância em Doenças e Agravos Endêmicos
HPSM	Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HUJM	Hospital Universitário Julio Muller
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILTB	Infecção latente – tuberculose
IPDU	Instituto de Planejamento e Desenvolvimento Urbano
LACEC	Laboratório Central de Cuiabá
LACEN	Laboratório Central
MS	Ministério da Saúde
MTLaboratório/LACEN	Laboratório Central de Mato Grosso
NOAS	Norma Assistencial de Saúde

OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
Pont Obs	Pontos Observados
Pont Máx Esp	Pontuação Máxima Esperada
PSF	Programa de Saúde da Família
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PT	Prova tuberculínica
PTA	Programação de Trabalho Anual
RHZE	Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol
SES/MT	Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso
SINAN	Sistema de informação de agravos de notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
S.M.	Salário Mínimo
STOP TB	Departamento Controle Tuberculose OMSPartnership
SR	Sintomático Respiratório
SUS	Sistema Único de Saúde
SUVSA/SES	Superintendência de Vigilância em Saúde/SES
SVS/MS	Secretaria Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde
TB	Tuberculose
TBMDR	Tuberculose Multidrogaresistente (Rifampicina e Isoniazida)
TB/HIV	Co-infecção bacilo de Koch e Vírus da imunodeficiência
TBXDR	Tuberculose Extra resistente (resistência extensiva: cepas de <i>M. tuberculosis</i> resistentes à Rifampicina e Isoniazida e fluoroquinolona e a um injetável de segunda linha) do inglês, <i>extensively drug resistant - TB</i> .
TDO	Tratamento Diretamente Observado
USF	Unidade de saúde família
UBS	Unidade básica de saúde

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	16
1.1. Programa de Controle da Tuberculose em Mato Grosso e Cuiabá.....	21
1.2. Justificativa	27
1.3. Avaliação em Saúde e de Implantação	27
2. OBJETIVOS	31
Objetivo Geral.....	31
Objetivos Específicos.....	31
3. MATERIAL E MÉTODOS	32
3.1. Estudo de caso	32
3.2. Modelo Lógico do Programa de Controle da Tuberculose de Cuiabá.....	33
3.3. Desenho da Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose de Cuiabá.	35
3.3.1. Matriz de relevância, análise e julgamento.....	36
3.4. Local de estudo	38
3.5. Fontes de informação.....	39
3.5.1. Sujeitos do estudo	40
3.5.2. Levantamento de campo	42
3.6. Análise dos dados	42
3.7. Stakeholders.....	52
3.8. Aspectos éticos	53
4. RESULTADOS, DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
4.1. Serviços de Saúde em Cuiabá.....	54
4.2. Contexto Organizacional do Programa de Controle da Tuberculose de Cuiabá	55
4.2.1. Categoria: Gestão e Planejamento	55
4.2.2. Categoria: Serviços de Referências e Insumos	60
4.2.3. Categoria: Vigilância Epidemiológica.....	62
4.2.4. Laboratório Central de Cuiabá – LACEC	65

4.2.5. Almoxarifado	65
4.3. Contexto Externo das regionais de saúde norte e sul de Cuiabá	66
4.4. Contexto de Implantação do Programa de Controle da Tuberculose	67
4.4.1. – Unidades de saúde das regionais norte e sul	68
4.4.1.1. – Estrutura física e funcionamento das US das regionais norte e sul.	68
4.4.2. Categoria: Prevenção	69
4.4.2.1. Prevenção aos doentes de tuberculose nas US das regionais norte e sul	70
4.4.3. Categoria: Diagnóstico	72
4.4.3.1. – Oferta de diagnóstico aos doentes de tuberculose nas unidades de saúde das regionais norte e sul	73
4.4.4. Categoria: Assistência	74
4.4.4.1. – Ações de assistência aos doentes de tuberculose nas unidades de saúde das regionais norte e sul	77
4.5. Contexto de Efeito da Implantação do Programa de Controle da Tuberculose	81
4.5.1. Categoria: Qualidade da Atenção	82
4.5.1.1. – Qualidade da atenção segundo a ótica dos doentes de tuberculose nas unidades de saúde das regionais norte e sul	84
4.5.2. – Categoria: Resultado de tratamento	87
4.5.2.1. – Dados epidemiológicos relativos ao resultado de tratamento das unidades de saúde das regionais norte e sul	87
4.6. Considerações finais	89
4.6.1. Contexto Organizacional	89
4.6.2. Contexto Externo	90
4.6.3. Contexto de Implantação	90
4.6.4. Contexto de Efeito	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	100
APÊNDICES	109

1- INTRODUÇÃO

A tuberculose é um sério problema de saúde pública, com profundas raízes sociais, exigindo o desenvolvimento de estratégias qualificadas para o seu controle. Ainda que obedeça a todos os critérios de priorização de um agravo em saúde pública, ou seja, grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade, continua a exigir por parte do governo, desenvolvimento de políticas para o seu controle, que considerem aspectos sociais e econômicos, de cidadania e de saúde pública.

A noção de vulnerabilidade refere-se à chance de exposição das pessoas à enfermidade, como resultado de um conjunto de fatores não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretem maior ou menor suscetibilidade do indivíduo à infecção e ao adoecimento. Tal situação requer maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção das pessoas contra a doença. Ou seja, “a vulnerabilidade não se restringe à determinação individual, mas se constitui na dupla face indivíduo-coletivo” (AYRES,1999).

Em 1993, a Organização Mundial da Saúde declarou a tuberculose uma emergência mundial e em 1996 passou a recomendar a “Estratégia do Tratamento Supervisionado – DOTs” como resposta global para o controle da doença. A partir de 2001, a tuberculose passou a ser uma doença sob responsabilidade de todos os municípios, de acordo com a Norma Assistencial de Saúde (NOAS 2001), reconhecendo as ações do “Programa de Controle da Tuberculose” como competência da atenção básica à saúde, podendo ser executadas, tanto nos serviços básicos (centro de saúde e programa de saúde da família), quanto nos ambulatórios de referência.

Em 2006, a estratégia do Departamento de Controle da Tuberculose da Organização Mundial da Saúde (OMS), Partnership STOP-TB/OMS foi lançada, visando alcançar as metas de impacto de reduzir, até o ano de 2015, a incidência para 25,9/100.000 habitantes e esperando a taxa de prevalência de 25,9 e de mortalidade de 1,8 (OMS, 1997). A estratégia DOTs apresenta seis componentes como centrais. São eles:

1. Buscar a expansão e o aperfeiçoamento da implementação do Tratamento Diretamente Observado de alta qualidade;
2. Tratar a coinfeção pelo bacilo de Koch e pelo Vírus da imunodeficiência (TB/HIV), Tuberculose Multidrogaresistente (TB-MDR) e populações vulneráveis;
3. Contribuir para o fortalecimento do Sistema de Saúde;
4. Envolver todos os provedores da saúde;

5. Empoderar portadores de tuberculose e comunidades;
6. Capacitar e promover a pesquisa; (MS,2010)

No Brasil o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT - 2008) encontra-se estruturado na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS). É desenvolvido de forma unificada, e executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal. Está subordinado a uma política de programação das ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos, garantindo a distribuição gratuita de medicamentos e de outros insumos necessários. As ações preventivas e do controle do agravo são enfatizadas, garantindo o acesso universal da população a esse conjunto de ações (MS, 2008).

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose – PNCT conta com um Comitê Técnico Assessor – CTA, instituído na Portaria nº 62/2008 MS/SVS. O comitê é composto por pessoas de reconhecido saber nas diversas áreas afins do controle da tuberculose, representantes de vários segmentos e instituições parceiras. A coordenação do PNCT, em 2008 solicitou a parceria do CTA para proceder à revisão das recomendações vigentes no país para o controle da tuberculose (MS, 2010).

A estratégia de estender o combate à tuberculose a toda rede de serviços de saúde visa garantir o acesso ao diagnóstico e ao tratamento. A integração do programa de controle da tuberculose à Política Nacional da Atenção Básica (PNAB, 2006) (Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde) e o Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e Hepatites Virais foi fundamental para o alcance das metas propostas. As metas nacionais visam localizar no mínimo 70,0% dos doentes de tuberculose, anualmente e curar no mínimo, 85,0% deles (MS,2010). Os planos de controle da tuberculose e as estratégias traçadas para combater a epidemia têm buscado aumentar a taxa de cura e diminuir o abandono de tratamento, interrompendo assim, a transmissão da doença.

A atenção ao doente com tuberculose está centrada naqueles pulmonares bacilíferos, pois são estes que conferem maior risco de contaminação à população, representando 48,9% dos doentes (MS, 2008). Destaca-se que, anualmente ainda ocorrem, no Brasil 4.700 mortes (2,5%) por tuberculose dentre os doentes novos diagnosticados, lembrando que esta é uma doença curável e evitável. Em sua maioria, os óbitos ocorrem nas regiões metropolitanas e em unidades hospitalares, demonstrando o diagnóstico tardio do doente de tuberculose (MS, 2008).

Ressalta-se a importância do doente da tuberculose obter a saída por cura. A saída por abandono de tratamento é considerada, quando o doente após ter iniciado o tratamento de tuberculose, deixa de comparecer à unidade por mais de 30 dias consecutivos, a partir da data

aprazada para seu retorno. Esses casos podem evoluir para uma tuberculose multirresistente (TB-MDR) e, ou ainda para uma situação mais grave denominada tuberculose de resistência extensiva (TB-XDR), dificultando todo e qualquer monitoramento efetivo daquele doente, o que implica em altíssimos riscos individual e social e custo para o SUS (MS, 2008). A cura do doente bacilífero, isto é, aquele cujo exame de baciloscopia do escarro é positivo, continua sendo a melhor estratégia de prevenção da doença (MS, 2009).

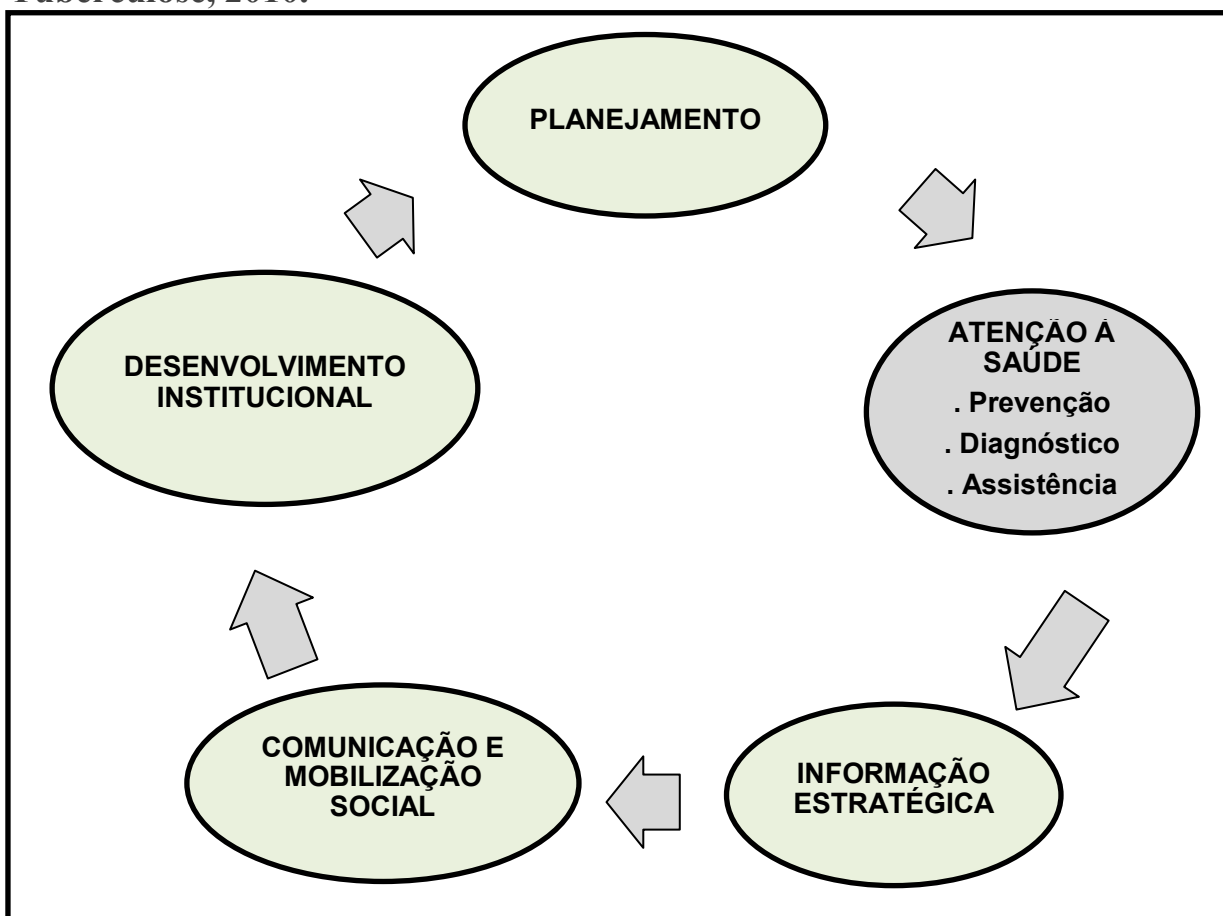
O Brasil é o 17º país do mundo em número de doentes com tuberculose e é um dos 22 países de alta carga da doença, priorizados pela OMS para o controle da doença. Esses países são responsáveis por 80,0% dos doentes, 71 mil doentes notificados de tuberculose, representando um coeficiente de incidência de 37,7/100.000 habitantes, em 2010. A maioria dos doentes de tuberculose acontece na população economicamente ativa devido a uma maior exposição junto a população em geral, inclusive aos doentes de tuberculose. Essa situação é intensificada para a população prisional, para a população em situação de rua e para as pessoas mais pobres com menores índices de escolaridade. Os homens adoecem, duas vezes mais, do que as mulheres (MS, 2010).

O controle da tuberculose está baseado na busca de novos doentes, diagnóstico precoce e adequado, com tratamento eficaz até a cura, objetivando a interrupção da cadeia de transmissão evitando o adoecimento. Na proposta nacional, os três níveis de governo (federal, estadual e municipal) organizam-se de acordo com a sua complexidade, segundo diferentes formas de organização administrativa, política e/ou geográfica. Tem como objetivo otimizar o planejamento e a avaliação das ações de controle da tuberculose.

A coordenação do PNCT está atualmente estruturada nos seguintes componentes: planejamento e administração, **atenção à saúde**, informação estratégica, desenvolvimento institucional e humano, comunicação e mobilização social (Figura 1).

Neste estudo, foi trabalhado o componente **atenção à saúde** que reforça a importância da atenção aos doentes de tuberculose na atenção básica que deve ser a principal porta de entrada do SUS. A atenção básica utiliza-se de tecnologias de saúde capazes de resolver os problemas de maior frequência e relevância em seu território, através dos subcomponentes: prevenção, diagnóstico e assistência que serão descritos a seguir (MS, 2010).

Figura 1 – Componentes do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, 2010.



Fonte: Adaptado do Manual de Recomendações PNCT, 2010.

-Prevenção: enfatiza-se as principais atividades de controle da tuberculose, para oferta precoce do tratamento adequado, interrompendo a cadeia de transmissão da doença através da detecção de doentes novos, da busca ativa de indivíduos com sintomas respiratórios, do controle de contatos e da vacinação, sendo que diagnosticar e tratar correta e prontamente os doentes de tuberculose pulmonar estão entre as principais medidas para o controle da doença (MS,2010).

-Diagnóstico: a tuberculose é uma doença que pode acometer uma série de órgãos e/ou sistemas. A tuberculose pulmonar, além de ser mais frequente, é também a mais relevante para a saúde pública, pois é a responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença (MS,2010).

Existem diversos métodos diagnósticos preconizados para fins de ações de saúde pública, tais como: clínico/epidemiológico, bacteriológico, cuja ênfase é o exame

microscópico direto - baciloscopia direta por ser um método simples e seguro, o que permite detectar de 60,0% a 80,0% dos casos de tuberculose pulmonar. Este exame deve ser realizado em, no mínimo, duas amostras: uma por ocasião da primeira consulta, e outra, independentemente do resultado da primeira, na manhã do dia seguinte, preferencialmente ao despertar. Nos casos em que há indícios clínicos e radiológicos de suspeita da tuberculose e as duas amostras de diagnóstico apresentarem resultado negativo, podem ser solicitadas amostras adicionais.

Dentre outros exames temos ainda a cultura para micobactéria, identificação e teste de sensibilidade, que é um método de elevada especificidade e sensibilidade no diagnóstico da tuberculose, bem como, os demais exames que são utilizados em situações mais complexas e de difícil conclusão do diagnóstico, tais como: radiológico, prova tuberculínica, exame histopatológico e outros métodos não preconizados pelo PNCT (teste de imagem e de fenotípicos, imunossorológicos ou moleculares) (MS,2010).

Assistência: Em 2009, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, juntamente com o seu Comitê Técnico Assessor reviu o sistema de tratamento da tuberculose no Brasil. Baseado em resultados preliminares do II Inquérito Nacional de Resistência aos medicamentos antituberculose, que mostrou aumento da resistência primária à isoniazida (de 4,4 para 6,0%), introduziu o Etambutol como quarto fármaco na fase intensiva de tratamento (dois primeiros meses) do esquema básico. A apresentação farmacológica deste esquema passa a ser comprimidos de doses fixas combinadas (DFC) dos quatro medicamentos (RHZE); e em todos os esquemas. A medicação é de uso diário e deve ser administrada em uma única dose (MS,2010).

A assistência ao doente com tuberculose se faz por meio de terapia medicamentosa e a adequada operacionalização do tratamento. A associação medicamentosa, as doses corretas e o uso por tempo suficiente são os princípios básicos para o tratamento correto, evitando a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência aos fármacos, assegurando, assim, a cura do doente (MS, 2010).

A esses princípios, soma-se o TDO como estratégia fundamental para o sucesso do mesmo. Compete aos serviços de saúde prover os meios necessários para garantir que toda pessoa com diagnóstico de tuberculose venha a ser, sem atraso, adequadamente tratada. A condição básica para o êxito do tratamento é a adesão do paciente e, para tanto, é necessário que sejam observados: acolhimento, informação adequada aos doentes em tratamento e em TDO (MS, 2010).

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é um elemento chave da estratégia DOTs que visa o fortalecimento da adesão do doente ao tratamento e a prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura. Constitui uma mudança na forma de administrar os medicamentos, sem mudanças no esquema terapêutico: o profissional capacitado passa a observar a tomada de medicação do doente desde o início do tratamento até a sua cura (MS, 2010).

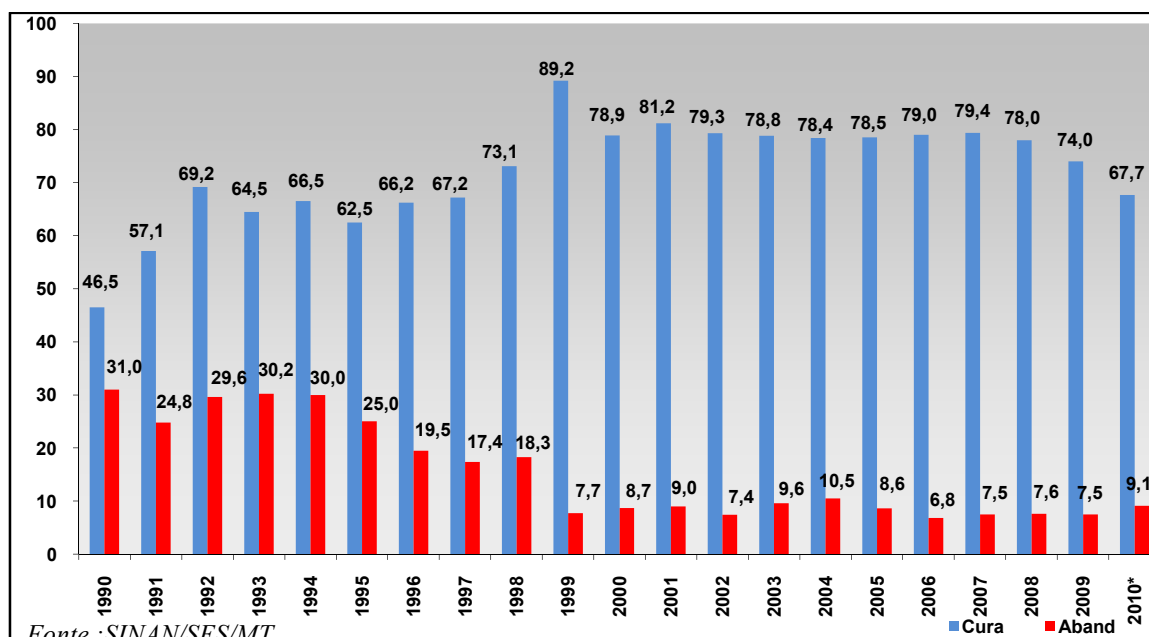
1.1. Programa de Controle da Tuberculose em Mato Grosso e Cuiabá

A Secretaria de Estado de Saúde encontra-se estruturada em 16 Escritórios Regionais de Saúde (ERS) descentralizados que respondem por seus respectivos municípios de abrangência. O Programa Estadual de Controle da Tuberculose encontra-se inserido à Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS) diretamente ligada à Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica (COVEP) na Gerência de Vigilância em Doenças e Agravos Endêmicos (GVDAE), desde 2007. Por meio do Programa Estadual são desenvolvidas ações de assessoria técnica, monitoramento dos indicadores epidemiológicos e operacionais, junto aos municípios. O programa de tuberculose está implantado em 100,0% dos 141 municípios do Estado, sendo que 121 deles (85,8%) contam com a estratégia do Tratamento Diretamente Observado (TDO) implantada. Das 723 unidades de saúde existentes no Estado, 553 (76,5%) delas possuem o programa de tuberculose implantado e destas 485 (87,7%) realizam a estratégia do Tratamento Diretamente Observado, e contam com acompanhamento dos doentes, principalmente pelos agentes comunitários de saúde (SES/MT, 2009).

Quanto aos indicadores epidemiológicos do Estado de Mato Grosso, observa-se no Gráfico 1, que os indicadores mantêm nos últimos dez anos, uma média de 77,4% de cura apresentando um pico acima da meta, no ano de 1999 (89,2%) e voltando em 2000 para 78,9% de cura, permanecendo em torno deste patamar até 2008. Um declínio maior do percentual de cura foi observado a partir de 2009.

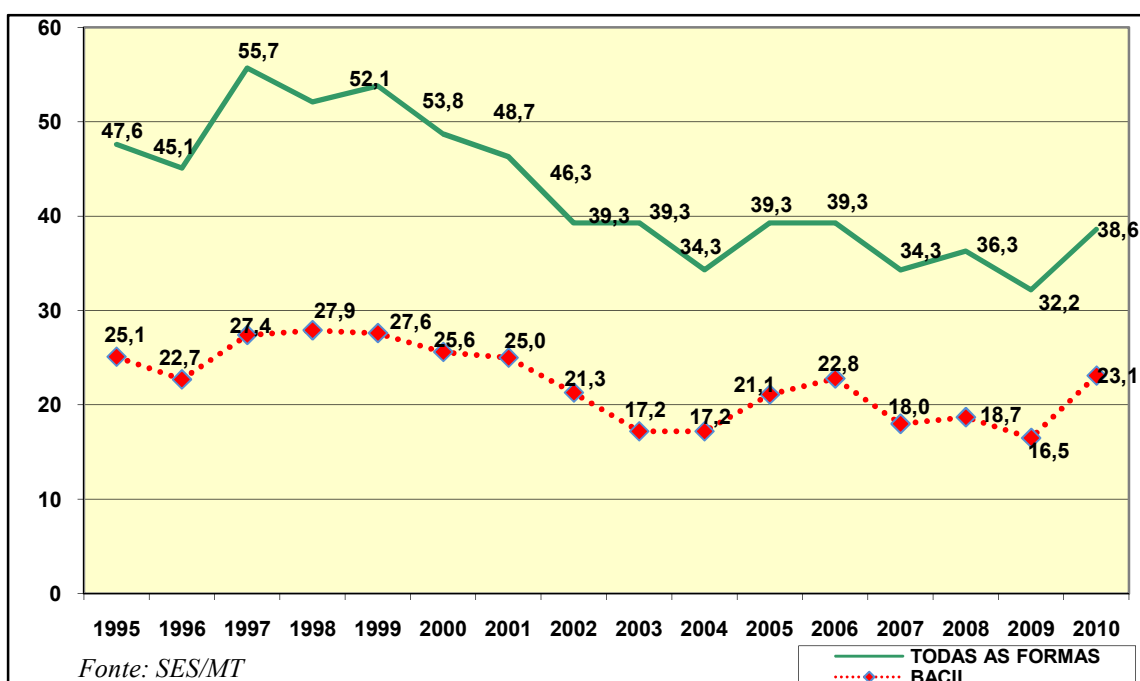
Em relação ao abandono apresenta uma média de 8,1% com oscilação dos resultados no decorrer em uma série histórica de 1990 à 2010. Portanto os resultados estão abaixo da meta estabelecida pelo Programa Nacional (cura > 85,0% e abandono < 5,0%).

Gráfico 1 – Série histórica de cura e abandono de tuberculose, MT 1990 à 2010*.



No Gráfico 2, observa-se que a tendência em relação a incidência de todas as formas de tuberculose e dos bacilíferos, demonstra um declínio até o ano de 2004 em Mato Grosso. Ao se considerar todas as formas de tuberculose, há oscilações nos resultados, que mantêm uma média em torno de 35,0/100.000 habitantes no período de 1995 à 2010 (SES/MT, 2010).

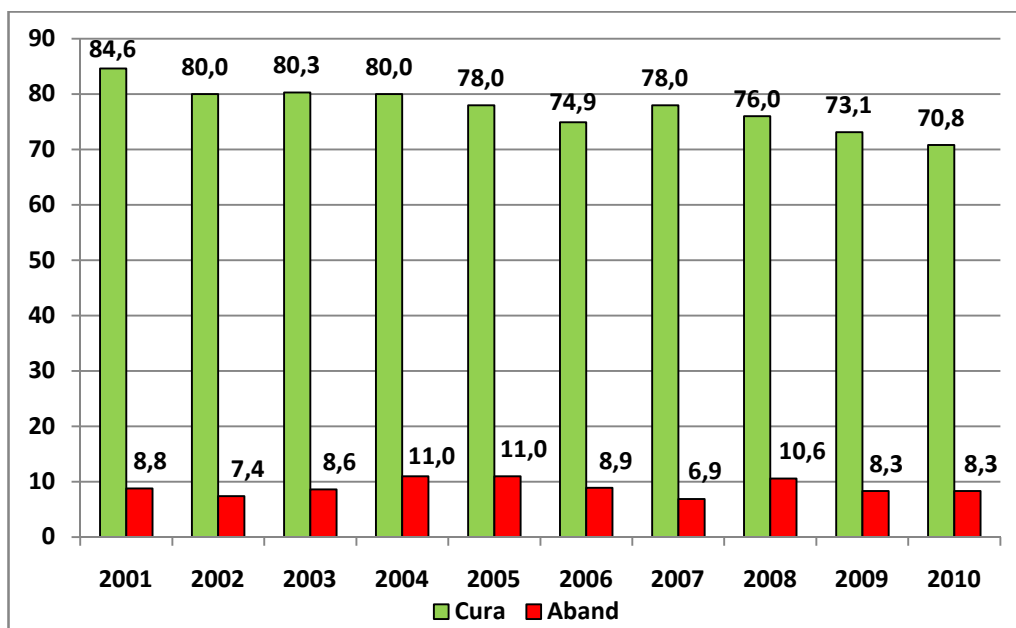
Gráfico 2 – Coeficiente de incidência de todas as formas de tuberculose e bacilíferos por 100.000 hab., MT 1995 à 2010.



O Programa de Controle da Tuberculose em Cuiabá está integrado às Coordenadorias de Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde, que desenvolvem diversas ações de controle como: assessoria e suporte técnico às unidades de saúde, capacitações em assistência ao doente de tuberculose, subsídio quanto aos instrumentos preconizados pelo programa, bem como, fornecimento de materiais educativos entre outros (SMS, 2010).

Quanto aos indicadores epidemiológicos, observa-se no Gráfico 3 que, em uma série histórica de cura e abandono de tuberculose no período de 2001 à 2010, a cura em 2001 foi de 84,6%, esteve próxima da meta (85,0%), decrescendo durante a década, alcançando em 2010, 70,8% de cura. Os percentuais de abandono ultrapassaram o dobro do esperado nos anos de 2004, 2005 e 2008. O município mantém uma tendência decrescente de cura nos últimos dez anos, com uma média de 77,6%, oscilação do abandono acima da meta, e de incidência de 60,8/100.000, preconizadas pelo PNCT (SES/MT, 2010).

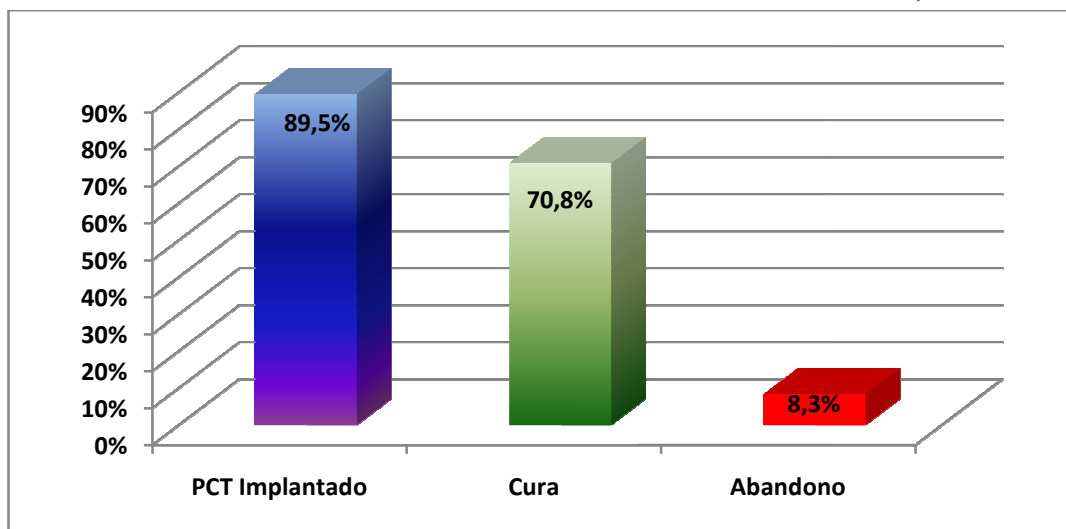
Gráfico 3 – Série histórica de cura e abandono de tuberculose, Cuiabá 2001 à 2010



Fonte: SES/MT

A relação entre o percentual da cobertura do programa implantado e o resultado dos indicadores de cura e abandono dos doentes novos de tuberculose, é desfavorável. Apesar do PCT estar implantado em 89,5% das unidades de saúde de Cuiabá, os resultados estão abaixo da meta estabelecida pelo Programa Nacional (PNCT), conforme se observa no Gráfico 4 (SES/MT, 2010).

Gráfico 4 – Percentual de cobertura de unidades de saúde do Programa de Controle da Tuberculose, e indicadores epidemiológicos de cura e abandono dos casos novos de tuberculose de Cuiabá/MT, 2010.



Fonte: SES/MT, 2010. Meta: Cura > 85,0% e Abandono < 5,0%

Pode-se inferir que, se existe boa cobertura do programa, supõe-se resultados satisfatórios no controle da tuberculose.

Considerando, que o Programa de Controle da Tuberculose está implantado em 89,5% das unidades de saúde, no entanto, os resultados obtidos não alcançam as metas preconizadas no PNCT. Busca-se responder a seguinte pergunta avaliativa: **Qual o grau de implantação das ações de controle da tuberculose na atenção à saúde em unidades da atenção básica das regionais de saúde norte e sul de Cuiabá/MT, 2010?**

Nesse trabalho levantaram-se evidências que caracterizam o Programa de Controle de Tuberculose na Atenção Básica de Cuiabá, em relação à prevenção, diagnóstico e assistência. Buscou-se classificar o grau de implantação do programa nas unidades de saúde selecionadas, através do cumprimento das diretrizes estabelecidas pelo PNCT, considerando o atributo **conformidade**. Define-se conformidade, se um produto, processo, pessoa ou serviço atende aos requisitos técnicos especificados (MS, 2010). Busca-se a consonância da intervenção com as normas e recomendações.

Os resultados das avaliações do PNCT realizadas em municípios brasileiros, na região da Amazônia Legal Natal *et al* (2000) e dados do Relatório Parcial das Atividades do Programa de Controle da Tuberculose no Brasil Ruffino–Netto, (1999) são apresentados a seguir.

Em estudo realizado por Figueiredo (2007), em Campina Grande/PB, foi analisado o acesso ao tratamento para tuberculose em serviços de saúde vinculados ao programa de saúde

da família e em ambulatório de referência. Os resultados apresentados mostraram que a tuberculose persiste como um grave problema social e de saúde pública, indicando ser necessário investigar os aspectos organizacionais que seriam obstáculos à efetiva incorporação e sustentabilidade de ações de tratamento da tuberculose na atenção básica, para que se construísse um novo paradigma do cuidado da saúde do doente de tuberculose.

Estudo realizado por Oliveira e Natal (2007), em Niterói/RJ, teve como objetivo conhecer a integração entre a atenção básica e as ações de controle de endemias, entre elas, as ações de controle da tuberculose. Os resultados mostraram que a integração entre o programa e as ações se deram de forma assistemática e que a implantação do Programa de Controle da Tuberculose foi parcial nas unidades estudadas. As autoras analisaram a implantação do programa de tuberculose sob as dimensões dos contextos externo, político-organizacional, implantação e de efeito. Foram identificadas e analisadas as ações de controle quanto a detecção, diagnóstico e tratamento. Os principais aspectos observados que limitaram a integração entre o PCT e atenção básica, estiveram relacionados às características do programa médico da família em Niterói, cujas ações têm como caráter complementar as ações da atenção básica. As autoras identificaram além da carência de recursos humanos e a sobrecarga de trabalho, da gestão, a subordinação técnica e administrativa do programa localizados em diferentes locais da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde.

Em estudo de casos realizado por Natal *et al* (2000), na Amazônia Legal, cujo objetivo principal foi avaliar a estratégia de incentivo financeiro para casos curados de tuberculose, as autoras concluíram que o grau de implantação do programa, a partir de estimadores de integralidade e qualidade, foi baixo. As ações eram desenvolvidas independentes de outros programas de saúde, não existindo, por exemplo, integração entre o PCT e atenção básica. Atividade preventiva era pouco desenvolvida e a busca ativa de casos não era realizada de maneira sistemática. Apesar da atividade de prevenção estar aquém do esperado, esta foi melhor em municípios com melhores condições nos contextos externo (condições de vida) e organizacional (da gestão do PCT). Ao analisarem a organização institucional das Secretarias Municipais de Saúde, aquelas com melhores estruturas (caso da organização de Cuiabá/Mato Grosso), os resultados satisfatórios no controle da endemia. Não foi possível às autoras determinarem se o programa foi implantado em sua integralidade, com a qualidade desejada, cujo impacto reduziria a morbimortalidade da população-alvo, pois em nenhum caso, essa situação foi encontrada. Deduziram ainda que, mesmo com um programa implantado em sua integralidade, o impacto na redução da morbimortalidade estaria estritamente condicionado às

condições de vida (contexto externo), já que os piores resultados estiveram vinculados aos municípios com o contexto externo desfavorável.

Estudo desenvolvido por Ferreira (2005), no município de Cuiabá, avaliou a distribuição espacial dos indivíduos que abandonaram o tratamento de tuberculose pulmonar. Identificou que o abandono ao tratamento ocorria entre o 2º e 3º mês para aqueles doentes com menores escolaridades e nível socioeconômico. A distância entre a residência e o serviço de saúde também esteve relacionada. Os maiores índices de abandono ocorreram nas regionais de saúde norte e sul de Cuiabá.

No “Relatório parcial das atividades do Programa de Controle da Tuberculose no Brasil”, 1999, Ruffino-Netto apresenta algumas informações epidemiológicas sobre a doença e as novas perspectivas com implantação dos programas Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) nos municípios. Observou que, em Cuiabá, as unidades de saúde que adotaram tratamento supervisionado tiveram significativa mudança na cobertura da tuberculose e demonstraram a redução significativa do abandono. Reforçou a necessidade de implementação de ações operacionais do programa que resultassem em maior detecção de casos, em menor percentual de abandono e maior percentual de cura. Em que pesem as perspectivas do impacto do trabalho integrado da tuberculose PSF/PACS ressaltou a importância, e urgência destas parcerias para deterem os maiores índices de tuberculose, nos grandes centros urbanos (RUFFINO-NETTO, 1999).

Em Cuiabá, Dióz (2000) analisou os fatores associados à demora do início do tratamento de tuberculose pulmonar encontrando que o período médio entre os primeiros sintomas da doença até o início de tratamento foi de 13,4 semanas (94 dias). Para 50,0% dos pacientes este intervalo de tempo foi de $\geq 8,6$ semanas (60 dias). Os exames de baciloscopia de escarro foram solicitados a 40,6% dos doentes de tuberculose atendidos pelas unidades de saúde. Dos entrevistados, 39.6% referiram ter antecedente pessoal e/ou intradomiciliar da doença. A autora classificou os fatores associados aos maiores períodos da demora: a) demora atribuída ao paciente (DAP): foi o indivíduo idoso, de pele não branca, casa feita de material diferente do material de alvenaria, usuário de drogas ilícitas e ter antecedentes de tuberculose; e b) demora atribuída ao médico (DAM): tempo de tosse menor que quatro semanas, em doente no primeiro atendimento ser diferente em serviço de saúde não público e sem o PCT implantado. Deve ser considerada a corresponsabilidade do sistema de saúde diante de doenças como a tuberculose, contagiosa e de alta morbi/mortalidade, o que exige mecanismos eficazes de busca ativa do sintomático respiratório.

1.2. Justificativa

Embora haja trabalhos que avaliem aspectos de desenvolvimento do PNCT, é importante que avaliação seja institucionalizada, como prática sistemática de monitoramento que integre a gestão do Programa de Controle da Tuberculose nas Secretarias Municipais de Saúde. É importante avaliar os diversos fatores referentes ao indivíduo doente, ao seu tratamento e às ações desenvolvidas pelas unidades de saúde ao serviço, como no referido estudo.

A avaliação de implantação do programa de controle da tuberculose de Cuiabá é imprescindível, considerando a dificuldade do município para o alcance de metas do programa, visto que os resultados dos indicadores de cura e abandono estão aquém dos níveis aceitáveis o que reforça a necessidade de acompanhamento e de avaliação. Para tanto, os resultados desta pesquisa possibilitarão rever, e se possível, propor estratégias de ajustes ao programa de acordo com os contextos analisados.

1.3. Avaliação em Saúde e de Implantação

Avaliação é uma atividade tão velha, quanto o mundo, banal e inerente ao próprio processo de aprendizagem. As definições de avaliação são numerosas e poderíamos chegar a dizer que cada avaliador constrói a sua.

Guba & Lincoln (1990), “identificam quatro estágios na história da avaliação. A passagem de um estágio para outro se faz com o desenvolvimento dos conceitos e a acumulação dos conhecimentos. O primeiro estágio esteve baseado na medida dos resultados escolares, de inteligência, e de produtividade dos trabalhadores. O avaliador era essencialmente um técnico que tinha que saber construir e saber usar os instrumentos que permitam medir os fenômenos estudados. O segundo estágio se fortaleceu nas décadas de 1920 e 1930. Tratava de identificar e descrever como os programas alcançavam seus resultados. O terceiro estágio estava fundamentado no julgamento. A avaliação deve permitir o julgamento de uma intervenção. O quarto estágio está emergindo. A avaliação deve envolver os interessados nos seus resultados, sendo realizada como um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada”.

Avaliar consiste fundamentalmente 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. O julgamento “é o conceito operativo central da avaliação”, que por sua vez, é o que vai diferenciar de fato, a pesquisa avaliativa de qualquer outro tipo de pesquisa

(NEMES, 2001:9). O julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou da elaboração, a partir de um procedimento científico, (pesquisa avaliativa). Uma intervenção, qualquer que seja, pode sofrer os dois tipos de avaliação. Podemos buscar estudar cada um dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios. Trata-se, então, de uma avaliação normativa. E podemos examiná-la, por um procedimento científico, buscando as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção. Trata-se, então, de uma pesquisa avaliativa.

Para tanto, uma intervenção é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática.

Contandriopoulos (1997) conceitua a avaliação normativa como a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, seguindo critérios e normas. Entretanto, diversas são as definições de avaliação utilizadas na literatura.

O conceito de avaliação de programas públicos surgiu, no cenário internacional, após a segunda grande guerra mundial nos Estados Unidos pela necessidade de avaliar as políticas públicas existentes, objetivando a melhoria da eficácia da aplicação dos recursos pelo Estado (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

As sucessivas crises dos serviços de saúde Contandriopoulos (2006), geradas pela tensão entre a expectativa de atender as necessidades da população e o controle de gastos públicos são desafios que exigem constantes reformulações e novas tecnologias, adequando o sistema de saúde. Segundo o autor, é imprescindível que as decisões dos gestores sejam acompanhadas de avaliações sistemáticas. A avaliação, como a pesquisa, é uma atividade útil para o estabelecimento de políticas, mas nunca é suficiente para estabelecer políticas (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

Dentre as diversas definições existentes, a utilizada neste estudo baseia-se em Contandriopoulos (1997). Avaliar é basicamente emitir um julgamento de valor sobre determinada intervenção ou parte dela, visando a tomada de decisões. A avaliação é uma atividade que deve permitir a identificação de fatores positivos e de fatores que devem ser modificados em um programa, com o propósito de aumentar suas potencialidades e melhorar a sua performance. A avaliação deve acompanhar todas as fases de um programa, iniciando no planejamento e devendo ser continuamente realizada, ao longo de toda a sua implementação (MS, 2005).

Patton (1997) ao desenvolver uma abordagem da avaliação denominada de “avaliação focada na utilização” inclui na sua definição: a) coleta sistemática de informações sobre as atividades desenvolvidas, suas características e os resultados alcançados pelo programa; b) que o propósito da avaliação seja ou fazer julgamentos sobre os programas, ou para subsidiar o processo de tomada de decisões sobre futuras programações.

Neste estudo, foi trabalhado o **componente processo** que corresponde à avaliação da implantação das atividades da atenção à saúde ao doente de tuberculose e da dinâmica apresentada na inter-relação entre o processo e a estrutura. Para esta avaliação, fez-se necessária a pré-definição de critérios e de parâmetros, que deverão estar explícitos aos gestores dos serviços e desta forma, podem-se analisar as ações executadas.

A análise de implantação consiste justamente em especificar o conjunto de fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção. “O processo de implantação de uma intervenção representa uma etapa distinta e posterior à decisão de adotar uma mudança” (DOWNS JÚNIOR & MOHR; e SCHEIRER, 1981). “Refere-se à operacionalização de um projeto, isto é, à sua integração a um dado contexto organizacional”. “Os processos, a maneira pela qual os programas são implementados, podem ser tão importantes quanto os resultados. Em algumas circunstâncias, o processo de implantação de programas de reorganização da atenção à saúde pode envolver a participação dos diversos profissionais, promover a integração entre estes e os gestores de tal forma, que o próprio desenvolvimento das relações interpessoais passa a ser um resultado relevante do processo de avaliação” (PATTON, 2002).

A avaliação de implantação consiste em especificar o conjunto de fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção relacionada às variações contextuais, procurando captar como é que as características dos vários contextos que influenciam os efeitos da intervenção (HARTZ, 2002). A implantação é compreendida como etapa inicial do desenvolvimento de uma intervenção, passando a implementação a ser concebida como a intervenção em curso, imediatamente após a fase da elaboração do programa. (OLIVEIRA, *et.al*, 2008).

Na visão de Denis & Champagne (1997), a avaliação de implantação de um programa visa identificar os processos implicados na produção dos efeitos de uma dada intervenção. Ela foca precisamente a relação entre a intervenção e o contexto da produção de efeitos, o que é particularmente importante quando a intervenção é complexa, com múltiplos componentes, como o objeto desta pesquisa. A análise de implementação aumenta o conhecimento das intervenções, fornece informação indispensável aos que tomam decisões, identifica efeitos

imprevistos, relacionando-os diretamente à capacidade de utilizar os resultados pesquisados para tomar decisões sobre como melhorar o programa.

Utilizamos neste estudo as dimensões: contexto organizacional, externo, implantação e de efeito. Cada dimensão foi subdividida em categorias, considerando o componente de Atenção à Saúde à tuberculose. Foram criados indicadores para coleta e análise dos dados e estabelecidos os escores de julgamento do nível de implantação do PCT.

Avaliação proposta por Contandriopoulos e Hartz (1997), visa compreender a importância dos contextos externos, organizacional (SMS) sobre a implantação de uma intervenção e o efeito do programa a ser analisado, neste caso o Programa de Controle da Tuberculose em Cuiabá. A análise de implantação se interessa portanto, pelo estudo dos determinantes e da influência da variação na implantação nos efeitos trazidos pela intervenção. Visa, por último, entender as condições de implantação das intervenções e os processos de produção dos efeitos. A análise de implantação se apoia conceitualmente na análise da influência sobre três componentes: a) dos determinantes contextuais, no grau de implantação das intervenções; b) das variações da implantação na sua eficácia (especificação do tratamento em sua dimensão empírica; c) da interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados – avaliação do processo (PATTON, 1986).

Neste estudo utilizou-se da avaliação de implantação como proposta por Contandriopoulos e Hartz (1997), priorizando no Programa de Controle da Tuberculose, o componente atenção à saúde ao doente, em Cuiabá.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Avaliar o grau de implantação do componente Atenção à Saúde do Programa de Controle da Tuberculose em duas regionais de saúde de Cuiabá/MT, 2010.

Objetivos Específicos

- Caracterizar o contexto organizacional do Programa de Controle da Tuberculose;
- Descrever o contexto externo das regionais de saúde norte e sul;
- Caracterizar a implantação da atenção à saúde (prevenção, diagnóstico e assistência) em unidades de saúde das regionais norte e sul;
- Analisar o contexto de efeito em relação a qualidade da atenção e resultado de tratamento;
- Analisar a influência dos contextos organizacional, externo, implantação e de efeito nas regionais selecionadas;

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. Estudo de caso

Trata de um estudo de caso que busca compreender os fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos, de uma dada intervenção ao serem examinados acontecimentos contemporâneos, que não podem ser manipulados. É um tipo de pesquisa, cujo objeto é uma unidade que se analisa em profundidade. Visa conhecer o “como” e os “porquês”, evidenciando a unidade e identificando as inter-relações entre seus componentes (YIN, 2005).

Características ou princípios associados ao estudo de caso: a) enfatizam a descoberta, a interpretação contextual; b) retratam a realidade de forma completa e profunda; c) usam várias fontes de informação; d) revelam experiência já vivida e permitem generalizações de como aplicá-las ou não; e) tentam representar os diferentes pontos de vista presentes em uma situação social (VILABOL, 2010). Em outras palavras, o estudo de caso, como estratégia de pesquisa, compreende desde o seu planejamento, abordagens específicas à coleta e à análise de dados.

No estudo de caso, a validade interna fundamenta-se no grau de segurança estabelecido na relação de causalidade entre variáveis dependentes e independentes, entre o programa e seus resultados. “A validade interna permite concluir que o efeito obtido é realmente decorrente da variável independente (o programa) e não das variáveis ou fatores de confusão, fatores que devem ser controlados no desenho do estudo. Quanto à validade externa de uma pesquisa esta se apoia em três princípios: semelhança, robustez e explicação” (DENIS & CHAMPAGNE, 1997).

Neste trabalho, foi utilizado estudo de caso único, o Programa de Controle da Tuberculose de Cuiabá na atenção básica, considerando a influência do contexto organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, o contexto externo das regionais norte e sul, e relacioná-los com a implantação do programa de tuberculose na atenção à saúde dos doentes de tuberculose nas unidades de saúde selecionadas. Foram utilizados dados qualitativos e quantitativos. O estudo visa compreender os efeitos produzidos pelo cuidado aos doentes de tuberculose e a conformidade da atenção às normas do programa.

3.2. Modelo Lógico do Programa de Controle da Tuberculose de Cuiabá

O modelo lógico é uma maneira visual e sistemática de apresentar as relações entre intervenção e efeito. Ele deve incluir as relações entre os recursos necessários para operacionalizar o programa, as atividades planejadas e os efeitos que o programa pretende alcançar. “O desenho de uma intervenção é uma das etapas necessárias no planejamento de uma avaliação. Ajuda o avaliador a melhor entender o objeto de estudo e escolher o foco da avaliação” (MEDINA, 2005).

“Um modelo lógico não é algo estanque, acabado, e, uma vez construído, pode ser aperfeiçoado no decorrer do processo de avaliação, objetivando a obtenção de maior consistência dos resultados, pois a realidade é dinâmica” (FRIAS, 2005).

Construir o modelo lógico de um programa significa determinar todos os seus componentes e sua forma de operacionalização, discriminando todos os passos necessários para o alcance de suas metas, dispondo-os num diagrama. Sua construção deve ser convincente, considerando o acúmulo de experiências sobre o programa e informações prévias disponíveis na literatura, diretrizes e estratégias propostas pelo programa (HARTZ *et al*, 2005).

Para tanto, neste estudo o modelo lógico do Programa de Controle da Tuberculose de Cuiabá (Figura 2), contempla: insumos, atividades, produtos, resultados e impacto, considerando o atributo conformidade.

Quanto aos **insumos**, foi dada prioridade aos exames (baciloscopia de escarro, cultura de escarro, teste de HIV), medicamentos tuberculostáticos, profissional em quantidade suficiente e qualificado, documentos (manual, portarias), sistema de informação (SINAN) e tratamento diretamente observado.

Quanto às **atividades**, deu-se ênfase à realização de exames, fluxo, entrega de resultados. Em relação aos profissionais qualificados o foco foi à realização das ações de atenção a saúde dos doentes de tuberculose. Priorizaram-se as atividades de técnicos do nível central, quanto à realização de capacitações, divulgação, aos profissionais das unidades de saúde, das novas recomendações, assessorias e suporte técnicos. Considerou-se o acompanhamento das recomendações e das condutas para prevenção, diagnóstico e tratamento. Nas unidades de saúde considerou-se os técnicos treinados e a realização das ações de assistência a saúde. Em relação aos documentos, priorizou-se as normas e manuais específicos do PNCT e da atenção básica, programação anual para o Programa Municipal de Controle da Tuberculose. No sistema de informação, a ênfase foi dada para as ações de

monitoramento do banco de dados (SINAN), em relação a completitude, inconsistências das notificações, emissão de boletins de acompanhamento e dos relatórios da base epidemiológica e o tratamento diretamente observado foi focado no acompanhamento dos doentes em tratamento.

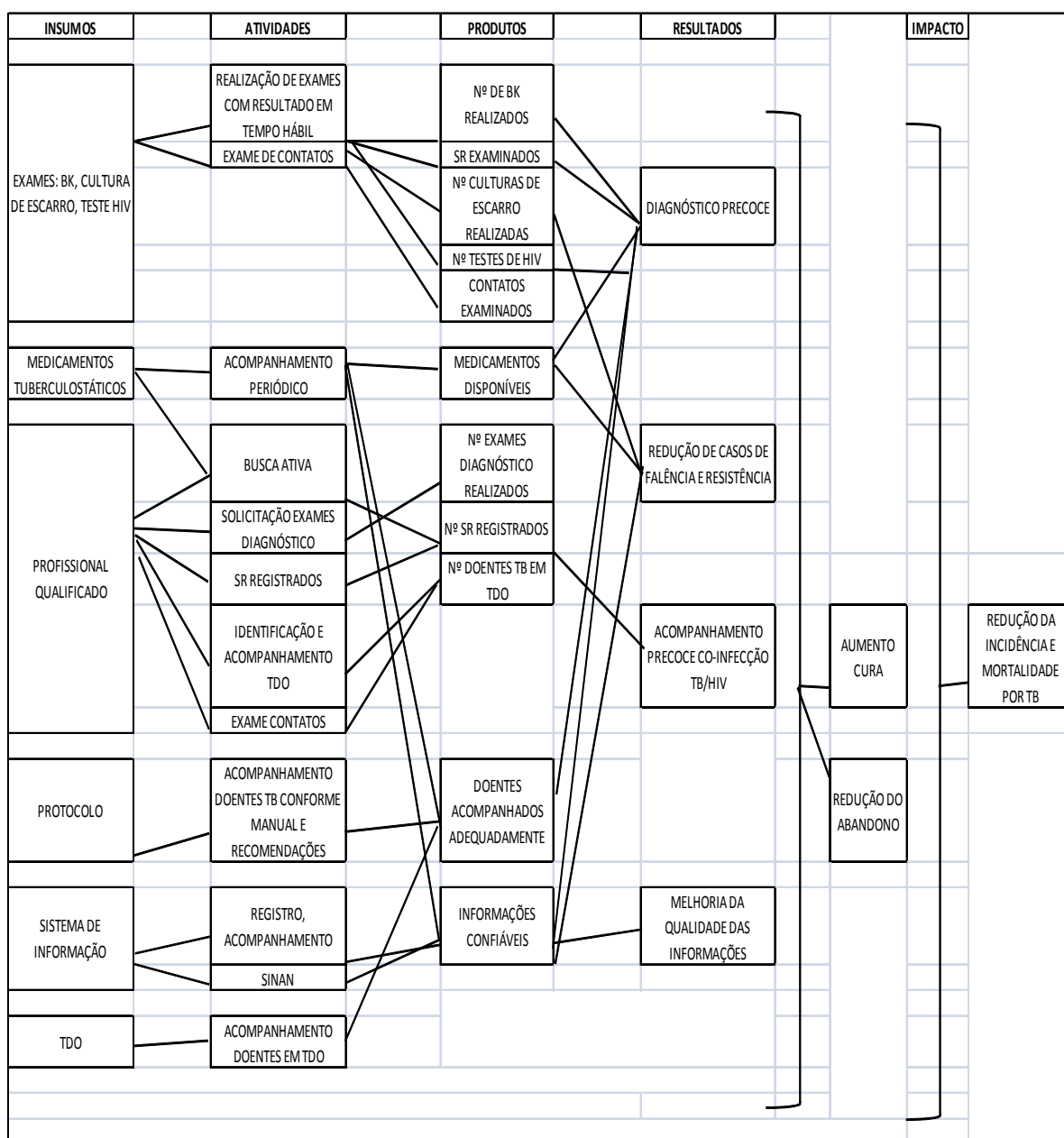
Quanto aos **produtos** a partir das atividades realizadas, espera-se que as pessoas com sintomas respiratórios estejam registradas e examinadas, que realizem as baciloscopias e cultura de escarro, bem como, os testes de HIV. Espera-se que os doentes de tuberculose estejam registrados e notificados e que as informações sejam confiáveis. Os profissionais de saúde devem ser qualificados regularmente e atualizados sobre as recomendações de tuberculose. Os doentes novos devem estar sendo acompanhados em tratamento diretamente observado;

Quanto aos **resultados**, é de se esperar que maior número de doentes de tuberculose sejam diagnosticados precocemente, com redução da situação de falência (persistência da positividade de escarro ao final do tratamento) e/ou resistência, acompanhamento precoce da coinfeção TB/HIV e melhoria da qualidade das informações e consequentemente aumento da cura com redução dos abandonos de tratamento de tuberculose;

Quanto ao **impacto**, espera-se a redução da incidência e da mortalidade por tuberculose.

Apresentamos a seguir o modelo lógico dessa avaliação:

Figura 2 – Modelo Lógico do Programa de Controle da Tuberculose de Cuiabá.



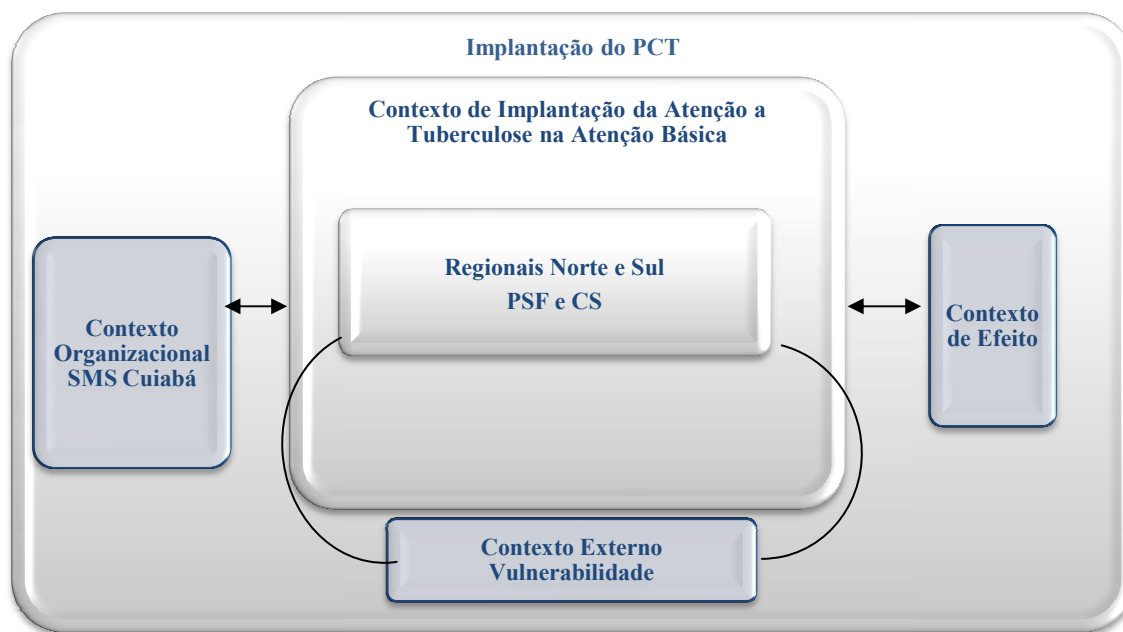
Fonte: Adaptado Oliveira & Natal, 2007.

3.3. Desenho da Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose de Cuiabá.

O presente estudo é uma avaliação interna, pois a pesquisadora é técnica, que exerce função ativa na Coordenação Estadual do PCT.

A Figura 3, apresenta o desenho da avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Cuiabá, segundo os contextos organizacional, externo, implantação e de efeito.

Figura 3 – Desenho da avaliação do Programa de Controle da Tuberculose de Cuiabá.



Fonte: Adaptado Oliveira & Natal, 2007.

3.3.1. Matriz de relevância, análise e julgamento

No campo da avaliação em saúde as matrizes são utilizadas como forma de expressar a lógica causal de uma intervenção em sua parte e no todo, traduzindo como seus componentes contribuem na produção dos efeitos, favorecendo sínteses em forma de juízos de valor (NATAL *et al*, 2006).

A matriz de relevância foi construída baseando-se na literatura e na experiência técnica dos profissionais do Programa de Controle da Tuberculose da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Estabeleceu-se a relevância para cada um dos contextos analisados. A matriz usada nesse estudo possibilitou priorizar os critérios em cada uma das categorias. (Apêndice 6). A relevância dos critérios obedeceu a seguinte classificação: muito relevante (RRR) pontuação entre 8 e 10; relevância média (RR) entre 5 e 7 e pouco relevante (R) pontuação inferior a 4.

Na matriz de análise e julgamento, definem-se os componentes do processo de implantação e são estabelecidas as dimensões estratégicas que estão contempladas na organização do programa na Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá. As dimensões estratégicas consideradas nessa avaliação foram: contexto organizacional do PCT na Secretaria Municipal de Saúde, contexto externo das regionais de saúde norte e sul, contexto

de implantação da atenção à tuberculose em unidades de saúde e de efeito (Quadro 1). Cada dimensão foi subdividida em categorias, e constituídas por critérios. Para cada critério são apresentados a pontuação máxima esperada e ponto de corte, segundo a relevância do critério em análise.

Quadro 1 - Matriz de Análise e Julgamento: Dimensões, Categorias e Pontuação máxima esperada

Dimensões	Categorias	Pontuação máxima esperada
Contexto Organizacional	Gestão e Planejamento	150
	Serviços de referências e insumos	60
	Vigilância Epidemiológica	70
Sub total		280
Contexto Externo Vulnerabilidade	Renda por pessoa	10
	Residentes por casa	5
	Grau de escolaridade	5
Sub total		20
Contexto de Implantação	Prevenção	45
	Diagnóstico	90
	Assistência	195
Sub total		330
Contexto de Efeito	Qualidade da atenção	215
	Resultado de tratamento	30
Sub total		245

A pontuação dos critérios observados baseou-se nos dados coletados: entrevistas, observações e sistemas de informação, documentos do PCT e prontuários.

Os dados foram consolidados por categorias e a pontuação obtida caracteriza a situação de um dado critério oriundo de uma das fontes de informação, comparado à pontuação máxima esperada.

A definição do grau de implantação baseou-se no score final, obtido em cada uma das dimensões analisadas:

$$\text{Score final} = \frac{\text{Pontuação observada}}{\text{Pontuação máxima esperada}} \times 100$$

$$\text{Pontuação observada} = \sum \text{da pontuação observada em cada critério}$$

$$\text{Pontuação máxima esperada} = \sum \text{da pontuação esperada em cada critério}$$

Os padrões de julgamento foram calculados em cada contexto e suas dimensões, permitindo o julgamento e a avaliação do grau de implantação do Programa de Controle da Tuberculose em Cuiabá, segundo níveis de classificação pactuados em conjunto com os

potenciais usuários interessados nos resultados da avaliação, obtendo-se a seguinte classificação: Implantado, Parcialmente implantado, Incipiente e Não Implantado.

Para a conclusão acerca do grau de implantação, utilizar-se-á a seguinte classificação:

Classificação	Escore final
Implantado (I)	75 ----- 100 %
Parcialmente Implantado (PI)	50 ----- 75 %
Incipiente (IN)	25 ----- 50 %
Não Implantado (NI)	0 ----- 25 %

Fonte: Cosendey, 2003.

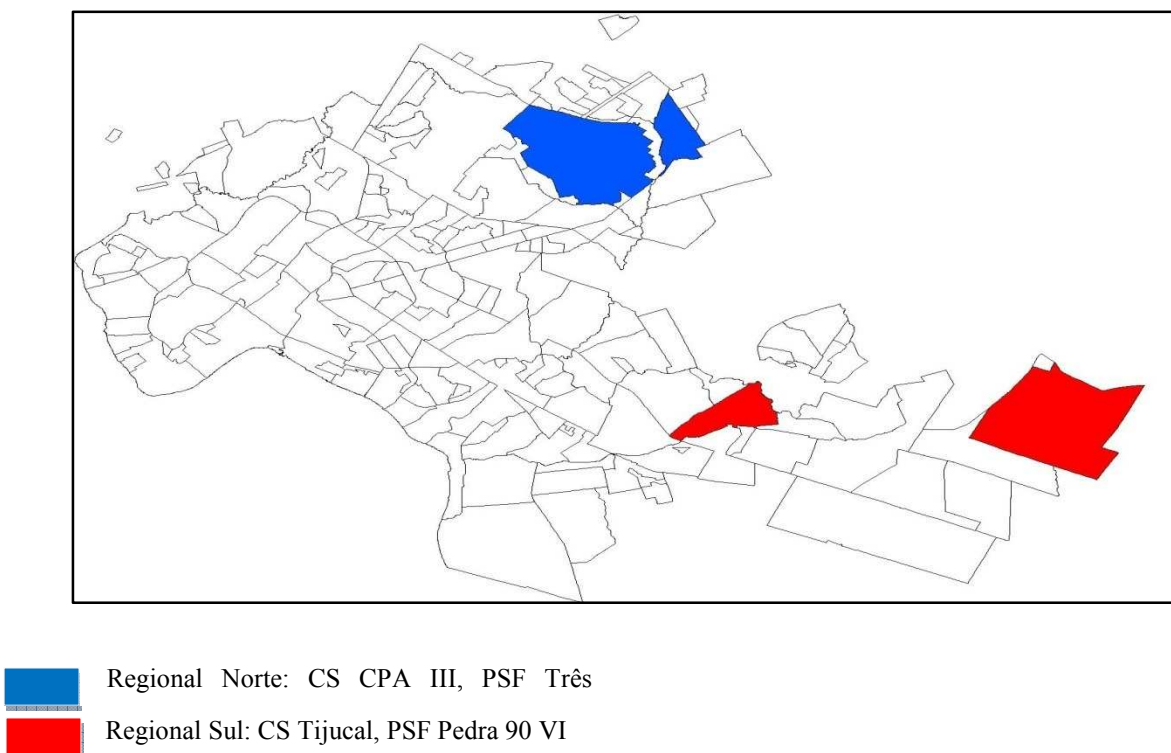
3.4. Local de estudo

Elegeram-se o município de Cuiabá, como local do estudo. Cuiabá é a capital do estado com uma população de 551.350 habitantes (IBGE 2010), e tem a maior incidência de tuberculose em Mato Grosso. É um dos principais polos de desenvolvimento econômico da Região Centro Oeste. O Sistema Único de Saúde de Cuiabá apresenta-se organizado administrativamente, em quatro regiões urbanas Norte, Sul, Leste e Oeste por meio da Lei nº 3.723 em 1997.

As regionais selecionadas foram norte e sul, aquelas que apresentaram maiores incidências de tuberculose em 2010, dentro delas, escolheram-se as unidades de saúde (centro de saúde e unidade de saúde da família) com maior número de casos novos de tuberculose.

Na Figura 4, está a localização das unidades de saúde por regionais selecionadas neste estudo.

Figura 4 – Localização espacial por regional de saúde das unidades básicas selecionadas, 2010.



3.5. Fontes de informação

Nesta pesquisa, foram utilizados dados primários e secundários.

Dados primários: a) aplicação de questionários semi estruturados com perguntas fechadas e abertas, b) observação direta das unidades de saúde (estrutura física), consultas médicas e de enfermagem e as estruturas de apoio; Laboratório Central de Cuiabá/LACEC e almoxarifado.

Dados secundários: a) utilizou-se dos dados dos Sistemas de Informação SINAN, DATASUS, Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVSA/SES), Coordenadoria Municipal de Vigilância Epidemiológica; b) normas e documentos do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso e da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá; c) registros das unidades de saúde: livros de registros, relatórios de atividades das respectivas unidades e prontuários dos doentes notificados no período da avaliação.

As observações foram feitas durante o período de trabalho da equipe, desde a recepção do doente na unidade, atendimento e/ou consulta médica e de enfermagem, orientações para coleta de escarro e informações em geral. Durante as observações, as equipes das unidades de saúde forneceram esclarecimentos e informações complementares, incorporadas nos resultados.

Tanto na aplicação dos questionários, quanto nas observações realizadas, procurou-se estabelecer um distanciamento entre a pesquisadora e os sujeitos da pesquisa para que as atividades propostas pudessem ser conduzidas, tentando evitar interferência.

Foram utilizados sete instrumentos para a coleta dos dados primários: questionários aplicados a: gestores (apêndice 1), profissionais (apêndice 2), doentes de tuberculose (apêndice 3).

Roteiro de observação direta das unidades de saúde (apêndice 4), do almoxarifado (apêndice 4.1), e do laboratório (apêndice 4.2), roteiro para análise dos prontuários (apêndice 5).

Em relação aos prontuários, foram analisados 22 na regional norte, sendo 12 no centro de saúde e nove no PSF. Na regional sul, foram analisados 18 prontuários, sendo 10 no centro de saúde e oito no PSF. O total dos prontuários avaliados nesse estudo corresponde a todos os doentes notificados com tuberculose em 2010.

Os questionários foram aplicados pelo próprio pesquisador, após apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 1) e concordância dos participantes. Os profissionais em cargo administrativo, foram alertados para o risco de identificação. Toda a coleta de dados dessa pesquisa foi realizada pela mestrandia.

As informações prestadas foram tabuladas segundo as dimensões e categorias propostas nas matrizes, sem identificação nominal, a fim de não comprometer o participante.

3.5.1. Sujeitos do estudo

Gestores da Secretaria Municipal de Saúde: Secretário Ajunto de Saúde, Diretor e Coordenador da Atenção Básica; Equipe Técnica do Programa de Controle da Tuberculose; Gerente dos centros de saúde; profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e doentes de tuberculose.

Foram aplicados 36 questionários a gestores, profissionais de saúde realizados em salas e/ou consultórios definidos pelos gestores e pelos próprios profissionais. Os questionários foram respondidos por 19 usuários em suas residências e/ou nas unidades de saúde conforme aceitação e disponibilidade de data e horário (Quadro 2).

Quadro 2 - Demonstrativo dos participantes da pesquisa e número de prontuários analisados por regional e tipo de unidade

Regional	Tipo de profissional	Tipo de Unidade		Total
		CS	PSF	
Norte	ACS	3	3	
	Auxiliar de Enfermagem	0	0	
	Enfermeiro	1	1	
	Médico	1	1	
	Gerente	1	0	
	Técnico de Enfermagem	4	2	
	Doentes de tuberculose	2	2	
	Sub total	12	9	21
	Prontuários analisados	12	10	22
Sul	ACS	6	4	
	Auxiliar de Enfermagem	1	1	
	Enfermeiro	1	1	
	Médico	2	1	
	Gerente	1	0	
	Técnico de Enfermagem	1	0	
	Doentes de tuberculose	3	4	
	Sub total	15	11	26
	Prontuários analisados	10	8	18
SMS	Secretário Adjunto de Saúde	1		
	Diretora da Atenção Básica	1		
	Coordenador da Atenção Básica	1		
	Equipe Técnica do PCT	3		
Laboratório	Farmacêutico	1		
Almoxarifado		1		
	Sub total	8		8
Total	Participantes	35	20	55
	Prontuários analisados	22	18	40

Quadro 2.1 – Observação direta em estabelecimento de atenção aos doentes de tuberculose

Unidades observadas	Nº
Unidade de saúde da família	2
Centro de saúde	2
Laboratório	1
Almoxarifado	1
Total	6

3.5.2. Levantamento de campo

Foi solicitada autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá para a realização da pesquisa no nível central do PCT, visto que seriam aplicados questionários aos profissionais das unidades de saúde. Foram realizados contatos prévios com autoridades municipais responsáveis pelo Programa de Controle da Tuberculose, informando e explicando a importância do estudo, solicitando apoio para a execução da pesquisa, quanto à liberação de dados e registros de interesse. Foram realizadas reuniões nos diversos níveis de gestão da tuberculose, e foi elaborado um cronograma de visitas às unidades de saúde por regional com data e hora marcada, visando apresentar o projeto de pesquisa e programar a realização das entrevistas.

A coleta de dados foi realizada no período de abril à junho de 2011. Priorizou-se a aplicação dos questionários às equipes de saúde das unidades e posteriormente, análise dos Livros de Registros de Casos de Tuberculose e prontuários dos doentes, notificados em 2010.

3.6. Análise dos dados

A análise dos dados consiste em examinar, categorizar, classificar, para tratar as proposições iniciais de um estudo (YIN, 2005).

Os resultados foram analisados e respaldados na literatura referente à temática e nas legislações específicas, quanto à conformidade em relação ao Programa Estadual em consonância com o Programa Nacional, seguindo o Manual de Recomendações (MS,2010). As respostas abertas dos questionários aplicados foram categorizadas e consolidadas as respostas fechadas. Os dados coletados foram tabulados a partir das matrizes de análise e julgamento dos contextos em análise.

A divulgação deste estudo será feita por meio de relatórios executivos contendo os resultados encontrados, bem como sugestões de medidas a serem implantadas pelo PCT do município de Cuiabá. Esses resultados serão discutidos através de reuniões junto aos profissionais de saúde e gestores das unidades trabalhadas no estudo. Será feita divulgação em oficinas e seminários já previstos na Programação de Trabalho Anual (PTA) da Coordenação do Programa Estadual da Tuberculose – SES, tendo como clientela os profissionais de saúde dos Escritórios Regionais de Saúde, e de outros meios onde se fizerem necessário.

Além disso, será encaminhada uma cópia da dissertação para a coordenação do PCT da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá e da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

Este estudo tem como limitação o fato de ser um estudo de caso único, desenvolvido em quatro unidades, de duas regionais de saúde do município de Cuiabá e não pode ser generalizado. Espera-se que sirva como iniciativa para futuros trabalhos.

Apresentamos a seguir as matrizes de julgamento dos contextos e respectivas categorias, critérios e pontuação máxima esperada e ponto de corte:

No **Contexto Organizacional** (Quadro 3), as categorias analisadas foram gestão e planejamento, serviços de referência e insumos e vigilância epidemiológica, que se refere à forma de gestão do programa no nível central e a sua implantação nas unidades de saúde.

Quadro 3 – Contexto Organizacional

Categorias	Critérios	Pont Max Esp	Ponto de corte
Gestão e planejamento	Tempo de gerência	10	Até 1 ano = 1 1 a 2 anos = 5 Acima de 2 a =10
	Planejamento entre a equipe técnica do PCT com participação dos gerentes das unidades	10	Sim = 10 Esporádico = 5 Não = 0
	Equipe realiza reuniões para discutir e programar ações de controle da tuberculose	10	Sim = 10 Parcialmente = 5 Não = 0
	Ações de supervisão são realizadas pela equipe do nível central do PCT	10	Sim = 10 Parcialmente = 5 Não = 0
	Existe fluxo das informações do SINAN	10	Sim =10 Não =0
	Equipe técnica do PCT faz relatório sobre a tuberculose	10	Sim = 10 Parcialmente = 5 Não = 0
	Conhece a proporção de unidades que atendem tuberculose	10	Sim = 10 Parcialmente = 5 Não = 0
	Área territorial das unidades é bem definida	10	Sim = 10 Parcialmente = 5 Não = 0
	Conhecimento dos profissionais que atuam com tuberculose	10	Equipe toda = 10 3 prof da equipe = 8 1 a 2 prof da eq = 4 Ñ sabe = 0

Categorias	CrITÉRIOS	Pont Max Esp	Ponto de corte
Gestão e Planejamento	Equipe utiliza normas do PNCT	10	Sim =10 Não =0
	São analisadas metas do PTA	10	Sim = 10 Não = 0 Parcialmente = 5
	Necessidade de interferência da gestão do PCT nas unidades para realização das ações	10	Sim = 0 Não = 10 Parcialmente = 5
	Suporte do nível central do PCT atende as necessidades das unidades	10	Sim = 10 Não = 0 Parcialmente = 5
	Envia material educativo para as unidades	10	Sim = 10 Parcialmente = 5
	Envia coletor de escarro para as unidades	10	Sim =10 Não =0
		150	
Serviços de referência e insumos	Análise dos mapas de medicamentos das unidades	10	Sim = 10 Não = 0 Esporádico = 5
	Distribuição de medicamentos de tuberculose para as unidades	10	Mapa mensal = 10 Não há fluxo definido = 0
	Pré-definição do fluxo para os doentes realizarem prova tuberculínica	10	Sim =10 Não =0
	Definição para referência e contra referência para doentes de tuberculose	10	Sim =10 Não =0
	Estratégias definidas para as unidades de como registrar e atuar com contatos de tuberculose	10	Sim =10 Não =0
	Estratégias definidas para doentes de tuberculose em abandono de tratamento	10	Sim =10 Não =0
		60	
Vigilância Epidemiológica	Profissionais capacitados para realizarem o acompanhamento das informações no SINAN	10	Sim = 10 Parcialmente = 5 Não = 0
	Definida frequência do fluxo de informações entre as unid. de saúde e a SMS	10	Sim =10 Não =0
	Realização de ações de vigilância epidemiológica	10	Sim = 10 Não = 0 Parcialmente = 5
	Tempo de notificação após diagnóstico de tuberculose	10	Durante atendim. = 10 1x/semana = 5 Não sabe = 0
	Tempo após notificação preenchida e envio à SMS	10	Até 1 semana= 10 15 dias =5 Não sabe= 0
	Momento do preenchimento do livro de registro de casos de tuberculose	10	Momento diag=10 1x/semana = 5 15 dias = 2 Não sabe = 0
	Periodicidade da atualização do livro de registro de casos de tuberculose	10	Qdo houver inf=10 Semanal = 5 Quinzenal =3 Não sabe = 1
	Total	70	

O **Contexto Externo** (Quadro 4), refere-se à vulnerabilidade social do indivíduo morador nas regionais norte e sul. Os critérios utilizados foram a renda por pessoa (IPDU,2007), número de pessoas residentes por casa e grau de escolaridade.

Quadro 4 - Contexto Externo Categoria Vulnerabilidade

Categorias	Critérios	Pont Max Esp	Ponto de corte
Vulnerabilidade	Renda por pessoa	10	Baixa < 2,91 sal mínimos = 2 Médio baixa 2,91 a 5,65 sal mínimos = 4 Média 5,65 a 11,65 sal mínimos = 6 Médio alta 11,65 a 21,94 sal mínimos = 8 Alta acima de 21,94 sal mínimos = 10
	Residentes por casa	5	Até 4 pessoas = 5 Acima de 4 pessoas = 0
	Grau de escolaridade	5	Ensino > 8 anos = 5 1 a 8 anos = 4 Analfabeto = 2
	Total	20	

O **Contexto de Implantação** (Quadros 5, 6 e 7), refere-se à forma de condução das ações da atenção à saúde, propriamente ditas, realizadas pelas equipes de saúde da família e profissionais dos centros de saúde das regionais norte e sul. Foram analisadas as categorias: prevenção, diagnóstico e assistência, utilizando-se os seguintes critérios:

Prevenção: A realização periódica da busca ativa de pessoas com sintomas respiratórios e/ou doentes de tuberculose, bem como visitas domiciliares e comunicação em saúde que consiste em uma estratégia de prover aos indivíduos e à coletividade, instrumentos capazes de gerar mudanças. Isso é fundamental dentro de um processo educativo para o compartilhamento dos conhecimentos e práticas que podem contribuir para melhores condições de vida da população. Deve-se ressaltar que o processo de comunicação se baseia em aspectos éticos, de transparência e de respeito a aspectos culturais e às diferenças nas populações que estão envolvidas. A informação de qualidade difundida no momento oportuno com uma linguagem clara e objetiva é um importante instrumento de promoção da saúde (MS, 2010).

A realização da prova tuberculínica (PT) consiste na inoculação intradérmica de um derivado proteico do *M tuberculosis* para medir a resposta imune celular a estes antígenos. É utilizada nas pessoas (adultos e crianças), para o diagnóstico de infecção latente (ILTB).

Realização e registro do exame de contato devem ser considerados como atividades importantes para prevenir o adoecimento e diagnosticar precocemente casos de doença ativa na população (MS, 2010).

Quadro 5 - Contexto de Implantação Categoria: Prevenção

Critérios	Pont Max Esp	Ponto de corte
Realização periódica da busca ativa de casos	5	Sim =5 Não =0
Realiza ações de prevenção – comunicação em saúde	10	Realiza = 10 Realiza parcial = 5 Não realiza = 0
Existe agendamento para realização de visitas domiciliares	5	Sim =5 Não =0
Realiza prova tuberculínica – PT	10	Realiza = 10 Realiza parcial (encaminha) = 5 Não realiza = 0
Realização e registro de exame de contato	5	Sim =5 Não =0
Recebe material educativo	10	Sim = 10 Esporádico = 5 Não = 0
Total	45	

Diagnóstico: A detecção de casos através da busca ativa de pessoas com *sintomas respiratórios* (SR). Identificar precocemente pessoas com tosse por tempo igual ou superior a três semanas, consideradas como suspeitas de tuberculose pulmonar, visando a descoberta dos doentes bacilíferos.

Quanto à orientação sobre coleta do exame de escarro, em relação ao horário de recebimento da amostra e oferta para realização da baciloscopia de escarro para diagnóstico e acompanhamento e do teste de HIV.

Em relação à frequência de transporte das amostras de escarro, de recebimento dos resultados e o tempo para recebimento pelas unidades de saúde.

Quadro 6 - Contexto de Implantação Categoria: Diagnóstico

Crítérios	Pont Max Esp	Ponto de corte
Sintomáticos respiratórios são submetidos a baciloscopia de escarro	5	Sim =5 Não =0
Orientação sobre local para coleta do escarro para baciloscopia	10	Na US em local específico = 10 Em casa= 5 Na US em qualquer local = 1
Horário de recebimento da amostra de escarro	10	Integral (8 às 11h / 13 às 17h) = 10 Manhã (8 às 11h) = 8 Até as 9h = 4 Agendamento = 0
Oferta de exame baciloscópico para diagnóstico	10	2 ou mais amostras = 10 1 amostra =5 Não realiza = 0
Oferta de exame baciloscópico para acompanhamento	10	Mensal (6 amostras) = 10 4 amostras = 8 2º, 4º e 6º mês = 6 2 amostras = 4 1 ou nenhuma amostra = 0
Oferta de teste HIV	5	Sim =5 Não =0
Existe impresso específico para solicitação de baciloscopia de escarro	5	Sim =5 Não =0
Frequência do transporte das amostras de escarro das unidades ao laboratório	10	Diário = 10 3x/semana = 8 2x/semana = 6 1x/semana = 2
Frequência de recebimento dos resultados de baciloscopia de escarro às unidades	10	Diário = 10 Semanal = 5 Quinzenal = 0
Tempo de demora para recebimento de resultado de baciloscopia de escarro pelas US	10	Até 48h = 10 Semanal = 5 Quinzenal =3 Ñ sabe = 0
Realiza exame Raio x tórax	5	Sim =5 Não =0
Total	90	

Assistência: O tratamento deve ser desenvolvido diariamente e sob regime ambulatorial diretamente observado (TDO).

A estrutura da atenção ao doente com tuberculose é de responsabilidade da unidade de saúde. À atenção básica compete: a) realizar a busca de pessoas com sintomas respiratórios, b) realizar coleta de escarro e outros materiais para o exame de baciloscopia, cultura, identificação e teste de sensibilidade, c) solicitar cultura, identificação de micobactérias e teste de sensibilidade, d) indicar e prescrever o esquema básico, realizar o tratamento diretamente observado e monitorar todos os casos bacteriologicamente confirmados com baciloscopias de controle, e) oferecer o teste anti-HIV, f) realizar o controle diário de faltosos, g) realizar investigação e controle de contatos, tratando quando indicado, h) identificar precocemente a ocorrência de efeitos adversos às drogas do esquema de tratamento, i) realizar

vacinação BCG Id, j) indicar, realizar ou referenciar, quando necessário, contatos ou suspeitos de tuberculose para prova tuberculínica, k) solicitar cultura, identificação de espécie de microbactérias e teste de sensibilidade, nas seguintes situações: nos contatos, nos imunodeprimidos, nos antecedentes prévios de tuberculose, nos doentes com baciloscopia positiva no segundo mês de tratamento, em falência de tratamento e em populações especiais, l) preencher de forma adequada e oportuna os instrumentos de vigilância preconizados pelo PNCT, m) encaminhar à unidade de referência os casos em situações especiais, n) receber e acompanhar os casos atendidos e encaminhados pelas referências, conduzindo o tratamento supervisionado e investigação de contatos, o) responsabilizar-se pelo bom andamento de todos os casos de sua região de abrangência, p) oferecer apoio aos doentes em relação às questões psicossociais e trabalhistas por meio de articulação com outros setores (MS, 2010).

Define-se como abandono de tratamento todo doente de tuberculose sem uso regular do medicamento tuberculostático por mais de 30 dias (MS, 2010).

Quadro 7 - Contexto de Implantação Categoria: Assistência

Crítérios	Pont Max Esp	Ponto de corte
Tempo entre agendamento e a 1ª consulta	10	Até 1 semana = 10 2 semanas = 5 > 1 mês = 1
Como é informado o diagnóstico e tratamento ao doente de tuberculose	10	Durante consulta do prof médico ou enfermeiro = 10 Durante atendimento outro prof = 5 Não sabe = 0
Disponibilidade de medicamentos	5	Regular =5 Irregular =0
Medicamentos são separados por doente	5	Sim =5 Não =0
Profissionais capacitados para atender doente de tuberculose	5	Sim =5 Não =0
Tempo de espera do doente de tuberculose para ser atendido no dia da consulta	10	Menos de 30 min = 10 1 a 2 horas = 5 Acima de 2 horas = 0
Duração da consulta	10	Acima de 30 min = 10 20 min = 5 10 min = 1
Tempo da consulta é suficiente para esclarecimento de dúvidas sobre a doença	10	Suficiente = 10 Parcialmente suficiente = 5 Insuficiente = 0
Atendimento do doente de tuberculose ocorre pelo mesmo profissional	10	Sim = 10 Algumas vezes= 5 Não = 0
Realiza ações de controle da tuberculose	10	Sim = 10 Esporádico= 5 Não = 0

CrITÉRIOS	Pont Max Esp	Ponto de corte
Conhecem o protocolo de normas da tuberculose	5	Sim =5 Não =0
Utilizam as normas do PNCT	5	Utiliza = 5 Utiliza parcialmente = 3 Não utiliza = 0
Realiza busca dos doentes de tuberculose em abandono de tratamento	5	Sim =5 Não =0
Preenchimento do livro de sintomático respiratório	10	Adequado = 10 Parcialmente = 5 Inadequado = 0
Preenchimento do boletim de acompanhamento	10	Adequado = 10 Parcialmente = 5 Inadequado = 0
Preenchimento dos livros de registros de casos de tuberculose	10	Adequado = 10 Parcialmente = 5 Inadequado = 0
Oferece tratamento diretamente observado/TDO aos doentes novos	5	Sim =5 Não =0
Como é o acompanhamento de TDO	10	Diário = 10 Semanal = 6 Quinzenal = 2 Mensal = 0
Estado de conservação e arquivo dos prontuários	5	Adequado = 5 Parcialmente = 3 Inadequado = 0
Registro dos prontuários	10	Adequado = 10 Parcialmente = 5 Inadequado = 0
Constam os anexos essenciais ao tratamento de tuberculose	5	Sim =5 Não =0
Consultas médicas registradas	10	Até 3 consultas = 2 4 a 5 consultas = 5 > 6 consultas = 10
Consultas de enfermagem registradas	10	Até 3 consultas = 2 4 a 5 consultas = 5 > 6 consultas = 10
Total	195	

O **Contexto de Efeito** (Quadros 8 e 9), referem-se aos resultados da gestão da clínica e do tratamento da tuberculose recebido pelo doente. Analisam a qualidade da atenção sob a percepção do doente em relação ao acesso ao tratamento, à prevenção dos contatos, ao diagnóstico e assistência. Neste último consideraram-se tempo, consulta, orientações, oferta e acompanhamento do tratamento diretamente observado. Quanto aos resultados do tratamento, consideraram-se cura, abandono e óbito por tuberculose.

Quadro 8 - Contexto de Efeito Categoria: Qualidade da atenção

Eixos	Crítérios	Pont Max Esp	Ponto de corte
Acesso	Consegue atendimento na unidade de saúde	10	Sim = 10 Parcialmente = 5 Não e/ou não consultou = 0
	Período de atendimento na unidade de saúde	10	7:00 às 17:00h = 10 7:00 às 11:00h / 13 às 17h = 5 Não sabe = 0
	A recepção responde às necessidades dos doentes de tuberculose	10	Sim = 10 Parcialmente = 5 Não = 0
	Tempo que utiliza a unidade de saúde	10	Sempre usou = 10 Há 6 meses = 5 Há 1 mês = 1 Nunca usou = 0
	Mudaria para outra unidade de saúde	5	Sim = 0 Não = 5
	Tempo percorrido para chegar à unidade de saúde	10	Até 15 min = 10 30 min = 5 >1 hora = 1
	Perde dia de trabalho para vir à unidade de saúde	5	Sim = 5 Não = 0
	Integração com outras unidades de saúde	5	Sim = 5 Não = 0
	Se distância entre a residência do doente e a unidade é fator limitante	5	Sim = 0 Não = 5
Sub total		70	
Prevenção	Contatos são convocados para exame	5	Sim = 5 Não = 0
	Contatos são examinados	5	Sim = 5 Não = 0
	Recebeu visita domiciliar	5	Sim = 5 Não = 0
Sub total		15	
Diagnóstico	Quanto tempo após início dos sintomas soube do diagnóstico	10	< 1 mês = 10 Entre 1 a 2 meses = 8 3 a 4 meses = 4 > 4 meses = 2
	Oferecido teste HIV	5	Sim = 5 Não = 0
	Fez exame de escarro para diagnóstico	5	Sim = 5 Não = 0
	Quantas amostras de escarro para diagnóstico	10	2 amostras = 10 1 amostra = 5 Nenhuma amostra = 0
	Onde colheu as amostras de escarro para diagnóstico	5	Local específico = 5 Qualquer lugar = 0
	Unidade forneceu coletor de escarro para diagnóstico	5	Sim = 5 Não = 0
	Fez exame de escarro para controle	5	Sim = 5 Não = 0

Eixos	Critérios	Pont Max Esp	Ponto de corte
Diagnóstico	Onde colheu as amostras de escarro para controle	5	Local específico = 5 Qualquer lugar = 0
	US forneceu coletor de escarro para controle	5	Sim =5 Não =0
	Sub total	55	
Assistência	Quem busca o medicamento na US	5	Próprio doente =5 ACS ou alguém da família =3
	Tempo longo de espera para marcar consulta	10	Não = 10 Sim = 0 Não consultou na US = 5
	Quem agenda consulta	10	Próprio doente =10 Alguém da família =5 Prof da US = 1
	Tempo de espera para consulta com o médico	10	< 30 min = 10 30 a 60 min = 8 1 a 2 h = 6 > 2 h = 2 Não sabe e/ou não fez= 0
	Tempo de espera para consulta com enfermeiro	10	< 30 min = 10 30 a 60 min = 8 1 a 2 h = 6 > 2 h = 2 Não sabe e/ou não fez= 0
	Dúvidas são tiradas com qual profissional	10	Médico = 2 Enfrº =2 Téc Enf =2 Aux Enf =2 ACS=2 Todos = 10
	Oferecido TDO	5	Sim =5 Não =0
	Como é o acompanhamento de TDO	10	Diário =10 Semanal =8 Quinzenal = 6 Mensal =2 Não fez= 0
	Sub total	70	
	Total	210	

Quadro 9 - Contexto de Efeito Categoria: Resultado de tratamento

Critérios	Pontuação máxima Esperada	Ponto de corte
Cura	10	> 85 % = 10 75 a < 85 % = 8 70 a 75 % = 4 < 70 % = 2
Abandono	10	≤ 5 % = 10 5 a 9 % = 5 > 10 % = 0
Óbito por tuberculose	10	< 3 % = 10 3 a 5 % = 5 > 5 % = 0
Total	30	

3.7. Stakeholders

Para que os resultados de uma avaliação possam subsidiar as decisões é importante que haja a participação de diferentes atores sociais envolvidos na intervenção, seja de maneira parcial ou total, principalmente quando se trata de avaliação interna, cujo propósito consiste em criar uma cultura de aprendizado permanente e de desenvolvimento institucional (SANTOS 2005). A abordagem do estudo avaliativo deve considerar a participação de atores interessados em várias etapas do seu desenvolvimento. Com base nessa premissa, foram identificados usuários potenciais da avaliação do programa de controle da tuberculose e os diversos interesses desses atores na avaliação, respectivos papéis e estratégias de envolvimento. Discriminaram-se o cargo e função dos stakeholders e interessados no processo avaliativo, e nos resultados da pesquisa. Cada ator tem, em alguns momentos, diferentes pontos de vista sobre a questão do controle da tuberculose, devido ao lugar que ocupa em relação ao programa (Quadro 10).

Quadro 10 - Usuários interessados na avaliação do Programa de Controle da Tuberculose.

Usuários	Papel na Avaliação	Estratégia de Envolvimento	Interesse na Avaliação
Secretário municipal de Saúde, Diretor e Coordenador da Atenção Básica	Garantir apoio institucional para realização da pesquisa	Apresentar as propostas e etapas da pesquisa;	Conhecer as diversas formas de conduzir as ações de controle para a atenção básica e vigilância epidemiológica; faz parte de seu compromisso social enquanto gestor municipal; Subsidiar em decisões relativas ao PCT
		Discutir os resultados da pesquisa.	
		Definir estratégias para utilização dos achados;	
Gerentes dos CS, Responsável e equipe técnica do PCT municipal;	Contribuir na elaboração do modelo lógico das ações de controle da atenção básica e da matriz de análise e julgamento	Submeter as versões preliminares do projeto e da matriz de julgamento	Conhecer os diferentes processos das ações de controle da tuberculose na atenção básica sob a responsabilidade dos gerentes e equipe técnica do PCT.
		Agendar encontros presenciais para obter contribuições com cada técnico envolvido	
		-Conhecer, de maneira sistematizada, a descrição do programa, forma de condução das ações nos diversos níveis de atenção;	

Usuários	Papel na Avaliação	Estratégia de Envolvimento	Interesse na Avaliação
Profissionais de saúde das unidades selecionadas	Contribuir na elaboração do modelo lógico das ações de controle da atenção básica e da matriz de análise e julgamento; Identificar estratégias para melhoria do programa	Envio de relatório impresso aos Membros do Conselho Municipal de Saúde. Realizar reuniões com equipes locais.	Conhecer, de maneira sistematizada, a forma de condução das ações de controle da tuberculose na atenção básica e vigilância epidemiológica;
Doentes de tuberculose	Contribuir para a avaliação do PCT; Identificar estratégias para melhoria do programa	Reunir individualmente com os usuários que foram selecionados a participarem da pesquisa, esclarecendo os objetivos	Relatar vivências e/ou sugestões para melhoria do programa

3.8. Aspectos éticos

O estudo foi desenvolvido dentro dos princípios de ética em pesquisa, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/96, preservando a identidade dos entrevistados, para os quais será entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no momento da entrevista (Anexo 1).

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz com parecer Nº 17/2011, aprovado em 22/02/2011 (anexo 2) e da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá com análise de requerimento de pesquisa aprovado em 04/03/2011 (anexo 3).

As informações obtidas através desta pesquisa são confidenciais e foi assegurado o sigilo sobre a participação dos envolvidos na pesquisa. A identidade dos participantes será preservada e as entrevistas somente foram realizadas mediante autorização da mesma com assinatura do termo de consentimento.

Os dados serão divulgados em conjunto como medida adicional para preservar, na medida do possível, a identificação dos participantes.

4. RESULTADOS, DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa seção apresentamos a caracterização dos serviços de saúde do SUS Cuiabá, seguido dos resultados obtidos nas Matrizes de Análise e Julgamento dos contextos de avaliação da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em Cuiabá. A análise do Contexto Organizacional aborda a gestão do programa pela Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá. Os resultados do Contexto Externo estão circunscritos às unidades de saúde de duas regionais do município: norte e sul. Nessas unidades foi analisada a implantação do programa sob a ótica da atenção à saúde aos doentes de tuberculose. Em relação à efetividade da atenção, consideramos a qualidade da atenção segundo os doentes de tuberculose, usuários das unidades e os resultados epidemiológicos referentes ao ano 2010: cura, abandono de tratamento e óbito por tuberculose.

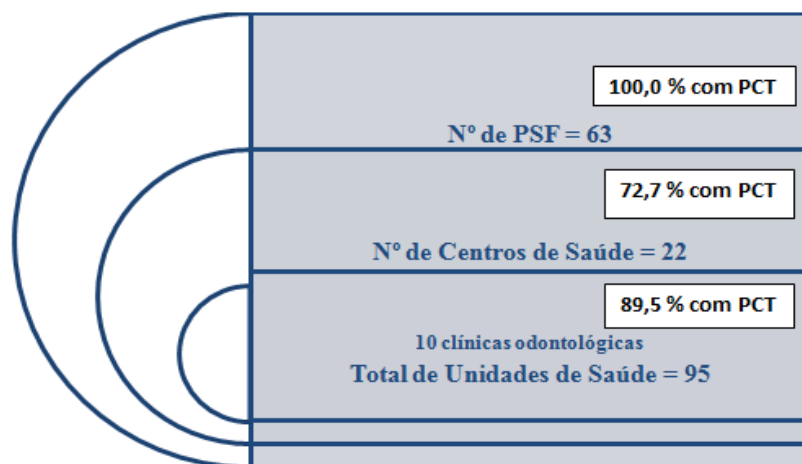
A relação entre os contextos abordados permitiu estimar o grau de implantação do Programa de Controle da Tuberculose nas regionais de saúde norte e sul.

4.1. Serviços de Saúde em Cuiabá

O sistema de saúde de Cuiabá está constituído por unidades assistenciais públicas e pelo sistema suplementar (setor filantrópico e privado). É organizado em níveis de atenção básica, secundária e terciária. A atenção básica é composta de 95 unidades, (22 centros de saúde, 63 Programa de Saúde da Família e 10 clínicas odontológicas). A atenção secundária conta com 61 unidades de Atenção Especializada (seis Policlínicas, um Centro de Reabilitação, cinco Núcleos de Reabilitação, nove Residenciais Terapêuticas, três Centros de Atenção Psicossocial, dois Laboratórios de análises clínicas (um municipal e um estadual), um Laboratório de análises clínicas contratado, um Centro de Especialidades Médicas, um Serviço Ambulatorial Especializado, 32 Serviços de Apoio, Diagnóstico e Terapêutico e um Centro de Controle de Zoonoses). A atenção terciária contempla 22 unidades Hospitalares (um Hospital e Pronto Socorro Municipal, um Hospital Federal Universitário Julio Muller, três Hospitais Filantrópicos e 18 hospitais contratados). O município possui 1.882 leitos hospitalares que atendem doentes referenciados de todos os municípios de Mato Grosso. Todos os estabelecimentos encontram-se no Cadastro Nacional Estabelecimentos de Saúde – CNES, e destes estabelecimentos 62,9% estão vinculados ao SUS (SMS, 2009).

O município conta com atendimento ambulatorial para tuberculose em 89,5 % das unidades da atenção básica (PSF's e Centros de Saúde). O PSF cobre 46,0% da população total do município (SMS, 2010) (Figura 5).

Figura 5 – Cobertura do Programa de Controle da Tuberculose da Atenção Básica de Cuiabá segundo tipo de serviço.



Fonte: SMS Cuiabá, 2010.

4.2.Contexto Organizacional do Programa de Controle da Tuberculose de Cuiabá

A análise do Contexto Organizacional aborda a institucionalidade do Programa de Controle da Tuberculose e a apropriação pela gestão da Secretaria Municipal de Saúde da coordenação e desenvolvimento das ações do programa na atenção à saúde ao doente de tuberculose.

Fazem parte do Contexto Organizacional as categorias de Gestão e Planejamento (Quadro 11), Serviço de referência e insumos (Quadro 12), Vigilância Epidemiológica (Quadro 13) e a Síntese das categorias deste contexto e pontuação máxima esperada (Quadro 14).

4.2.1. Categoria: Gestão e Planejamento

O planejamento e instrumentos resultantes de seu processo, como planos e relatórios são objetos de grande parte do arcabouço burocrático do SUS, quer indicando processos e método de formulação, quer como requisitos para fins de repasse de recursos, controle e auditoria. Esses instrumentos objetivam contribuir para a melhoria do nível de saúde da população (MS, 2009).

Na categoria de Gestão e Planejamento foram analisados os seguintes critérios: tempo de gerência, planejamento e programação das ações do PCT, ações de supervisão, análise de metas do Plano de Trabalho Anual (Quadro 11).

Na literatura administrativa, há certa concordância que “as atribuições básicas de gestão são dirigir, organizar e controlar pessoas ou grupos de pessoas” (MATTOS, 1985). Gerência é uma função que lida com pessoas e é responsável pela consecução dos objetivos da organização. O produto do trabalho do gestor e sua equipe é a consecução dos objetivos institucionais. “O desempenho das equipes é uma das funções gerenciais, implicando que o gestor possua além de conhecimentos administrativos e técnicos, a capacidade de lidar com pessoas, conhecer suas necessidades, valores e motivá-las para a realização da tarefa organizacional” (JUNQUEIRA, 1990).

Segundo Monroe (2008), “o compromisso e a integração de atores pertencentes aos diversos espaços de atuação da organização devem ser estimulados permanentemente”. Portanto, é necessária a existência de uma gestão técnica e especializada em tuberculose, que forneça ao gestor instrumentos necessários para o enfrentamento das adversidades relacionadas à doença, utilizando mecanismos criativos e atrativos para conscientizar, negociar e estabelecer parcerias entre diversos atores de modo que a tuberculose tenha visibilidade, dada a sua relevância epidemiológica e social.

O Plano Municipal de Saúde com período de vigência de 2010 à 2013 atende a Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080/90, que estabelece como atribuição dos municípios “a elaboração e atualização periódica do plano de saúde” que foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em março/2010. A única referência ao Programa de Controle da Tuberculose no Plano Municipal de Saúde está restrita à “Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera” (SMS,2010 p16).

O Programa de Controle da Tuberculose em Cuiabá encontra-se vinculado à Coordenadoria de Atenção Básica e à Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica estando subordinadas as suas respectivas diretorias, cada qual desenvolvendo ações do PCT de modo a se complementarem. As ações vinculadas à Coordenadoria de Atenção Básica, executadas pela equipe técnica são: assessoria e monitoramento às unidades por regional, suporte técnico às condutas médicas e terapêuticas. Quanto às questões administrativas, citamos as visitas técnicas, os treinamentos em serviço e a participação direta em ações educativas, ainda que esporádicas.

A equipe técnica responsável pelo desenvolvimento e acompanhamento do PCT municipal estava composta no momento do estudo, por três profissionais enfermeiros, que

vêm respondendo pelo Programa há um ano e quatro meses, e apresentam conhecimento parcial sobre as unidades que atendem o programa. Esses profissionais trabalham sob regime de contrato temporário na Secretaria Municipal de Saúde.

A equipe técnica não tem participação na gestão dos recursos financeiros destinados ao PCT no município, o que representa uma autonomia limitada. O contato da equipe técnica do programa com o Conselho Municipal de Saúde restringe-se a situações de interesse do programa, ou quando solicitado para fornecer informações, como forma de instrumentalização dos conselheiros.

A equipe técnica participa de atividades de planejamento na coordenadoria, da análise da situação da tuberculose no município, da elaboração do Plano de Trabalho Anual e da definição de método de monitoramento das ações do PCT e assessora tecnicamente às unidades de saúde. No entanto, o planejamento das ações do programa de tuberculose não inclui a participação dos gerentes dos centros de saúde e profissionais das unidades de saúde da família, como também não conta com a participação deles nas reuniões periódicas de programação de ações específicas do programa.

A análise das metas do Plano de Trabalho Anual – PTA é realizada apenas quando solicitada pelo gestor municipal.

O monitoramento do sistema de informação do banco de dados SINAN/TB é responsabilidade das Coordenadorias de Atenção Básica e de Vigilância Epidemiológica, que fazem o acompanhamento periódico e análise dos dados para posterior atualização das informações no sistema. Os documentos específicos de acompanhamento da equipe técnica do PCT são: a) relatórios (técnicos e SINAN), b) fichas de notificação, c) fichas de encaminhamentos e transferências, d) boletim de acompanhamento do SINAN, e) controle de casos de tuberculose hospitalizados.

A equipe técnica do programa tem como objetivo reconhecer “in loco” como as ações são desenvolvidas pelas unidades básicas de saúde e inclusive o laboratório de análises clínicas - LACEC. Deve-se certificar sobre o desenvolvimento das ações pelas unidades de acordo com as diretrizes e normas definidas pelo programa. É de sua responsabilidade o envio de material educativo sobre a tuberculose como cartazes, folders e flyers para serem usados nas unidades.

A comunicação e a informação sobre tuberculose e sobre a prestação do cuidado são cruciais para promover o diagnóstico precoce e o tratamento, contribuindo com a redução do abandono de tratamento e aumento das taxas de cura (ARCÊNCIO *et al*, 2005).

É feito o envio mensal de coletores de escarro pelo almoxarifado municipal para as unidades de saúde, com autorização prévia da equipe do PCT para serem fornecidos aos doentes de tuberculose e àqueles que apresentam sintomas respiratórios.

Quadro 11 – Matriz de Análise e Julgamento

Dimensão: Contexto Organizacional

Categoria: Gestão e Planejamento			SMS	
Crítérios	Pont Max Esp	Ponto de corte	Pont obs	Prop (%)
Tempo de gerência	10	Até 1 ano= 1 1 a 2 anos = 5 Acima de 2 anos = 10	5	50,0
Existe planejamento entre a equipe técnica do PCT com participação dos gerentes das unidades	10	Sim = 10 Esporádico = 5 Não = 0	0	0,0
Equipe realiza reuniões para discutir e programar ações de controle da tuberculose	10	Sim = 10 Parcialmente = 5 Não = 0	0	0,0
Ações de supervisão são realizadas pela equipe do nível central do PCT	10	Sim = 10 Não = 0 Parcialmente = 5	10	100,0
Existe fluxo das informações do SINAN	10	Sim =10 Não =0	10	100,0
Equipe técnica do PCT faz relatório sobre a tuberculose	10	Sim = 10 Não = 0 Parcialmente = 5	10	100,0
Conhece a proporção de unidades que atendem tuberculose	10	Sim = 10 Não = 0 Parcialmente = 5	5	50,0
Área territorial das unidades é bem definida	10	Sim = 10 Não = 0 Parcialmente = 5	5	50,0
Conhecimento dos profissionais que atuam com tuberculose	10	Equipe toda = 10 1 a 2 prof da equipe = 8 3 profissionais da equipe = 4 N sabe = 0	10	100,0
Equipe utiliza normas do PNCT	10	Sim = 10 Não = 0	10	100,0
São analisadas metas do PTA	10	Sim = 10 Não = 0 Parcialmente = 5	0	0,0
Acompanhamento do PCT nas unidades para desenvolver as ações	10	Sim = 0 Não = 10 Parcialmente = 5	5	50,0
Suporte técnico do nível central do PCT atende às necessidades das unid.	10	Sim = 10 Não = 0 Parcialmente = 5	5	50,0
Envia material educativo para as unidades	10	Sim = 10 Não = 0 Parcialmente = 5	10	100,0
Envia coletor de escarro para as unid.	10	Sim = 10 Não = 0	10	100,0
Total	150		95	63,3

Supervisão e Monitoramento

O monitoramento consiste no registro, análise periódica e sistemática das atividades do programa com o objetivo de checar o progresso, o cumprimento do cronograma de execução, e, finalmente, os resultados conforme planejados. Tem por finalidade produzir informações gerenciais e de referência sobre os componentes do programa, e sobre os dados de retroalimentação de gestão. As informações do monitoramento devem chegar aos responsáveis, técnicos e usuários no tocante ao cumprimento de metas. O Ministério da Saúde compreende monitoramento como um processo abrangente que se inicia por meio da pactuação entre os atores envolvidos na execução do programa (MS, 2009).

A supervisão do PCT é realizada mensalmente pela equipe técnica, segue um cronograma pré-definido pela Coordenadoria de Atenção Básica, dividido por regionais. As equipes das unidades de saúde utilizam as normas preconizadas pelo PNCT. A equipe do programa elabora relatórios técnicos e administrativos que são repassados para a Coordenadoria de Atenção Básica quando solicitados, ou para prestação de contas.

Em relação à vigilância epidemiológica existe um fluxo definido pelas Coordenadorias de Atenção Básica e de Vigilância Epidemiológica das informações do SINAN, onde primeiramente as informações são coletadas diretamente com o doente e registradas no prontuário individual. Quando confirmada a doença, o indivíduo é registrado no “Livro de Registro de Casos de Tuberculose”, preenchida a notificação e enviada semanalmente, para a equipe técnica do PCT na Coordenadoria de Atenção Básica.

A equipe técnica elabora relatórios e gera através do SINAN o boletim de acompanhamento, que informa sobre o número de doentes que se encontram em tratamento. Estas informações são atualizadas mensalmente pelas unidades de saúde e posteriormente inseridas no sistema de informação SINAN. Há reuniões entre os coordenadores e gerentes das unidades sobre informações a serem utilizadas para tomada de decisão. Essas reuniões acontecem através da comunicação direta, embora não sejam sistemáticas. (SMS, 2010).

As atividades de acompanhamento são realizadas pela equipe técnica do PCT junto às unidades. Correspondem ao suporte técnico direto ou indireto, principalmente em relação às condutas terapêuticas e orientações de prevenção e de diagnóstico. Na prática representam um enfoque maior no tratamento, tentando compensar as deficiências de uma educação permanente pouco efetiva. Entre as dificuldades do acompanhamento às equipes das unidades de saúde foram citadas as condições precárias da Secretaria Municipal de Saúde em disponibilizar transporte e material educativo.

A equipe técnica conhece parcialmente os profissionais das unidades de saúde que atuam com tuberculose. A área territorial das unidades de saúde é parcialmente definida. A definição imprecisa da área de abrangência compromete o atendimento dos doentes e a atuação dos agentes comunitários de saúde.

Capacitação

A equipe técnica realiza anualmente uma capacitação para as equipes das unidades de saúde da atenção básica em assistência ao doente com tuberculose. A prioridade para participar da capacitação é dada aos profissionais que realmente assumem as atividades pertinentes ao programa. As capacitações seguem uma programação que é realizada com recursos previstos no Plano de Trabalho Anual da Coordenadoria de Atenção Básica. A equipe técnica busca parcerias com universidades, em situações esporádicas. Os temas abordados são: conceitos da doença, diagnóstico precoce, prevenção e esquemas de tratamento. A equipe realiza treinamento em serviço para os profissionais recém inseridos nas unidades, priorizando basicamente a assistência aos doentes com tuberculose.

A pontuação máxima esperada na Categoria Gestão e Planejamento seria de 150 pontos, e observada 95 pontos (63,3%).

4.2.2. Categoria: Serviços de Referências e Insumos

A segunda categoria do Contexto Organizacional aborda serviços de referência e insumos. Avaliaram-se os critérios quanto ao fluxo de serviço de referência para realização da prova tuberculínica (PT), diagnóstico diferencial, análise dos mapas de tuberculostáticos, estratégias de abandono de tratamento e referência e contra-referência (Quadro 12).

Quadro 12 - Matriz de Análise e Julgamento

Dimensão: Contexto Organizacional

Categoria: Serviço de referência e insumos			SMS	
CrITÉRIOS	Pont Máx Esp	Ponto de corte	Pont obs	Prop (%)
Existe fluxo pré-definido para os doentes realizarem prova tuberculínica	10	Sim =10 Não =0	10	100,0
Análise dos mapas de medicamentos tuberculostáticos das unidades	10	Sim = 10 Esporádico = 5 Não = 0	10	100,0
Distribuição de medicamentos tuberculostáticos para as unidades	10	Mapa mensal = 10 Ñ há fluxo definido = 0	10	100,0
Definição de estratégias para registro e atuação com os contatos dos doentes de tuberculose	10	Sim =10 Não =0	10	100,0
Definição de estratégias para doentes de tuberculose em abandono de tratamento	10	Sim =10 Não =0	10	100,0
Definição para referência e contra referência para doentes de tuberculose	10	Sim =10 Não =0	10	100,0
Total	60		60	100,0

Para a realização da prova tuberculínica (PT), o fluxo está pré definido pela equipe técnica do PCT. Os indivíduos são encaminhados para realizarem o exame nas policlínicas do município que, por algum motivo, não estão sendo feitos, havendo deficiência quanto à definição do horário e dia de realização do exame.

Destaca-se que a falta de organização e o funcionamento inadequado dos serviços podem representar uma barreira para o efetivo acesso dos doentes de tuberculose, na medida em que podem dificultar as vantagens obtidas com o diagnóstico precoce e repercutir na motivação do doente, afetando o tratamento e a cura (FIGUEIREDO, 2008).

A análise mensal dos mapas tuberculostáticos é realizada, apesar de haver irregularidades no envio desses mapas pelas unidades para a Coordenadoria de Atenção Básica. Tal situação gera prejuízos e atrasos na análise, consolidação e posterior distribuição dos medicamentos de reposição nas unidades.

As estratégias para os doentes em situação de abandono de tratamento estão definidas, bem como os procedimentos para busca ativa e visita domiciliar. Quanto aos contatos dos doentes de tuberculose, é definida estratégia pela equipe técnica juntamente com os profissionais das unidades para o registro oportuno e adequado e a forma de atuação para o exame dos contatos.

A referência e contra-referência, tem seu fluxo estabelecido pela Diretoria de Atenção Básica em conjunto com a Secundária e Terciária. Os encaminhamentos são feitos para as policlínicas, HUJM e, na maioria das situações, para o Setor de Pneumologia/TB do CERMAC (serviço de referência estadual específico para o atendimento dos doentes com TBMR, diagnóstico diferencial e para situações especiais).

A pontuação máxima esperada na Categoria Serviços de referência e Insumos seria de 60 pontos, e foi alcançada por serem cumpridos os critérios definidos.

4.2.3. Categoria: Vigilância Epidemiológica

Na categoria Vigilância Epidemiológica do Contexto Organizacional foram analisados os critérios: acompanhamento das informações no SINAN, fluxo de informações, ações de vigilância epidemiológica, tempo de notificação, de diagnóstico, de preenchimento e atualização dos livros de registro (Quadro 13).

Quadro 13 - Matriz de Julgamento

Dimensão: Contexto Organizacional

Categoria: Vigilância Epidemiológica			SMS	
Critérios	Pont Máx Esp	Ponto de corte	Pont obs	Prop (%)
Profissionais capacitados para realizarem o acompanhamento das informações no SINAN	10	Sim = 10 Não = 0 Parcialmente = 5	10	100,0
Frequência definida do fluxo de informações entre as unidades de saúde e a SMS	10	Sim = 10 Não = 0	10	100,0
São realizadas ações de vigilância epidemiológica	10	Sim = 10 Não = 0 Parcialmente = 5	10	100,0
Tempo de notificação após diagnóstico de tuberculose	10	Durante atend = 10 1x/semana = 5 Não sabe = 0	10	100,0
Tempo após notificação preenchida e envio à SMS	10	Até 1 semana = 10 15 dias = 5 Não sabe = 0	0	0,0
Momento do preenchimento do livro de registro de casos de tuberculose	10	Momento diagnóstico = 10 1x/semana = 5 15 dias = 2 Não sabe = 0	0	0,0
Periodicidade da atualização do livro de registro de casos de tuberculose	10	Qdo houver informação = 10 Semanal = 5 Quinzenal = 3 Não sabe = 1	1	10,0
Total	70		41	58,6

A Vigilância Epidemiológica, como definida pelo Ministério da Saúde, é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento sobre a saúde individual e coletiva para subsidiar a adoção de medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos. O óbito é o evento sentinela a ser evitado. O objetivo da vigilância é conhecer a magnitude da doença, sua distribuição, fatores de risco e tendência no tempo, dando subsídios para as ações de detecção, diagnóstico e tratamento dos agravos à saúde (MS, 2010).

Os dados gerados pelo SINAN não devem ser entendidos como provenientes de uma ação burocrática e sim devem ser apropriados pelos gestores e profissionais de saúde na rotina dos serviços e utilizados para monitoramento e avaliação das ações. A vigilância da tuberculose tem por objetivo o conhecimento dos casos da doença que ocorrem na população, permitindo a adoção de medidas que visam à interrupção da sua transmissão para indivíduos susceptíveis. A boa qualidade da informação é fundamental na avaliação do programa, pois permite conhecer a magnitude da transmissão da doença no país (BRAGA, 2007).

A manutenção periódica, atualização e avaliação da base de dados do SINAN são condições fundamentais para o acompanhamento da situação epidemiológica (morbimortalidade) dos casos de tuberculose e sua utilização efetiva possibilita a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência deste agravo na população (NOGUEIRA *et al*, 2009).

A Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica desenvolve ações específicas, tais como: recebimento, revisão, digitação e atualização das fichas de notificação, acompanhamento do banco de dados – SINAN, emissão do boletim de acompanhamento, execução da rotina de duplicidade, bem como, emissão periódica e análise de relatórios e envio de “lotes” (consolidado de dados periódicos) para o Escritório Regional de Saúde da Baixada Cuiabana.

A Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica conta com um número reduzido de digitadores, sendo apenas um, para realizar as atividades de informática, causando atraso na atualização e consolidação dos dados. Observou-se fragilidade de articulação e integração entre as Coordenadorias de Vigilância Epidemiológica e Atenção Básica, que estão situadas em espaço físicos muito distantes, com predomínio de comunicação via documento escrito, Comunicação Interna (CI). Poderiam ser utilizados meios de comunicação mais ágeis, como via digital ou telefônica. A comunicação escrita torna lenta a resolução de problemas que requerem urgência e agilidade na sua resolutividade como: correções das fichas de notificação quanto à inconsistência, atualização do banco de dados para acompanhamento, emissão de relatórios e assessoria técnica.

A unidade de saúde notifica semanalmente à Coordenadoria de Atenção Básica a existência do doente de tuberculose. A equipe técnica da Atenção Básica faz análise e crítica das fichas de notificação, repassando uma cópia para a Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica, que é responsável pela reavaliação do preenchimento, quanto à completude e consistência das informações. As fichas de notificação com campos em branco e/ou erros, são devolvidas para a equipe técnica da Atenção Básica para providências e correções.

A periodicidade da atualização do “Livro de Registro de casos de Tuberculose” é realizada quando do fechamento do diagnóstico da doença, com preenchimento da ficha de notificação durante o atendimento. Essa situação não foi observada com tanta regularidade nas unidades, devido à sobrecarga de atividades inerentes à rotina geral da própria unidade, com prejuízo às ações de vigilância.

A pontuação máxima esperada na Categoria Vigilância Epidemiológica seria de 70 pontos, e foram observados 41 pontos (58,6%).

A pontuação máxima esperada para esta dimensão seria de 280 pontos, obtendo, no entanto 196 pontos, 70,0% (Tabela 1) do esperado, considerando-se que o PCT está parcialmente implantado (PI) na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde.

Em síntese, no **Contexto Organizacional** da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, a equipe técnica apresentou tempo insuficiente para reconhecimento do conjunto de unidades de saúde do município. As atividades de planejamento, gestão e avaliação contam com pouca participação dos gerentes das unidades de saúde e a educação permanente foi deficiente. Os serviços de referência e insumos mostraram-se adequados. Na categoria Vigilância Epidemiológica, identificou-se integração insuficiente com a Coordenadoria de Atenção Básica, interferindo na disponibilidade do banco de dados da tuberculose com qualidade necessária à gestão do PCT.

Tabela 1- Síntese do Contexto Organizacional por categorias, pontuação máxima esperada e observada, proporção e classificação.

Dimensão	Categorias	Pont Máx Esp	Pont Obs	Proporção (%)	Classificação
Contexto Organizacional	Gestão e Planejamento	150	95	63,3	Parcialmente Implantado
	Serviços de referências e insumos	60	60	100,0	Implantado
	Vigilância Epidemiológica	70	41	58,6	Parcialmente Implantado
Sub total		280	196	70,0	Parcialmente Implantado

Foi realizada análise da participação/integração do Laboratório Central de Cuiabá e do Almoxarifado na assistência à saúde do doente de tuberculose, sem, no entanto, incluí-las nas matrizes de Análise e Julgamento. São os temas apresentados a seguir.

4.2.4. Laboratório Central de Cuiabá – LACEC

O Laboratório Central de Cuiabá (LACEC) é referência para as análises clínicas dos postos de coletas existentes nas unidades de saúde do município (SMS, 2010). Possui equipe capacitada e em quantidade suficiente para atender à demanda dos exames de baciloscopias de escarro. A oferta de exame baciloscópico é realizada em todas as unidades, havendo fluxo pré-estabelecido para envio e recebimento desse material, bem como, dos resultados dos exames de escarro. O laboratório funciona em período integral e possui impresso específico para solicitação do exame de baciloscopia de escarro.

Os profissionais do LACEC não têm informação sobre as condições da coleta do material de baciloscopia de escarro. O transporte das amostras de escarro acontece em carros ou motos em caixas térmicas de acordo com as normas do PNCT. A entrega dos resultados de baciloscopia de escarro é encaminhada às unidades, entre dois dias e uma semana. As dificuldades citadas pelos técnicos foram: a) recebimento dos pedidos de exames de baciloscopia de escarro incompletos e/ou ilegíveis, dificultando o retorno dos resultados para as unidades; b) inexistência de manutenção preventiva dos microscópios; c) falhas e demora na aquisição de insumos e manutenção de equipamentos.

Não existe articulação entre o Laboratório Central de Cuiabá e o laboratório estadual MT-Laboratório/ LACEN, que deveria ser a referência laboratorial do estado. O MT-Laboratório/LACEN não presta assessoria à equipe técnica do LACEC. O LACEC não participa do controle de qualidade com regularidade, devido à demora no recebimento dos relatórios específicos pelo LACEN.

Atualmente as culturas de escarro são realizadas apenas pelo MT-laboratório/LACEN, apesar de haver profissional já qualificado no município. Por questões alheias às técnicas do laboratório, não foi iniciada a realização da rotina do exame de cultura de escarro.

4.2.5. Almoxarifado

É de responsabilidade da equipe técnica do Programa de Controle da Tuberculose da Atenção Básica, consolidar os mapas mensais de medicamentos tuberculostáticos

encaminhados pelas unidades de saúde e repassá-los ao almoxarifado, para a distribuição dos medicamentos às unidades de saúde.

Os medicamentos do tratamento da tuberculose estavam acondicionados no almoxarifado municipal, em armários individuais fechados, em sala com ar condicionado. Técnicos farmacêuticos são responsáveis pelo recebimento dos medicamentos entregues pelo Escritório Regional de Saúde e pela distribuição dos tuberculostáticos para as unidades de saúde. Os medicamentos são entregues às unidades, uma vez por mês, entre os dias cinco e dez de cada mês, seguindo fluxo pré-definido. As unidades prisionais, Hospital e Pronto Socorro Municipal (HPSMC) e Hospital Universitário Julio Muller (HUJM) providenciam o transporte para a busca dos medicamentos no almoxarifado.

Em síntese, a participação do laboratório municipal em relação às ações de diagnóstico e de acompanhamento laboratorial são imprescindíveis para o contexto organizacional, apesar de haver necessidade de agilidade quanto as baciloscopias de escarro com resultados positivos para início mais precoce do tratamento do doente. Quanto ao almoxarifado é realizado com regularidade o acompanhamento e dispensação dos medicamentos tuberculostáticos, ocorrendo esporadicamente atrasos dos mapas provenientes das unidades de saúde.

4.3. Contexto Externo das regionais de saúde norte e sul de Cuiabá

A regional norte possui 134.888 habitantes, distribuída em 41 bairros. Possui 16 unidades de saúde, sendo três centros de saúde, 13 unidades de saúde da família. A cobertura populacional das equipes de saúde da família é de 39,0%. A regional sul possui 121.124 habitantes, distribuída em 68 bairros e 25 unidades de saúde, sendo quatro centros de saúde, 21 unidade de saúde da família, com cobertura populacional de 36,8%.

A renda média mensal por pessoa foi de 4,67 e 4,23 salários mínimos, nas regionais norte e sul, respectivamente, ambas classificadas como renda média. As regionais estão abaixo da renda média do município de 7,49 salários mínimos (IPDU, 2007). As condições socioeconômicas precárias refletem na menor aderência ao tratamento da tuberculose, segundo Mascarenhas (2005), aumentando a vulnerabilidade das populações de baixa renda à doença.

O número de residentes por casa foi de 3,75 e 3,54 pessoas nas regionais norte e sul, o que não difere muito da realidade do município, em média de 3,50 pessoas por casa. Em um estudo realizado em Pelotas, Menezes *et al* (1998) mostram que o número de pessoas por residência tem uma relação direta com a tuberculose. O risco de desenvolver a doença é

considerado cerca de três vezes maior, em domicílios com quatro ou mais pessoas quando comparado aos domicílios com duas ou menos pessoas.

Em relação à escolaridade, observou-se que na regional norte 25,88% e na regional sul 29,14% encontravam-se sem instrução e ou com menos de quatro anos de estudo. Com escolaridade entre quatro e sete anos de estudo estavam 29,38% e 34,21% nas regionais norte e sul, respectivamente, e a escolaridade do município foi de 27,38%. As regionais selecionadas apresentaram maior déficit de instrução no município (IPDU, 2007).

A pontuação máxima esperada no **Contexto Externo** seria de 20 pontos, e foram observados 13 pontos (65,0%) em ambas as regionais (Quadro 14), indicando a vulnerabilidade social dos residentes nessas áreas, podendo estar mais susceptíveis a contrair a doença.

Quadro 14 - Matriz de Análise e Julgamento

Dimensão: Contexto Externo

Município: Cuiabá / Regional:				Norte		Sul	
Cate goria	Crítérios	Pont Máx Esp	Ponto de corte	Pont Obs	Prop (%)	Pont Obs	Prop (%)
Vulnerabilidade	Renda por pessoa	10	Baixa < 2,91 sal mín= 2 Médio baixa 2,91 a 5,65 sal mín=4 Média 5,65 a 11,65 sal mín = 6 Médio alta 11,65 a 21,94 sal mín=8 Alta acima de 21,94 sal mín=10	4	40,0	4	40,0
	Residentes por casa	5	Até 4 pessoas =5 Acima de 4 pessoas =0	5	100,0	5	100,0
	Grau de escolaridade	5	Ensino > 8 anos = 5 1 a 8 anos = 4 Analfabeto = 2	4	80,0	4	80,0
Total		20		13	65,0	13	65,0

4.4. Contexto de Implantação do Programa de Controle da Tuberculose

No contexto de implantação analisou-se o componente atenção à saúde. Nas unidades de saúde foram observadas as condições de infraestrutura e funcionamento, sem, no entanto pontuá-las. Foram analisadas as seguintes categorias: prevenção à tuberculose, diagnóstico quanto à oferta de exames e assistência, quanto às ações de vigilância, tratamento diretamente observado (TDO) e análise dos prontuários.

4.4.1. – Unidades de saúde das regionais norte e sul

4.4.1.1. – Estrutura física e funcionamento das US das regionais norte e sul.

Estrutura física

A estrutura física analisada incluiu recepção, sala de espera, consultórios e farmácia nas unidades de saúde das regionais selecionadas.

O centro de saúde da regional norte possui três consultórios médicos (ginecologia, clínica geral e pediatria) e salas de pré consulta, de vacina, de aerosol e de curativo, farmácia, posto de coleta laboratorial, banheiro para funcionários e banheiros para usuários (feminino e masculino). Há sala de gerência e espaço para serviços de apoio, copa e depósito de limpeza.

As salas de espera e consultórios foram muito semelhantes nos centros de saúde das regionais norte e sul. São espaços mal ventilados com pouca circulação de ar, possuem ventilador de teto, televisão, quadro mural para informes em geral, caixa de sugestões e/ou reclamações. Os consultórios encontravam-se mal iluminados e com falta de lâmpadas.

Na regional sul, o centro de saúde possui dois consultórios médicos (ginecologia e pediatria), salas dos programas de tuberculose e hanseníase, de aerosol, de vacina, de curativo, farmácia, posto de coleta laboratorial, banheiro para funcionários e para usuários (feminino e masculino). Existe consultório de enfermagem e sala de gerência que, às vezes, funciona como consultório médico por falta de espaço físico. Há espaço para serviços de apoio, copa, depósito de limpeza. Os impressos de pedidos de exames e de receituários necessários ao atendimento dos doentes de tuberculose, não são enviados pelo almoxarifado regularmente à unidade, havendo a falta dos mesmos.

O prédio ocupado pelas equipes de saúde da família em Cuiabá é comum às duas equipes que possuem dois consultórios médicos cada uma, sala de vacina, consultório de enfermagem, sala de aerosol, banheiro para usuários e funcionários (feminino e masculino). Os consultórios possuem equipamentos básicos e materiais específicos necessários para o atendimento dos doentes de tuberculose. São duas recepções que possuem bancos e/ou cadeiras, nem sempre suficientes para os usuários das unidades, não há espaço para educação em saúde. O espaço físico é parcialmente adequado com deficiência de iluminação, ventilação e acomodações, o que gera aglomeração e prejudica o atendimento. A recepção, a sala de vacina e a farmácia são comuns às duas equipes.

Funcionamento

Nos centros de saúde o horário de funcionamento é das 7:00h às 17:00h em ambas regionais. Na regional norte, os usuários são recebidos na recepção e o agendamento é feito diariamente para atendimento no dia seguinte. Na regional sul, o agendamento é semanal. Em situações de urgência, o doente é atendido e/ou encaminhado para policlínica.

O atendimento de pré-consulta é comum aos programas de hanseníase e tuberculose nas unidades da regional norte, e é realizado pelo mesmo profissional.

Os gerentes dos centros de saúde informaram que o suporte técnico prestado pela equipe técnica do PCT, é parcial, devido a questões alheias à equipe, tais como: deficiência de transporte e de material educativo.

No Programa de Saúde da Família o horário de funcionamento nas regionais é no período das 7:00h às 11:00h, tendo intervalo para almoço reabrindo das 13:00h às 17:00h.

Todas as unidades da atenção básica contam com equipes compostas por médicos, enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, e agentes comunitários de saúde. As equipes são insuficientes para a cobertura populacional das respectivas regionais.

4.4.2. Categoria: Prevenção

O termo “prevenir” tem o significado de “preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize” (FERREIRA, 1986 p 653). As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Para tanto, essas ações se baseiam no conhecimento epidemiológico de doenças e de outros agravos específicos (CZERESNIA, 2003). “A prevenção orienta as ações de detecção e de controle, visando o enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades” (BUSS, 2003).

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde (COSTA & LOPEZ, 1996). De acordo com o Ministério da Saúde, os indivíduos suspeitos de tuberculose precisam ser localizados, atendidos, vinculados à atenção básica, a principal porta de entrada do SUS (MS, 2010).

Na categoria prevenção à tuberculose foram analisados os seguintes critérios: realização de busca ativa e visita domiciliar, educação em saúde, prova tuberculínica (PT), exame de contato e recebimento de material educativo (Quadro 15).

Quadro 15 - Matriz de análise e julgamento

Dimensão Contexto de Implantação

Categoria: Prevenção			Norte		Sul	
Critérios	Pont Máx Esp	Ponto de corte	Pont obs	Prop (%)	Pont obs	Prop (%)
Realização periódica da busca ativa de casos	5	Sim =5 Não =0	0	0,0	0	0,0
Educação em saúde	10	Realiza = 10 Realiza parcial=5 Não realiza = 0	0	0,0	0	0,0
Realização de visitas domiciliares	5	Sim =5 Não =0	5	100,0	5	100,0
Realização de prova tuberculínica – PT	10	Realiza = 10 Realiza parcial (encaminha) = 5 Não realiza = 0	5	50,0	5	50,0
Realização e registro de exame de contato	5	Sim =5 Não =0	5	100,0	5	100,0
Recebimento de material educativo	10	Sim = 10 Esporádico = 5 Não = 0	5	50,0	5	50,0
Total	45		20	44,4	20	44,4

4.4.2.1. Prevenção aos doentes de tuberculose nas US das regionais norte e sul

Nos centros de saúde de ambas regionais, a busca de indivíduos suspeitos de tuberculose não acontece como atividade de rotina. É uma ação realizada partindo de algumas demandas específicas como: doentes já diagnosticados, por solicitações da comunidade ou quando, nas visitas domiciliares, são identificadas situações especiais. Na busca ativa é importante a identificação das pessoas que se encontram com sintomas respiratórios (SR), por meio do questionamento ativo sobre a presença de tosse há pelo menos três semanas. O mesmo deve ser feito pelos profissionais nas consultas e pré-consultas de rotina. Busca ativa é importante para interromper a cadeia de transmissão da tuberculose, fundamental para a descoberta precoce dos doentes bacilíferos e redução da incidência da doença a longo prazo. É uma atividade multiprofissional com o objetivo de diagnosticar precocemente a tuberculose (MS, 2010).

Nos centros de saúde, há um agendamento para realização de visitas domiciliares aos doentes de tuberculose, quando faltosos ou em abandono de tratamento. As visitas

domiciliares são realizadas principalmente pelos agentes comunitários de saúde. Reforça-se que a realização de visitas domiciliares, segundo Vendramini *et al* (2002), “é fundamental para o conhecimento do contexto social do doente e familiares, como também propicia vínculos entre eles”.

Nos PSF's as atividades de prevenção, tais como busca ativa, visita domiciliar são realizadas, rotineiramente, seguindo um cronograma definido pelas equipes e são feitas, principalmente pelos agentes comunitários de saúde. Figueiredo,(2008) “considera que o doente de tuberculose apresenta-se vulnerável física, emocional e socialmente devido a sua situação social, que na maioria das vezes, é desfavorável”. Para o autor é necessário conhecer o contexto no qual esse doente está inserido a fim de que a equipe de saúde realize uma abordagem especial para cada caso, minimizando, assim entraves no processo de atenção à tuberculose.

Identificou-se deficiência tanto, no registro quanto na realização do exame dos contatos de tuberculose, nas regionais. Importante se faz reforçar que contato é toda pessoa que convive no mesmo ambiente com o caso índice no momento do diagnóstico de tuberculose (MS, 2010). Os profissionais das unidades de saúde informaram que realizam e registram os exames dos contatos, situação não identificada na avaliação dos prontuários nem dos Livros de Registros de Casos de Tuberculose. Situação diferente foi observada na regional sul.

Quanto à prova tuberculínica (PT), os doentes devem ser encaminhados para realizarem o teste na policlínica, conforme pré-definido, entre o PCT e as Coordenadorias de Atenção Básica e Atenção Secundária. No entanto, há deficiência no atendimento nas policlínicas, levando os usuários a buscarem atendimento em outra policlínica, como informa um usuário “doentes ficam andando atrás de qual unidade, ele pode fazer o seu exame” (doente de tuberculose Regional Sul).

Em todas as unidades, a educação em saúde não é desenvolvida como atividade de grupos, sendo realizadas pontualmente durante as consultas individuais. Para Figueiredo (2008), o controle da tuberculose não depende somente da existência e da gratuidade do tratamento medicamentoso, mas também de ações de educação, promoção e estabelecimento de vínculo com os serviços de saúde que contribuam para a melhoria do acesso e da adesão ao tratamento. Nas consultas são repassadas as informações sobre a doença e o tratamento da tuberculose. Os profissionais recebem esporadicamente alguns materiais educativos sobre a doença e em datas alusivas à tuberculose.

A pontuação máxima a ser alcançada no **Contexto de Implantação** na **Categoria Prevenção** seria de 45 pontos, sendo observados 20 pontos (44,4%). As duas regionais foram classificadas como Incipiente (IN) por serem precárias as ações preventivas que permitam aos indivíduos e comunidade adquirirem maior conhecimento sobre a doença.

4.4.3. Categoria: Diagnóstico

Diagnosticar um doente de tuberculose, é tratá-lo corretamente, curando-o, e reduzindo a fonte de infecção, possibilitando a quebra da cadeia de transmissão da tuberculose e consequentemente diminuindo a doença na comunidade (CAMPOS, 2006).

A categoria de diagnóstico foi analisada sob o ponto de vista da oferta dos exames sob os seguintes critérios: orientação e realização de baciloscopia de escarro para diagnóstico e controle, horário de recebimento das amostras, tempo para devolução do resultado do exame e oferta do teste de HIV (Quadro 16).

Quadro 16 - Matriz de análise e julgamento

Dimensão Contexto de Implantação

Categoria: Diagnóstico				Norte		Sul	
	Crítérios	Pont Máx Esp	Ponto de corte	Pont obs	Prop (%)	Pont obs	Prop (%)
Oferta	Sintomáticos respiratórios são submetidos à baciloscopia de escarro	5	Sim =5 Não =0	5	100,0	5	100,0
	Orientação sobre coleta do escarro para baciloscopia	10	Na US em local específico=10 Em casa= 5 Na US em qualquer local = 1	10	100,0	5	50,0
	Horário de recebimento da amostra de escarro	10	Integral (8 às 11h / 13 às 17h) =10 Manhã (8 às 11h) = 8 Até as 9h = 4 Agendamento = 0	10	100,0	8	80,0
	Oferta de exame baciloscópico para diagnóstico	10	2 ou mais amostras = 10 1 amostra = 5 Não realiza = 0	10	100,0	10	100,0
	Oferta de exame baciloscópico para acompanhamento	10	Mensal (6 amostras)= 10 4 amostras = 8 2º, 4º e 6º mês = 6 2 amostras = 4 ou nenhuma amostra= 0	0	0,0	6	60,0

	Crítérios	Pont Máx Esp	Ponto de corte	Pont obs	Prop (%)	Pont obs	Prop (%)
Oferta	Oferta de teste HIV	5	Sim =5 Não =0	5	100,0	5	100,0
	Existe impresso específico para solicitação de baciloscopia de escarro	5	Sim =5 Não =0	5	100,0	5	100,0
	Transporte das amostras de escarro das unidades ao laboratório	10	Diário = 10 3x/semana = 8 2x/semana = 6 1x/semana = 2	8	80,0	10	100,0
	Recebimento dos resultados de baciloscopia de escarro nas unidades	10	Diário = 1 Semanal = 5 Quinzenal = 0	5	50,0	5	50,0
	Tempo de demora para recebimento de resultado de baciloscopia de escarro pelas unidades	10	Até 48h = 10 Semanal = 5 Quinzenal = 3 Ñ sabe = 0	5	50,0	5	50,0
	Realiza Rx tórax	5	Sim =5 Não =0	5	100,0	5	100,0
	Total	90		73	81,1	74	82,2

4.4.3.1. – Oferta de diagnóstico aos doentes de tuberculose nas unidades de saúde das regionais norte e sul

Nas regionais as pessoas com sintomas respiratórios são submetidas ao exame de baciloscopia de escarro, sendo solicitadas duas amostras de escarro conforme preconizado pelo PNCT, embora houvesse deficiência no registro e atualização das informações nos Livros de Sintomáticos Respiratórios sobre as pessoas com sintomas respiratórios. Em relação ao diagnóstico da tuberculose, o PNCT orienta que a primeira amostra do exame baciloscópico de escarro deve ser solicitada de imediato, a segunda amostra colhida no dia subsequente, e uma amostra mensal durante o tratamento (MS, 2010).

Os usuários com sintomas respiratórios são orientados a coletar a amostra de escarro para diagnóstico nas unidades de saúde em período integral. A entrega pelo doente do material da baciloscopia de escarro nas regionais é, preferencialmente, realizada no período da manhã.

A solicitação de exames da baciloscopia de escarro para controle de tratamento deve ser mensal durante os seis meses de tratamento. Nas unidades da regional norte este acompanhamento basicamente não era realizado. Na regional sul as unidades de saúde

efetuem o controle em meses alternados (2º, 4º e 6º mês de tratamento). Os impressos específicos para solicitação de baciloscopia de escarro são utilizados. O Rx de tórax foi realizado em todos os doentes de tuberculose.

As amostras coletadas são encaminhadas ao laboratório três vezes por semana na regional norte, enquanto na regional sul, diariamente. O laboratório entrega semanalmente os resultados das baciloscopias de escarro, mesmo quando o resultado é positivo, o que não favorece o tratamento precoce.

O teste de HIV é oferecido a todos os doentes de tuberculose, embora alguns resultados não constassem nos Livros de Registros de Casos de Tuberculose, comprometendo o acompanhamento e atualização das informações sobre o tratamento.

A pontuação máxima a ser alcançada no **Contexto de Implantação** na **Categoria Diagnóstico** seria de 90 pontos, e foram observados 73 pontos na regional norte (81,1%) e 74 pontos na regional sul (82,2%), classificadas como Implantada (I).

4.4.4. Categoria: Assistência

A assistência ao doente de tuberculose no seu sentido amplo, é toda atividade que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações de promoção, proteção, reabilitação e tratamento (MS, 2010).

Na categoria assistência, foram analisadas as ações do PCT nas unidades de saúde das regionais e os seguintes critérios: tempo entre agendamento e consulta de rotina, duração da consulta, disponibilidade de medicamentos tuberculostáticos, profissionais capacitados, ações de vigilância epidemiológica, oferta e acompanhamento do tratamento diretamente observado (TDO) e análise dos prontuários (Quadro 17).

Quadro 17 - Matriz de análise e julgamento

Dimensão Contexto de Implantação

Categoria: Assistência				Norte		Sul	
	Critérios	Pont Máx Esp	Ponto de corte	Pont obs	Prop (%)	Pont obs	Prop (%)
Vigilância	Tempo entre agendamento e a 1ª consulta	10	Até 1 semana = 10 2 semanas = 5 > 1 mês = 1	10	100,0	10	100,0
	Informação sobre o diagnóstico e tratamento ao doente de tuberculose	10	Durante consulta do prof médico ou enfermeiro = 10 Durante atendimento outro prof = 5 Não sabe = 0	10	100,0	10	100,0
	Disponibilidade de medicamentos	5	Regular = 5 Irregular = 0	5	100,0	5	100,0
	Medicamentos são separados por doente	5	Sim =5 Não =0	0	0,0	0	0,0
	Profissionais capacitados para atender doente de tuberculose	5	Sim =5 Não =0	5	100,0	5	100,0
	Tempo de espera do doente de tuberculose para ser atendido no dia da consulta	10	Menos de 30 min = 10 1 a 2 horas = 5 Acima de 2 horas = 0	10	100,0	10	100,0
	Duração da consulta	10	Acima de 30 min =10 20 min =5 10 min =1	10	100,0	10	100,0
	Tempo da consulta é suficiente para esclarecimento de dúvidas sobre a doença	10	Suficiente = 10 Parcialmente suficiente =5 Insuficiente = 0	5	50,0	10	100,0
	Atendimento do doente de tuberculose ocorre pelo mesmo profissional	10	Sim = 10 Algumas vezes= 5 Não = 0	10	100,0	10	100,0
	Realiza ações de controle da tuberculose	10	Sim = 10 Esporádico= 5 Não = 0	10	100,0	10	100,0
	Conhecem o protocolo de normas da tuberculose	5	Sim =5 Não =0	5	100,0	5	100,0
	Utilizam as normas do PNCT	5	Utiliza = 5 Utiliza parcialmente=3 Não utiliza = 0	5	100,0	5	100,0

	CrITÉrios	Pont Máx Esp	Ponto de corte	Pont obs	Prop (%)	Pont obs	Prop (%)
Vigilância	Realiza busca dos doentes de tuberculose em abandono de tratamento	5	Sim =5 Não =0	5	100,0	5	100,0
	Preenchimento do livro de sintomático respiratório	10	Adequado = 10 Parcialmente = 5 Inadequado = 0	5	50,0	5	50,0
	Preenchimento do boletim de acompanhamento	10	Adequado = 10 Parcialmente = 5 Inadequado = 0	5	50,0	5	50,0
	Preenchimento dos livros de registros de casos de tuberculose	10	Adequado = 10 Parcialmente = 5 Inadequado = 0	5	50,0	5	50,0
TDO	Oferece tratamento diretamente observado/TDO aos doentes novos	5	Sim =5 Não =0	5	100,0	5	100,0
	Como é o acompanhamento de TDO	10	Diário = 10 Semanal = 6 Quinzenal = 2 Mensal = 0	6	60,0	8	80,0
Prontuários	Conservação e arquivo	5	Adequado = 5 Parcialmente = 3 Inadequado = 0	5	100,0	3	50,0
	Registro	10	Adequado = 10 Parcialmente = 5 Inadequado = 0	5	50,0	10	100,0
	Constam os anexos específicos ao tratamento de tuberculose	5	Sim =5 Não =0	0	0,0	5	100,0
	Consultas médicas registradas	10	Até 3 consultas = 2 4 a 5 consultas = 5 > 6 consultas = 10	5	50,0	10	100,0
	Consultas de enfermagem registradas	10	Até 3 consultas = 2 4 a 5 consultas = 5 > 6 consultas = 10	5	50,0	10	100,0
	Total	195		136	69,7	161	82,5

4.4.4.1. – Ações de assistência aos doentes de tuberculose nas unidades de saúde das regionais norte e sul

Nos centros de saúde das regionais selecionadas o tempo entre o agendamento e a primeira consulta foi de no máximo uma semana, enquanto que as consultas de rotina são pré agendadas mensalmente. O diagnóstico é informado ao doente de tuberculose pelo técnico de enfermagem e/ou durante a consulta do enfermeiro. É de responsabilidade destes profissionais iniciarem o tratamento de tuberculose.

Na observação da consulta, identificou-se interesse dos profissionais (técnico de enfermagem e enfermeiro) em perguntar sobre queixas, contatos e acompanhamento do tratamento. Foi realizado exame físico e avaliado resultado de exames. O atendimento do técnico de enfermagem está mais focado na dispensação de medicamentos.

O tempo de duração da consulta de rotina nos PSF's em ambas regionais é superior a 30 minutos. No CS da regional norte o tempo de duração da consulta, é de dez minutos. Os profissionais (enfermeiros e técnicos de enfermagem) da regional norte, referem que o tempo é insuficiente para os esclarecimentos de dúvidas sobre a doença, pois são muitas as informações a serem repassadas sobre acompanhamento e tratamento.

As consultas médicas não integram a rotina no tratamento do doente de tuberculose. O doente é encaminhado ao médico quando necessário. No centro de saúde da regional sul, a consulta médica observada foi rápida, sem exame físico e sem questionamento sobre queixas e sobre o acompanhamento do tratamento, o doente foi questionado apenas sobre o motivo do seu encaminhamento. O atendimento médico, no CS da regional norte, difere pela qualidade da atenção dada ao doente, (exame físico e registros), inclusive registrando a satisfação dos usuários sobre a consulta recebida.

O acompanhamento em serviço é dado pela equipe técnica quando os profissionais são lotados nas unidades de saúde, o que vem ocorrendo com certa dificuldade devido a alta rotatividade de profissionais e os contratos temporários. A educação permanente em tuberculose ocorre anualmente, e as equipes são convidadas a participar. Há dificuldades das equipes de saúde das unidades em se responsabilizarem pelo PCT, permanecendo, quase que exclusivamente os enfermeiros dos PSF's e os técnicos de enfermagem dos centros de saúde respondendo pelo programa. São eles também que realizam os atendimentos de rotina, sendo encaminhados para consulta médica quando necessário. O tempo de espera para o atendimento no dia da consulta, em ambas as regionais, é inferior a 30 minutos.

Quanto aos doentes em abandono de tratamento de tuberculose, é realizada busca ativa em ambas as regionais, principalmente pelos agentes comunitários de saúde. Define-se por abandono todo doente de tuberculose sem medicamento tuberculostático por mais de 30 dias (MS, 2010). Há dificuldade para o retorno de alguns doentes em pós abandono. Entre os motivos citados está a falta de visita domiciliar pela baixa cobertura de agentes comunitários de saúde, principalmente em áreas dos centros de saúde. Nestes casos, pode vir a ocorrer uma tuberculose multirresistente.

Os profissionais das unidades de saúde das regionais relatam conhecer e se utilizar das normas e dos manuais da tuberculose, embora algumas ações sejam realizadas com deficiência, como por exemplo, o preenchimento dos Livros de Registro de Casos e de Sintomáticos Respiratórios e o acompanhamento do TDO.

O preenchimento do Livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios, do Livro de Registro de Casos e de acompanhamento de tratamento de Tuberculose e Boletim de Acompanhamento dos doentes foi considerado parcialmente adequado nas unidades das regionais. O preenchimento dos livros difere das recomendações definidas pelo PNCT. Observou-se falha na informação sobre as baciloscopias de escarro de acompanhamento, e de exame dos contatos. O Livro de Sintomático Respiratório é de uso apenas do profissional enfermeiro e/ou técnico de enfermagem, o que dificulta os demais profissionais da equipe em registrar e/ou manter atualizadas as informações pertinentes nas unidades de saúde estudadas. Os profissionais não sabem informar, quando ocorre o envio das fichas de notificação preenchidas, à Coordenadoria de Atenção Básica.

Na análise dos prontuários evidenciaram-se diferenças entre os prontuários dos centros de saúde e os prontuários das unidades de saúde da família, sendo estes últimos melhores preenchidos. Na identificação dos prontuários havia o nome completo, nome da mãe, data, endereço com referência e escrita legível, sendo que tais informações estavam completas nas unidades de saúde da família e incompletas nos centros de saúde. Apresentaram maior completitude no preenchimento das informações às unidades de saúde da família e entre elas a da regional sul mostrou maior índice de adequação. Os melhores preenchimentos dos prontuários foram relativos às atividades de solicitação de exames e observação de sinais vitais, em todas as unidades. Nos centros de saúde foi deficiente o preenchimento das atividades de tratamento, de descrição da evolução da doença e de registro dos contatos. Em todas as unidades, a atividade de anamnese foi mal preenchida, seguida pela anexação de impressos específicos ao programa, tais como ficha de notificação, ficha de encaminhamento

e/ou transferência, cartão e registro do TDO, resultados de exames de baciloscopia de escarro e HIV (Tabela 2).

Na regional norte a conservação dos prontuários, nas unidades de saúde estava adequada, enquanto no centro de saúde da regional sul estava em pastas e/ou envelopes rasgados e com rasuras.

Em relação aos registros de consultas nos prontuários, constavam um total de quatro consultas (médicas + enfermagem) nos prontuários do PSF da regional norte e acima de seis consultas (médicas + enfermagem) nos prontuários da regional sul. É preconizado pelo PNCT que seja feito um acompanhamento mensal por seis meses de tratamento do doente de tuberculose MS, 2010.

Tabela 2 – Análise dos prontuários por tipo de unidade e regional

	Regional			
	Norte		Sul	
	CS	PSF	CS	PSF
Identificação	60,0	90,0	70,0	100,0
Anamnese	18,3	20,0	9,0	26,3
Solicitação de exames	87,5	95,0	100,0	100,0
Sinais vitais	100,0	100,0	100,0	100,0
Evolução da doença/ Tratamento	35,0	95,0	52,0	93,8
Alta terapêutica	42,5	90,0	67,0	75,0
Contatos	33,3	70,0	55,0	93,8
Registro de consultas e/ou atendimentos	60,8	100,0	75,0	100,0
Anexos(ficha de notificação, encaminhamentos e/ou transferência, cartão TDO, resultado de exames baciloscopia e HIV)	28,3	26,0	10,0	93,8

Os medicamentos para tratamento do doente de tuberculose são dispensados e controlados pelo profissional responsável pelo PCT na unidade. Nos centros de saúde de ambas as regionais e no PSF da regional norte, os medicamentos ficam guardados em armários de vidro e/ou de aço geralmente na sala específica de atendimento do doente de tuberculose. Nas unidades de Saúde da Família da regional sul, os medicamentos tuberculostáticos estão disponíveis nas unidades e ficam acondicionados em caixas plásticas no armário da sala específica de atendimento.

Os registros referentes aos medicamentos nas unidades de saúde foram considerados adequados, visto que são controlados mensalmente pela equipe técnica da SMS através de mapas de tuberculostáticos. Os medicamentos recebidos mensalmente não estavam separados por doentes, mas eram suficientes em quantidade para atendê-los. A disponibilidade de medicamentos nas unidades de saúde de ambas as regionais foi adequada, sendo insuficiente

apenas no período de transição do tratamento do esquema básico para o de dose fixa combinada (DFC).

O tratamento diretamente observado é oferecido a todos os doentes novos com tuberculose e em todas as unidades, segundo a informação da equipe técnica do PCT. O TDO se constitui numa mudança na forma de administrar os medicamentos, sem alteração no esquema terapêutico; visa o fortalecimento da adesão do doente ao tratamento, além da prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos (MS, 2010). Observou-se que o acompanhamento do TDO é semanal, e não diário, demonstrando que a estratégia não vem sendo aplicada como preconizada pelo PNCT. Do ponto de vista dos doentes, encontrou-se resistência de alguns, em comparecer diariamente à unidade para a ingesta do medicamento. Ou ainda, reagem porque, aos olhos do serviço, se sentem incapazes de assumir a sua própria medicação. Outros alegaram dificuldades em comparecer sistematicamente à unidade para a dose supervisionada devido a choques de horários entre a disponibilidade da unidade e a exigência de cumprimento de horário pelo trabalhador/doente. O centro de saúde da regional sul adotou a estratégia de “padrinho do tratamento” para que o acompanhamento fosse observado diariamente. Supomos que o TDO provavelmente restrinja a autonomia do doente em se responsabilizar pelo seu próprio tratamento.

Na Tabela 3, apresentam-se divergências de informações entre os Livros de Registros dos doentes de Tuberculose que constam nas unidades de saúde, na Coordenação da Atenção Básica da SMS e no SINAN da Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica. Essas divergências também aconteceram no estudo de casos da Amazônia Legal (Natal *et al* 2000) que também demonstrou existir discordância das informações de morbimortalidade e de resultados de tratamento entre o livro de registro, o SINAN e o SIM municipal e estadual. Observou-se registro deficiente neste sistema de informação, com maior comprometimento das informações do SINAN. As informações atualizadas no SINAN permitem o conhecimento real da situação da doença no município e dão suporte às ações gerenciais.

Tabela 3- Número de casos novos registrados por regional, tipo de fonte e unidade.

Regional	Tipo de unidade	Livro de registro de casos de tuberculose - Unidade de saúde	Livro de registro de casos de tuberculose – Coordenação da Atenção básica da SMS	SINAN
Norte	CS	10	10	9
	PSF	12	11	2
Sul	CS	8	8	10
	PSF	9	9	10

Fonte: Livros de registros de casos das unidades de saúde e SMS, SINAN (Junho/2011).

A pontuação máxima do **Contexto de Implantação** na **Categoria Assistência** seria de 195 pontos, mas foi observado na regional norte 136 pontos (69,7%) e na regional sul, 161 pontos (82,5%). A categoria da regional norte foi Parcialmente Implantada (PI), enquanto que a da regional sul foi Implantada (I).

Em síntese (Tabela 4), no **Contexto de Implantação**, as ações de prevenção são deficientes em ambas as regionais, sendo realizadas ações educativas apenas individualmente durante as consultas. Existe acesso laboratorial para realização dos exames de diagnóstico, embora não aconteça o acompanhamento mensal das baciloscopias de controle. Na categoria assistência, o acompanhamento do TDO é feito semanalmente, utilizando-se a estratégia de “padrinho do tratamento” no CS da regional sul. As dificuldades para o retorno de doentes em abandono de tratamento foram atribuídas à realização de visitas domiciliares devido à baixa cobertura de ACS. Há falha no registro e atualização dos Livros de Registros de Casos e de Sintomáticos Respiratórios. As consultas médicas não são incluídas na rotina do cuidado do doente, sendo feito o acompanhamento dos doentes pelo técnico de enfermagem nos centros de saúde e pelo enfermeiro no PSF. Existem diferenças entre os prontuários dos centros de saúde e os PSF's, sendo os últimos melhores preenchidos com dados adequados na maioria dos indicadores observados, sendo indicativo provável de melhor qualidade da atenção. Há disponibilidade de medicamentos nas unidades de saúde de ambas as regionais.

Tabela 4 - Síntese do grau de implantação do Contexto de Implantação por categoria e regional

Contexto	Categorias	Regional de saúde			
		Norte		Sul	
		%	Classificação	%	Classificação
Implantação	Prevenção	44,4	Incipiente	44,4	Incipiente
	Diagnóstico	81,1	Implantado	82,2	Implantado
	Assistência	69,7	Parcialmente Implantado	82,5	Implantado

4.5. Contexto de Efeito da Implantação do Programa de Controle da Tuberculose

No Contexto de Efeito da Implantação do PCT foi analisada a qualidade da atenção sob a ótica do usuário e os dados epidemiológicos relativos ao resultado do tratamento.

4.5.1. Categoria: Qualidade da Atenção

Na categoria da qualidade da atenção, foram analisadas as dimensões de atenção oferecidas pelos serviços de saúde sob a percepção do doente de tuberculose nos seguintes aspectos: a) acesso ao atendimento, b) prevenção: exame dos contatos de tuberculose, c) diagnóstico: baciloscopia de escarro para diagnóstico e controle e oferta de teste HIV, d) assistência, agendamento e consulta médica e do enfermeiro, oferta do tratamento diretamente observado (Quadro 18).

Quadro 18 - Matriz de análise e julgamento
Dimensão Contexto de Efeito

Categoria: Qualidade da atenção				Norte		Sul	
	Crítérios	Pont Máx Esp	Ponto de corte	Pont obs	Prop (%)	Pont obs	Prop (%)
Acesso	Consegue atendimento na unidade de saúde	10	Sim = 10 Parcialmente = 5 Não e/ou não consultou = 0	10	100,0	5	50,0
	Período de atendimento na unidade de saúde	10	7:00 às 17:00h = 10 7:00 às 11:00h / 13 às 17h = 5 Não sabe = 0	5	50,0	5	50,0
	A recepção responde às necessidades dos doentes de tuberculose	10	Sim = 10 Parcialmente = 5 Não = 0	5	50,0	5	50,0
	Tempo que utiliza a unidade de saúde	10	Sempre usou = 10 Há 6 meses = 5 Há 1 mês = 1 Nunca usou = 0	5	50,0	10	100,0
	Mudaria para outra unidade de saúde	5	Sim = 0 Não = 5	5	100,0	0	0,0
	Tempo percorrido para chegar à unidade de saúde	10	Até 15 min = 10 30 min = 5 >1 hora = 1	5	50,0	10	100,0
	Perde dia de trabalho para vir à unidade de saúde	5	Sim = 0 Não = 5	5	100,0	0	0,0
	Integração com outras unidades de saúde	5	Sim = 5 Não = 0	5	100,0	0	0,0

Categoria: Qualidade da atenção				Norte		Sul	
	Crítérios	Pont Máx Esp	Ponto de corte	Pont obs	Prop (%)	Pont obs	Prop (%)
Acesso	Distância entre a residência do doente e a unidade é fator limitante	5	Sim =0 Não =5	5	100,0	5	100,0
	Sub total	70		50	71,4	40	57,1
Prevenção	Contatos são convocados para exame	5	Sim =0 Não =5	5	100,0	5	100,0
	Contatos são examinados	5	Sim =0 Não =5	0	0,0	5	100,0
	Recebeu visita domiciliar	5	Sim =0 Não =5	0	0,0	5	100,0
Sub total		15		5	33,3	15	100,0
Diagnóstico	Quanto tempo após início dos sintomas soube do diagnóstico	10	< 1 mês = 10 Entre 1 a 2 meses = 8 3 a 4 meses =4 > 4 meses =2	10	100,0	10	100,0
	Oferecido teste HIV	5	Sim =5 Não =0	5	100,0	5	100,0
	Fez exame de escarro para diagnóstico	5	Sim =5 Não =0	5	100,0	5	100,0
	Quantas amostras de escarro para diagnóstico	10	2 amostras= 10 1 amostra = 5 Nenhuma amostra =0	10	100,0	10	100,0
	Onde colheu as amostras de escarro para diagnóstico	5	Lugar atende orientações = 5 Lugar sem atender orientações = 0	0	0,0	0	0,0
	Unidade forneceu coletor de escarro para diagnóstico	5	Sim =5 Não =0	5	100,0	5	100,0
	Fez exame de escarro para controle	5	Sim =5 Não =0	5	100,0	5	100,0
	Onde colheu as amostras de escarro para controle	5	Lugar atende orientações = 5 Lugar sem atender orientações = 0	5	100,0	5	100,0
	US forneceu coletor de escarro para controle	5	Sim =5 Não =0	5	100,0	5	100,0
	Sub total	55		50	90,9	50	90,9

Categoria: Qualidade da atenção				Norte		Sul	
	Crítérios	Pont Máx Esp	Ponto de corte	Pont obs	Prop (%)	Pont obs	Prop (%)
Acesso	Quem busca o medicamento na US	5	Próprio doente =5 ACS ou alguém da família =3	3	60,0	5	100,0
	Tempo longo de espera para marcar consulta	10	Não = 10 Não consultou na US=5 Sim = 0	0	0,0	5	50,0
	Quem agenda consulta	10	Próprio doente =10 Alguém da família =5 Prof da US = 1	10	100,0	1	10,0
	Tempo de espera para consulta com o médico	10	< 30 min = 10 30 a 60 min = 8 1 a 2 h = 6 > 2 h = 2 Não sabe e/ou não fez = 0	8	80,0	6	60,0
	Tempo de espera para consulta com enfermeiro	10	< 30 min = 10 30 a 60 min = 8 1 a 2 h = 6 > 2 h = 2 Não sabe e/ou não fez=0	10	100,0	10	100,0
	Dúvidas são tiradas com qual profissional	10	Médico = 2 Enfrº =2 Téc Enf =2 Aux Enf =2 ACS=2 Três profissionais = 6 Todos = 10	6	60,0	6	60,0
	Oferecido TDO	5	Sim =5 Não =0	5	100,0	5	100,0
	Como é o acompanhamento de TDO	10	Diário =10 Semanal =8 Quinzenal = 6 Mensal =2 Não fez= 0	8	80,0	10	100,0
Sub total		70		50	71,4	48	68,6
Total		210		155	73,8	153	72,8

4.5.1.1. – Qualidade da atenção segundo a ótica dos doentes de tuberculose nas unidades de saúde das regionais norte e sul

“Acesso ou acessibilidade representa um grau de facilidade ou dificuldade de adentrar ao serviço de saúde e nele permanecer com a finalidade de receber assistência direcionada à

sua necessidade de saúde, nesse caso, obter o diagnóstico precoce e o tratamento da tuberculose” (TRAVASSOS, 2004).

O acompanhamento do doente nas unidades, segue o fluxo pré-definido pela Secretaria Municipal de Saúde com base na área de abrangência e residência. Os doentes da regional norte referem atendimento regular nas unidades de saúde. A recepção responde às necessidades dos doentes de tuberculose, direcionando-os, na maioria das vezes, direto ao profissional responsável pelo programa. Na regional norte, os doentes relataram que utilizam as unidades de saúde há seis meses e não mudariam para outra unidade para realizar o tratamento da tuberculose. Na unidade de saúde da família da regional sul, os doentes mudariam de unidade, devido à dificuldade da consulta médica, quando necessária, por falta do profissional na unidade.

Na regional norte, o tempo percorrido pelos doentes para chegarem às unidades é de 30 minutos e não há perda em seu dia de trabalho. Na regional sul, a distância é de até 15 minutos e os doentes perdem o seu dia de trabalho o que demonstra a facilidade do doente em chegar a unidade, mas não em receber atendimento. Segundo os doentes, a distância entre a residência e a unidade de saúde não é fator limitante para o acompanhamento do tratamento da tuberculose. Em estudo Reigota (2001) enfatiza que a distância entre a residência do doente e a unidade de saúde pode ser um fator que dificulta a adesão terapêutica. No entanto, Starfield (2002) mostra que a proximidade entre a unidade de saúde e o domicílio não é o único elemento facilitador do acesso, já que outros fatores também estão incluídos, como informação, qualidade do atendimento, além de resistências impostas no próprio serviço e o vínculo com os profissionais de saúde.

Em relação ao eixo prevenção, os contatos de tuberculose são convocados para comparecerem à unidade e serem examinados conforme preconizado pelo PNCT. Alguns contatos dos doentes do centro de saúde da regional norte informaram que devido a questões pessoais, deixaram de comparecer à unidade, e ainda, por não estarem convencidos da real importância do exame. (doente de tuberculose Regional Norte). Outros, informaram dificuldade em ter que comparecer naquela unidade em que o doente foi diagnosticado. Observa-se que a normatização do acesso ao serviço se transforma em obstáculo. Entre as dificuldades de comparecimento dos contatos as unidades está o horário de funcionamento da unidade não compatível com horário de trabalho e/ou estudo. Informaram ainda que não receberam visita domiciliar de profissional da unidade. Na regional sul os contatos foram convocados e examinados e receberam visita domiciliar.

Em ambas as regionais, os doentes souberam do diagnóstico, em menos de um mês após o início dos sintomas, o que demonstra uma agilidade, quanto a detecção do indivíduo com sintoma respiratório. Tanto o acesso a exame laboratorial baciloscópio de escarro é uma facilidade para o tratamento precoce, quanto o acesso à unidade de saúde para confirmação diagnóstica e início de tratamento. Foram realizadas duas amostras, sendo que as unidades forneceram coletor de escarro para a realização dos exames.

O teste de HIV em ambas as regionais foi oferecido aos doentes participantes da pesquisa, sendo que na regional norte não constavam nos prontuários e nem nos “Livros de Registros dos Casos de Tuberculose”, os resultados dos exames. Ainda na regional norte, identificou-se coleta do exame de baciloscopia de escarro para diagnóstico, sem serem seguidas as orientações apropriadas para coleta do exame. No caso do exame de escarro para controle dos doentes em tratamento, as amostras foram colhidas corretamente e as unidades de saúde forneceram coletor de escarro. Nas unidades de saúde da regional sul foram seguidas corretamente as orientações de coleta de escarro para diagnóstico e controle.

Em relação à assistência o agente comunitário de saúde, ou alguém da família do doente é quem vai buscar os medicamentos do tratamento de tuberculose, na regional norte. O controle dos medicamentos é feito em impresso específico (cartão do tratamento diretamente observado-TDO, quando o doente é acompanhado em TDO) junto à unidade de saúde semanalmente. No CS da regional sul, o próprio doente é quem pega os medicamentos do seu tratamento e faz o agendamento, sendo necessária mais de uma ida à unidade (agendamento e consulta). No PSF da regional sul os doentes foram referenciados para as consultas médicas em outra unidade, por falta do profissional médico na unidade.

Nos PSF's a espera pela consulta com o enfermeiro nas duas regionais é inferior a 30 minutos. Em algumas situações, observou-se que os doentes confundem o atendimento de entrega mensal dos medicamentos com a consulta de enfermagem. Na regional norte o tempo de espera para realização da consulta médica é de 30 a 60 minutos, e na regional sul de uma a duas horas.

As dúvidas sobre a doença e o tratamento são tiradas com a equipe em geral (enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde). Foi oferecido o tratamento diretamente observado com acompanhamento semanal e diário na regional norte e sul, respectivamente. No centro de saúde da regional sul acontece a estratégia do “padrinho” do tratamento.

A pontuação máxima esperada no **Contexto de Efeito** na **Categoria Qualidade da atenção** seria de 210 pontos, sendo que foram observados 155 pontos (73,8%)

na regional norte e 153 pontos (72,8%) na regional sul. Essa categoria foi classificada como Parcialmente Implantada (PI) em ambas as regionais.

4.5.2. – Categoria: Resultado de tratamento

As metas do PNCT para tuberculose são de curar $> 85,0\%$ dos casos diagnosticados e reduzir o abandono para $< 5,0\%$. Na categoria resultado de tratamento foram analisados os seguintes critérios: cura, abandono e óbito por tuberculose.

No que se refere ao tratamento, é importante destacar que a associação medicamentosa adequada, doses corretas, tempo de uso adequado, supervisão da tomada de medicamentos são meios para se evitar a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência às drogas, assegurando assim, a cura do doente de tuberculose (MS, 2010).

4.5.2.1. – Dados epidemiológicos relativos ao resultado de tratamento das unidades de saúde das regionais norte e sul

Quanto ao resultado de tratamento, observou-se nas unidades de saúde da regional norte a cura de 52,6% e abandono de 10,5% e na regional sul a cura de 52,9% e o abandono de 23,5%. Na regional norte o óbito por tuberculose é de 5,3% sendo acima do aceitável (3,0%). Os resultados estão abaixo das metas preconizadas pelo PNCT. Tal situação vem reforçar a necessidade de um monitoramento técnico periódico da gestão do PCT, e junto às unidades de saúde, bem como, das informações no banco de dados SINAN.

A pontuação máxima esperada no **Contexto de Efeito** na **Categoria Resultado de tratamento** seria de 30 pontos, sendo que foram observados dois pontos (6,7%) na regional norte e 12 pontos (40,0%) na regional sul (Quadro 19). Essa categoria foi classificada como Não Implantada (NI) na regional norte e Incipiente (IN) na regional sul.

Quadro 19 - Matriz de análise e julgamento

Dimensão Contexto de Efeito

Categoria: Resultado de tratamento			Norte		Sul	
Crítérios	Pont máx	Ponto de corte	Pont obs	Prop (%)	Pont obs	Prop (%)
Cura	10	> 85 % = 10	2	20,0	2	20,0
		75 a < 85 % = 8				
		70 a 75 % = 4				
		< 70 % = 2				
Abandono	10	≤ 5 % = 10	0	0,0	0	0,0
		5 a 9 % = 5				
		> 10 % = 0				
Óbito por TB	10	< 3 % = 10	0	0,0	10	10,0
		3 a 5 % = 5				
		> 5 % = 0				
Total	30		2	6,7	12	40,0

Em síntese (Tabela 5), no **Contexto de Efeito**, a qualidade da atenção prestada, sob a ótica do doente de tuberculose, demonstra que o acesso aos serviços de saúde é regular. Quanto à prevenção, foi apresentada falha no comparecimento à unidade pelos contatos dos doentes, devido ao horário de funcionamento da unidade. O acompanhamento é realizado pelo técnico de enfermagem nos centros de saúde e pelo enfermeiro nos PSF's, sendo encaminhados para o médico apenas quando necessário, havendo a necessidade da inserção dos profissionais da equipe da unidade no acompanhamento do doente. O teste de HIV é realizado em todos os doentes. Quanto à baciloscopia de escarro, na regional norte não foram feitas orientações adequadas para a coleta do exame de diagnóstico. Em relação à categoria resultado de tratamento os indicadores de cura e abandono estavam abaixo das metas preconizadas, indicando falha no acompanhamento do doente e respectivas informações.

Tabela 5- Síntese do grau de implantação do Contexto de Efeito por categoria e regional

Contexto	Categoria	Regional de saúde			
		Norte		Sul	
		%	Classificação	%	Classificação
Efeito	Qualidade da atenção	73,8	Parcialmente Implantado	72,8	Parcialmente Implantado
	Resultado de tratamento	6,7	Não Implantado	40,0	Incipiente

4.6. Considerações finais

4.6.1. Contexto Organizacional

A avaliação do Contexto Organizacional foi classificada como Parcialmente Implantada (70,0%) na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde.

A gestão do Programa de Controle da Tuberculose está vinculada à Coordenadoria de Atenção Básica e à Vigilância Epidemiológica. A equipe técnica do programa encontrava-se atuando em um tempo insuficiente para conhecimento sobre a realidade das unidades e regionais de saúde. Tal situação se deve à rotatividade da gestão e aos contratos temporários de trabalho que predominam entre as equipes técnicas. A equipe técnica detém autonomia restrita na gestão dos recursos financeiros do PCT. O contato da equipe técnica com o Conselho Municipal de Saúde se restringe a situações de interesse do programa e/ou a fornecer informações quando solicitadas. As ações de planejamento e gestão não são participativas, contam com baixo envolvimento dos gerentes e profissionais das unidades de saúde.

A equipe técnica do PCT integra a Vigilância. Observou-se desarticulação da forma de comunicação, por meio de Comunicado Interno (CI) impresso, comprometendo a agilidade e resolutividade dos problemas que requerem soluções entre as Coordenadorias (Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica). As ações de Vigilância Epidemiológica são desenvolvidas, apesar do número reduzido de digitador, com prejuízo na atualização das informações no sistema.

A equipe técnica possui um cronograma mensal de supervisões às unidades de saúde, embora haja falhas, devido a questões operacionais como, por exemplo, a falta de transporte.

Os gerentes das unidades de saúde consideraram insuficiente o suporte técnico prestado pela equipe do PCT.

Quanto aos serviços de referência e insumos, há deficiência no fluxo sobre realização da prova tuberculínica (PT). A referência e contra-referência possui um fluxo estabelecido entre as Coordenadorias de Atenção Básica e a Atenção Secundária, sendo que os encaminhamentos devem ser feitos para as policlínicas. No entanto, os doentes na maioria das vezes, são encaminhados para o ambulatório do CERMAC.

É realizada análise mensal dos mapas de medicamentos tuberculostáticos pela equipe técnica do PCT, o que garante a regularidade do envio dos medicamentos para as unidades de saúde.

O Laboratório Central de Cuiabá possui equipe capacitada e realiza o exame de baciloscopia de escarro de todas as unidades de saúde das regionais. A entrega do resultado de exame às unidades de saúde varia, entre dois dias a uma semana. Há necessidade de maior agilidade no envio deste exame com os resultados positivos pelo risco maior de transmissão da doença. É imprescindível que o laboratório municipal realize o exame de cultura de escarro, visto que existe profissional qualificado e equipamentos necessários. Há deficiência na articulação entre o laboratório municipal e o estadual, no que diz respeito à supervisão e suporte técnico.

O almoxarifado tem acompanhamento regular da equipe técnica do PCT. Há atraso esporádico dos mapas de tuberculostáticos enviados pelas unidades de saúde.

Para o aprimoramento das ações no Contexto Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, faz-se necessário um acompanhamento mais próximo e periódico às equipes assistenciais. É importante ainda maior integração entre as coordenadorias de atenção básica e de vigilância Epidemiológica.

4.6.2. Contexto Externo

O Contexto Externo analisou a vulnerabilidade social dos moradores das regionais norte e sul e considerou as condições de vida propícias (65,0%) ao desenvolvimento da tuberculose.

A renda média por pessoa foi classificada como média baixa com variação entre 2,91 a 5,65 salários mínimos, é menor do que a renda média do município (7,49). Quanto à escolaridade, entre 30,0% foram classificados sem instrução e/ou menos de quatro anos de estudo. Quanto ao número de pessoas que habitavam na mesma residência, encontrou-se até quatro pessoas na mesma casa, o que não difere da realidade do município.

4.6.3. Contexto de Implantação

No Contexto de Implantação, em ambas as regionais as ações de prevenção realizadas foram insuficientes, classificando-se como Incipiente (44,0%). O diagnóstico nas regionais classificou-se como Implantado (norte 81,1% e sul 82,2%). A assistência ao doente de tuberculose foi classificada como Parcialmente Implantada na regional norte (69,7%) e Implantada (82,5%) na regional sul.

A estrutura física dos centros de saúde, em ambas as regionais, apresentou falhas que limitam as condições para atendimento, gerando aglomeração que prejudica a atenção aos doentes.

Na categoria Prevenção, a busca ativa de indivíduos suspeitos de tuberculose não acontece como atividade de rotina nos centros de saúde, que atendem apenas demanda espontânea. As visitas domiciliares são realizadas rotineira pelos ACS dos PSF's. Quanto ao exame dos contatos de tuberculose, existe deficiência, tanto no registro, quanto na realização desse exame. A prova tuberculínica é encaminhada para ser realizada na policlínica, embora haja falha no atendimento do exame. A educação em saúde é realizada apenas pontualmente durante as consultas individuais. É importante que as equipes gestoras do PCT e de assistência desenvolvam estratégias de prevenção que contribuam para autonomia do doente de tuberculose.

A categoria Diagnóstico, nos centros de saúde das regionais, o exame baciloscópico de escarro para diagnóstico são realizados. No entanto, não obedece à urgência necessária da devolução do resultado quando há identificação com tuberculose. As amostras de escarro para controle do tratamento do doente não são solicitadas mensalmente.

O teste de HIV foi oferecido e realizado em todas as unidades, sendo que, na regional norte, há deficiência nos registros dos resultados não identificados nos prontuários e nos “Livros de Registros de Casos de Tuberculose”.

Na categoria Assistência, o atendimento ao doente de tuberculose é centralizado nos profissionais técnico de enfermagem nos centros de saúde e no enfermeiro nas unidades de saúde da família e são encaminhados à consulta médica quando necessário.

As equipes são capacitadas para realizarem ações de assistência. Há dificuldade das equipes de saúde em se responsabilizar pelo programa, ficando restrito aos profissionais técnicos de enfermagem, nos centros de saúde e o enfermeiro na unidade de saúde da família. Nos PSF as consultas tem tempo de duração maior que 30 minutos.

O tratamento diretamente observado é oferecido a todos os doentes novos de tuberculose em todas as unidades das regionais. Na regional sul, o acompanhamento é feito semanalmente, o que diverge do preconizado pelo PNCT. Observou-se ainda que tal estratégia pode limitar a responsabilidade do doente de tuberculose em relação ao seu próprio tratamento, enquanto na regional norte o acompanhamento é diário, utilizando-se da estratégia “padrinho de tratamento”.

Há deficiência quanto ao registro e atualização das informações nos “Livros de Registros de Casos de Tuberculose”.

Os prontuários nas unidades de ambas as regionais foram classificados como inadequados quanto à anamnese e adequados em relação à solicitação de exames e registro dos sinais vitais, o que reflete a qualidade da atenção prestada ao doente de tuberculose.

Existe divergência de informações nos livros de registro dos diversos níveis de gestão, unidades de saúde, reforçando a importância de ações integradas e o monitoramento periódico.

Para o aprimoramento das ações do PCT nas categorias de prevenção, diagnóstico e assistência do Contexto de Implantação, algumas estratégias imprescindíveis devem ser incorporadas, como: inserção de ações de prevenção na rotina. Destaca-se ainda a importância da melhoria dos registros na atualização das informações nos prontuários e livros de registro de casos.

4.6.4. Contexto de Efeito

No Contexto de Efeito, a categoria qualidade da atenção foi classificada como Parcialmente Implantada (norte 73,8% e sul 72,8%), embora em relação ao resultado do tratamento, ambas as regionais não consigam realizá-lo integralmente com obtenção da redução do abandono e alcance da cura. Por isso, essa categoria foi classificada como Não Implantada na regional norte (cura de 52,6% e abandono 10,5%) e Incipiente na regional sul (cura 52,9% e abandono 23,5%).

A distância entre a residência do doente e a unidade de saúde não foi considerada fator limitante para o tratamento, embora na regional sul, os doentes informarem perder o dia de trabalho.

Os contatos nas unidades da regional norte não foram convocados e nem examinados, já na regional sul foram visitados e realizados os exames necessários. Entre os primeiros sintomas da tuberculose e a confirmação do diagnóstico tem demorado menos de um mês. O teste de HIV e Rx de tórax foram oferecidos em ambas as regionais.

Quanto ao resultado de tratamento, em ambas as regionais é preocupante o fato de os resultados de cura e abandono estarem abaixo das metas preconizadas pelo PNCT, pela qualidade do acompanhamento do tratamento que deve apresentar as informações em todos os níveis de atuação.

Analisando a influência do Contexto Organizacional que informa sobre a institucionalidade do PCT na SMS, observaram-se fatores que concorrem para que a atuação do doente de tuberculose seja ainda insuficiente para alcançar a cura desejada.

Observou-se pouco tempo de gerência da equipe técnica do PCT. A gestão é pouco participativa, não envolvendo os gerentes e os profissionais das unidades no que tange ao planejamento, acompanhamento das ações do programa e avaliação. Existe deficiência no acompanhamento do PCT tanto nas unidades de saúde como na SMS. Faz-se necessária uma maior integração entre as Coordenadorias de Vigilância Epidemiológica e de Atenção Básica, bem como, entre a equipe técnica da SMS e os profissionais das unidades de saúde.

A vulnerabilidade social dos moradores das regionais norte e sul, com baixa escolaridade, renda familiar inadequada e concentração de familiares nas residências requerem estratégias de acompanhamento e de comunicação e educação em saúde capazes de sensibilizar os doentes no cuidado com a sua saúde.

Nesse caso, as ações de prevenção e acompanhamento da assistência têm sido negligenciadas, ou se mostraram insuficientes.

As ações educativas são realizadas, sendo apenas de forma individualizada e durante as consultas, assim como a busca ativa de casos e educação em saúde.

O acesso laboratorial para diagnóstico é eficiente, apresentando menos de um mês para o diagnóstico e início do tratamento da tuberculose a partir do início dos sintomas. A realização das baciloscopias de escarro de acompanhamento não ocorre mensalmente.

Em relação à assistência, destaca-se a baixa cobertura das USF's, nas respectivas regionais. Nos CS, a atenção ao doente de tuberculose está sob a responsabilidade exclusiva do técnico de enfermagem, requerendo provavelmente um acompanhamento mais próximo pela equipe de supervisão. Há necessidade de incluir o médico nas atividades do programa.

Importante que as equipes, gestores e profissionais se responsabilizem pelas questões de saúde das comunidades sob sua responsabilidade, incluindo a tuberculose.

Existe falha quanto ao registro e atualização das informações nos “Livros de Registros de Casos e de Sintomáticos Respiratórios” e do boletim de acompanhamento. Há diferença dos prontuários avaliados entre os centros de saúde e unidades de saúde da família, sendo melhores preenchidos nos PSF's, podendo estar indicando maior qualidade da atenção dispensada ao doente.

Assim é importante incentivar o efetivo monitoramento e avaliação como instrumento para subsidiar a tomada de decisão e consequentemente a melhoria do programa. Reforça-se que as políticas de prevenção e controle devam levar em consideração, as diferentes realidades.

Embora investimentos estejam sendo feitos, ainda são insuficientes para a efetividade da atenção ao doente de tuberculose. É importante valorizar a responsabilidade

das equipes de saúde e as atividades de prevenção junto a uma assistência humanizada e comprometida com o usuário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.ARCÊNCIO et al. City tuberculosis control coordinators perspectives of patient adherence to DOT in São Paulo State, Brasil, 2005. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008 12(5): 527-31.
- 2.AYRES,J., FRANÇA,I., CALAZANS,G., SALLETTI,H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa R, Parker R. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 50-71.
- 3.BRAGA, J.U. Vigilância epidemiológica e o sistema de informação da tuberculose no Brasil, 2001-2003.
- 4.BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. P.15-38.
- 5.CAMPOS, H.S. Diagnóstico da tuberculose. RJ 2006.
- 6.CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo>.
7. CONTANDRIOPOULOS A-P, CHAMPAGNE F, DENIS J-L & PINEAULT R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In Hartz, Z.M.A. (org.). *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1997.
- 8.CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 2006 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>.
- 9.COSENDEY,M.A. et al. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(2): 395-406, mar – abr, 2003.
- 10.COSTA, M. & LÓPEZ,E. Educación para La salud. Madrid: Pirámide, 1996. p. 25-58.
- 11.CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. p.39-53. In: CZERESNIA, D., FREITAS, CM. (org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, endencias*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.

- 12.DATASUS. Informações sobre saúde e dados estatísticos e sócio-econômicos. Disponível na Word Wide Web:<[http: www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br) 2009.
- 13.DEHEINZELIN D, TAKAGAKI TY, SARTORI AMC, LEITE OHM, AMATO NETO V, CARVALHO CRR. Fatores preditivos de abandono de tratamento por pacientes com tuberculose. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo* 1996;51(4):131-5.
- 14.DENIS,J.L.; CHAMPAGNE,F. Análise de implantação. In HARTZ,Z.M.A.,(org). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, ABRASCO, 1997.
- 15.DIOZ,M.S.,BOTELHO,C. Fatores associados à demora para o início do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá-MT, 2000.
- 16.DOWS JR, G.R., MOHR, L.B. Conceptual issues in the study of innovation. *Administration Science Quarterly*. 21(4):700-714 (1976, 1981)
- 17.FERREIRA, A.B.H. Novo dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro, 1986.
- 18.FERREIRA, S.M.B., SILVA, A.M.C., BOTELHO,C. Abandono da tuberculose pulmonar em Cuiabá-MT-Brasil. *J Penumol* 2005;31(5):427-35.
- 19.FIGUEIREDO,T.M.R.M. Acesso ao tratamento de tuberculose: avaliação das características organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde - Campina Grande/PB Brasil, (2007). Ribeirão Preto, 2008.
- 20.FIGUEIREDO, T. et. al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose, *Rev. Saúde Pública* vol. 43 nº 5 São Paulo out. 2009 Epub 18-Set-2009.
- 21.FRIAS, P.G. , LIRA,P.I.C.,HARTZ,Z.M.A. Avaliação da implantação de um projeto para redução da mortalidade infantil. In: HARTZ, Z.M.A., VIEIRA da SILVA, Ligia Maria (org). Avaliação em Saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
- 22.GUBA,E.G. & LINCOLN,Y.S. *Fourth Generation Evaluation*. Beverly Hills: Sage, 1990.
- 23.HARTZ,Z.M.A.; VIEIRA, L.M., Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à prática na Análise da Implantação de programas. A Avaliação na Área de Saúde: Conceitos e Métodos, cap. 2; Editora Fiocruz, 2002. p. RJ
- 24.IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística www.ibge.gov.br
- 25.JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Gerência dos Serviços de Saúde. *Cad. Saúde Pública* vol. 6 nº 3. Rio de Janeiro Set. 1990.

26.MASCARENHAS,M.D.M., ARAUJO,L.M., GOMES,K.R.O. Perfil epidemiológico da tuberculose entre casos notificados no Município de Piripiri, Estado do Piauí, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* 2005; 14 (1):7-14.

27.MEDINA, M.G. *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA,-DA-SILVA, L.M. (org). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 41-63.

28.MENEZES, A.M.B. et al. Incidência e fatores de risco para tuberculose em Pelotas, uma cidade do Sul do Brasil. *Ver. Bras. Epidemiol.* 1998; 1(1):50-60.

29.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.2010.

_____. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Série B: Textos Básicos em Saúde.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Controle da Tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. 5. ed. – Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT, 2002.

_____.Tuberculose - Guia de Vigilância Epidemiológica/ Elaborado pelo Comitê Técnico – Científico de Assessoramento à Tuberculose e Comitê Assessor para Co-infecção HIV-Tuberculose. – Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002.

_____. Manual da Oficina de Capacitação em Avaliação com Foco na Melhoria do Programa. Caderno de Trabalho Setembro 2007. 5ª Edição.

30.MONROE, A.A., GONZALES, R.I.C., PALHA, P.F., SASSAKI, C.M., RUFINO, NETTO,A., VENDRAMINI, S.H.F. et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP* 2008;42 (2):262-7.

31.NATAL,S. SANTOS, E.M., HARTZ, Z.M.A., PATROCLO, M.A., CRUZ,M. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: Estudos de casos na Amazonia Legal. *Bol. Pneumol. Sanit.* 2004; 12(2):91-109.

32.NATAL,S. *et al.* Avaliação formativa do componente fortalecimento técnico das secretarias de Estado de saúde em monitoramento e avaliação. Relatório executivo. Análise preliminar dos casos. ENSP/IMIP/MS-SAS-DAB. In press, 2006.

- 33.NEMES, M.I.B. Avaliação em Saúde: questões para os programas de DST/AIDS no Brasil. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Rio de Janeiro, 2001. 28p. (Coleção ABIA, Fundamentos de Avaliação, n1)
- 34.NOQUEIRA, J.A. *et al* . O sistema de informação e o controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba - Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, Mar. 2009 .
- 35.OLIVEIRA, L.G.D & NATAL,S. , Avaliação de implantação do Programa de Controle da Tuberculose no município de Niterói/RJ. 2007
- 36.OLIVEIRA, L.G.D. de et al . Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2008.
- 37.PATTON, M.Q. *Utilization-Focused Evaluation*. 2.ed. Beverly Hills: Sage, (1986, 1997).
- 38.PATTON, M.Q. , Os Desafios para tornar a Avaliação Útil. 23/03/2002.
- 39.Portal da Saúde www.saude.gov.br/SVS, Doenças transmissíveis/PNCT; (Acesso em julho/2010).
- 40.Prefeitura Municipal de Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá. www.saude.cuiaba.mt.gov.br; (Acesso em 30/08/2010)
- _____IPDU. Instituto de Planejamento e Desenvolvimento Urbano. Volume IV.
- _____Plano Municipal de Saúde de Cuiabá, 2010 – 2013, acesso em março/2010.
- 41.REIGOTA, S.N. Avaliação do Controle da Tuberculose Pulmonar no município de Baurú-SP: Implantação do Tratamento Supervisionado: 1999/2000 [dissertação de mestrado], Univ Estadual de São Paulo: São Paulo, 2001.
- 42.RUFFINO-NETTO, A. , VILLA, T.C.S. , Tuberculose Pesquisas Operacionais. Grupo de Estudos Epidemiológico Operacionais em Tuberculose/GEOTB 1ª Edição São Paulo 2009.
- 43.RUFFINO-NETTO, A; Controle da Tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa. J. Pneumologia vol. 26 nº 4 São Paulo July/Aug. 2000.
- 44.RUFFINO-NETTO,A; VILLA, T.C.S (org.) Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil - histórico e peculiaridades regionais. Instituto Milênio Rede TB: Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose. 2006.
- 45.RUFFINO-NETTO,A; Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. 1999.

46.SANTOS, M.L.S. G. et al. A gerência das ações de controle da tuberculose em municípios prioritários do interior paulista. Texto contexto – enferm. Vol. 19 nº 1 Florianópolis jan./mar. 2005.

47.SOUZA, F.B.A. et al. Peculiaridades do controle da tuberculose em um cenário de violência urbana de uma comunidade carente do Rio de Janeiro. J Bras Pneumol. 2007;33(3):318-22.

48.SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, 2008 *Dados Básicos sobre Tuberculose no Mato Grosso, período 2005 a 2009*. Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica/ Superintendência de Vigilância em Saúde/ Secretaria de Estado de Saúde.

_____,2006 Plano Estadual para o Enfrentamento da Tuberculose no estado de Mato Grosso, 2007 a 2009. Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica/ Superintendência de Vigilância em Saúde/ Secretaria de Estado de Saúde.

_____, 2010 Dados epidemiológicos. Desenvolvido pela Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica da SES/MT. Acesso em novembro de 2010.

49.STARFIELD,B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco;2002: 481-564.

50.TRAVASSOS,C, MARTINS,M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública 2004; 20 (supl2): S190-8.

51.VENDRAMINI SHF, VILLA, TCS, PALHA PF, MONROE, AA. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. Bol. Pneumol Sanit 2002; 10(1): 5-12.

52.VILABOL. Disponível em <http://mariaalicehof5.vilabol.uol.com.br/> 2010

53.YIN, R. Estudo de caso - Planejamento e Métodos. 3ª Ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.

ANEXOS

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar de pesquisa intitulada “Avaliação da implantação do Programa de controle da Tuberculose em unidades da atenção básica nas regionais norte e sul de Cuiabá/MT, 2010”, que servirá de base para elaboração de dissertação de Mestrado em Avaliação em Saúde.

Você foi selecionado por ter atuação estratégica no processo de gestão e/ou de atuação nas ações de controle da tuberculose em seu município. Sua participação na pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo consistem em identificar os fatores do contexto externo, técnico-organizacional e de implantação, que influenciam nas ações de vigilância em saúde e de controle da tuberculose; classificar as unidades de saúde quanto ao grau de implementação do PCT.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em fornecer informações relativas às formas de gestão e/ou de assistência às ações de controle, definição e conhecimento das metas preconizadas pelo PNCT; e os riscos relacionados com sua participação são praticamente nulos. Os benefícios relacionados com a sua participação são indiretos e relacionam-se com o caráter pedagógico do processo avaliativo em questão e visa a melhoria do processo organizacional do programa de tuberculose em Cuiabá.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e será assegurado o sigilo sobre sua participação. Pela função pública exercida, existe a possibilidade de identificação. Os dados coletados durante a realização da pesquisa ficarão sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora para garantir a confidencialidade das respostas.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora principal: Simone Escudero Gutiérrez

Orientadora: Dr^a Maria Angélica Spinelli

Centro Político Administrativo

Rua D, Q. 12, Lt. 12 Bl. 5 – CEP 78.070-970 Cuiabá/MT Fone: 65- 3613.5380 / 65-9983.1197

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa/ENSP: Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Densp) Fiocruz-RJ Rua Leopoldo Bulhões nº 1480, sala 613 – Manguinhos CEP: 21041-210 Rio de Janeiro-RJ Fone: 21-2598-2863.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa: Nome _____ Data ____/____/____

Simone Escudero Gutiérrez

Pesquisadora

Anexo 2 - Parecer do Comitê de Ética FIOCRUZ



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

**Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa**



Rio de Janeiro, 22 de fevereiro de 2011.

**Parecer N° 17/2011
CAAE: 0026.0.031.000-11**

Título do Projeto: "Avaliação da Implementação do Programa de Controle da Tuberculose na Atenção Básica em Cuiabá /MT, 2010 – 2011"

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Simone Escudero Gutiérrez

Orientadora: Maria Angélica Spinelli e Sonia Natal

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

Tipo do projeto: Projeto de Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Pública - ENSP

Data de qualificação: 13 / 12 / 2010

Data de recebimento no CEP-ENSP: 04 / 02 / 2011

Data de apreciação: 16 / 02 / 2011

Objetivos:

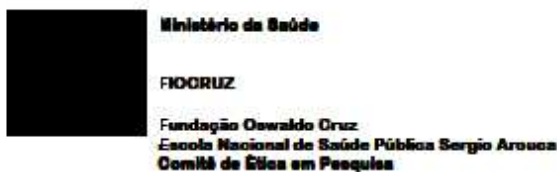
Geral: Avaliar o componente Atenção à Saúde do Programa de Controle da Tuberculose em Cuiabá/MT, no período de 2010 a 2011.

Específicos:

- Descrever o componente Atenção à Saúde do programa em Cuiabá;
- Caracterizar as ações do PCT (prevenção, diagnóstico e assistência) realizadas nas unidades de saúde da atenção básica de Cuiabá;
- Verificar se as ações de Atenção à Saúde do PCT estão implementadas nas unidades de saúde de acordo com o preconizado;
- Estabelecer o grau de implementação do componente Atenção à Saúde nas unidades de saúde.

Sumário do projeto:

No estudo serão levantadas evidências que caracterizem o programa de controle de tuberculose na atenção básica de Cuiabá, em relação à prevenção, diagnóstico e assistência, buscando



Rio de Janeiro, 22 de fevereiro de 2011.

Parecer N° 17/2011
CAAE: 0026.0.031.000-11

Título do Projeto: “Avaliação da Implementação do Programa de Controle da Tuberculose na Atenção Básica em Cuiabá /MT, 2010 – 2011”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Simone Escudero Gutiérrez

Orientadora: Maria Angélica Spinelli e Sonia Natal

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

Tipo do projeto: Projeto de Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Pública - ENSP

Data de qualificação: 13 / 12 / 2010

Data de recebimento no CEP-ENSP: 04 / 02 / 2011

Data de apreciação: 16 / 02 / 2011

Objetivos:

Geral: Avaliar o componente Atenção à Saúde do Programa de Controle da Tuberculose em Cuiabá/MT, no período de 2010 a 2011.

Específicos:

- Descrever o componente Atenção à Saúde do programa em Cuiabá;
- Caracterizar as ações do PCT (prevenção, diagnóstico e assistência) realizadas nas unidades de saúde da atenção básica de Cuiabá;
- Verificar se as ações de Atenção à Saúde do PCT estão implementadas nas unidades de saúde de acordo com o preconizado;
- Estabelecer o grau de implementação do componente Atenção à Saúde nas unidades de saúde.

Sumário do projeto:

No estudo serão levantadas evidências que caracterizem o programa de controle de tuberculose na atenção básica de Cuiabá, em relação à prevenção, diagnóstico e assistência, buscando

classificar o grau de implantação das unidades de saúde a serem selecionadas, através do cumprimento das diretrizes estabelecidas pelo PNCT (Programa Nacional de Controle da Tuberculose), considerando o atributo Conformidade, com o objetivo de determinar direta ou indiretamente, que um produto, processo, pessoa ou serviço atende aos requisitos técnicos especificados.

- **Descrição e caracterização da amostra:** Trata-se de um estudo de caso, que consiste no aprofundamento de um, ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento. Será utilizado estudo de caso único, o Programa de Controle da Tuberculose de Cuiabá na atenção básica, considerando a influência do contexto externo e relacioná-lo aos contextos técnico-organizacional da Secretaria Municipal de Saúde a fim de compreender os efeitos produzidos, em relação às diretrizes e normas do programa da tuberculose e cujos procedimentos da pesquisa serão análise documental, análise de prontuários, aplicação de questionários, realização de entrevistas com profissionais médicos e enfermeiros, visitas observacionais às unidades de saúde selecionadas, registradas em um diário de campo. Na folha de rosto foi registrado um total de 60 sujeitos. Foi apresentada carta de autorização da Instituição.
- **Critérios de inclusão e exclusão:** Com relação às Unidades de Saúde serão selecionadas 2 unidades básicas por regional de saúde, num total de oito unidades (1 PSF e 1 UBS). Quanto aos usuários, serão entrevistados médicos e enfermeiros das unidades selecionadas, e doentes novos em tratamento de tuberculose nos anos de 2010 e 2011, que tenham pelo menos 2 meses de tratamento.
- **Adequação da metodologia:** Adequada.
- **Adequação das condições:** Adequadas.

Comentários do relator, frente à Res.196/96 e complementares em particular sobre:

- **Estrutura do protocolo:** Adequada.
- **Justificativa de uso do placebo:** Não se aplica.
- **Justificativa da suspensão terapêutica ("Wash-out"):** Não se aplica.
- **Análise dos riscos e benefícios:** A pesquisa será realizada com profissionais das unidades de saúde da Atenção Básica: Centros de Saúde e PSF envolvidos em atividades do Programa Municipal de Controle da Tuberculose. Além disso, será realizada observação da dinâmica e trabalho de equipe e também análise documental para a contextualização das ações de controle do programa de controle da tuberculose. Há, portanto, possibilidade de identificação dos sujeitos participantes, já que serão poucos profissionais entrevistados. Outro risco está relacionado a possíveis constrangimentos dos profissionais da equipe e desta com a hierarquia superiores. Como forma de minimizar os riscos de identificação dos sujeitos, o nome da unidade de saúde será omitido, bem como, o nome dos participantes. A todos os diretamente envolvidos na pesquisa será confirmado o sigilo das informações. A pesquisa se dará mediante autorização da instituição e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes. Nos questionários não será possível identificar o entrevistado. Os dados coletados serão armazenados no computador pessoal do pesquisador, protegido por senha. As informações provenientes das entrevistas observações e análise documental serão analisadas de forma agregada, buscando destacar o funcionamento institucional e as práticas presentes nas ESF, sem remeter a características e visões pessoais dos indivíduos participantes da pesquisa o que poderia implicar em maior risco de exposição dos mesmos. A participação dos entrevistados consistirá em fornecer informações relativas às formas de gestão e de assistência às ações de controle, e os riscos relacionados a participação dos mesmos são

praticamente nulos, bem como os benefícios relacionados a participação são indiretos e relacionam-se com caráter pedagógico do processo avaliativo em questão. Os dados serão divulgados em conjunto como medida adicional para preservar a identificação dos participantes.

- **Retorno de benefícios para o sujeito e/ou para a comunidade:** Os resultados das etapas serão analisados de forma agregada e consolidados no final e discussão dos resultados, e serão entregues sob forma de dissertação de mestrado e apresentação sintética à Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá/MT e as unidades de saúde que foram pesquisadas, para que seu resultado seja utilizado pelos profissionais da gestão e da atenção básica, caso haja o interesse.
- **Adequação do Termo de Consentimento e forma de obtê-lo:** Tanto a elaboração quanto a forma de obtenção estão adequadas. O endereço do CEP deve ser corrigido e não foi incluído campo para assinatura do responsável pela pesquisa.
- **Informação adequada quanto ao financiamento:** A pesquisa ocorrerá as custas da pesquisadora.
- **Outros centros, no caso de estudos multicêntricos:** Não se aplica.
- **Outros comentários:** Atualizar o endereço do CEP no Termo de Consentimento e incluir campo para assinatura do pesquisador responsável.

Parecer do CEP: Aprovado

- Será encaminhado à Conep (áreas temáticas especiais) e, portanto, deve aguardar a apreciação final desta para início da execução? ☐ Sim

☒ Não

Assinatura do Coordenador

Anexo 3 - Termo de Autorização Institucional Secretaria Municipal de Saúde



ANÁLISE DE REQUERIMENTO DE PESQUISA

(Portaria nº. 061/GAB/SMS/ 2009)

PROJETO DE MESTRADO

Título: "Avaliação da implementação do programa de controle da tuberculose na Atenção Básica em Cuiabá/MT, 2010 – 2011."
Nome do orientador: Drª Maria Angélica Spinelli
Nome do pesquisador: Simone Escudero Gutierrez
Instituição: Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

O PROJETO CONTÉM	SIM	NÃO
Referencial teórico? Conforme pagina 19	X	
Justificativa? Este estudo é imprescindível a avaliação de implementação do programa de tuberculose de Cuiabá, para que se possa compreender a relação entre as ações realizadas, cobertura do programa e resultados dos indicadores epidemiológicos de cura e abandono (SES/MT, 2009). Os resultados da pesquisa possibilitarão rever, e se possível propor estratégias de ajudas ao programa de acordo com os contextos analisados.	X	
Objetivos? - Avaliar o componente Atenção à Saúde do Programa de Controle da Tuberculose em Cuiabá/MT, 2010 – 2011.	X	
Metodologia? Conforme pagina 19	X	
Resultados esperados? Os resultados serão analisados e respaldados na literatura referente a temática e nas legislações específicas, quanto a conformidade em relação ao Programa Estadual em consonância com o Programa Nacional, seguindo o Manual de recomendações (2010), e em relação aos questionários aplicados serão categorizadas as respostas abertas e consolidado as respostas fechadas.	X	
Cronograma? Conforme pagina 45	X	
Orçamento e fontes de financiamento?		X
Declaração de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (caso a pesquisa envolva seres humanos)?		X
O pesquisador assinou o Termo de Responsabilidade para que o resultado final seja apresentado à SMS antes de qualquer divulgação? Será assinado quando a pesquisadora trazer a declaração de aprovação do projeto pela CEP.		X

24



O pesquisador está ciente que poderá divulgar o resultado final da pesquisa, somente depois da emissão de autorização de uso dos dados da pesquisa pela SMS?

Será assinado quando a pesquisadora trazer a declaração de aprovação do projeto pela CEP.

X

PARECER DA DIRETORIA ENVOLVIDA:

☒ Somos favoráveis a pesquisa, pois é relevante ao SUS.

☐ Não somos favoráveis a pesquisa, pois não é relevante para ao SUS.

Será assinado quando a pesquisadora trazer a declaração de aprovação do projeto pela CEP.

Silmayre Helena Silva
Diretora de Atenção Básica

PARECER DA CRH:

☒ Somos favoráveis a pesquisa, pois os requisitos da portaria nº. 061/GAB/SMS/ 2009 foram preenchidos, e por ser relevante ao SUS.

☐ Não somos favoráveis a pesquisa, pois os requisitos da portaria nº. 061/GAB/SMS/ 2009 não foram preenchidos, e por não ser relevante ao SUS.

Anderson Henrique da S. Martins
Coord. de Recursos Humanos/SMS

Anderson Henrique da Silva Martins
Coordenadoria de Recursos Humanos

APÊNDICES

Apêndice N° 1 - Roteiro de Entrevista N° 1 para Gestores: Diretor e Coordenador da Atenção Básica e responsável pelo PCT



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



APÊNDICE N° 1

Questionário para Gestores: ()1-Diretor(a) Atenção Básica

()2-Coordenador(a) Atenção Básica ()3-Resp. Técnico PCT

Projeto de pesquisa: Avaliação da implantação do Programa de controle da Tuberculose em unidades da atenção básica nas regionais norte e sul de Cuiabá/MT, 2010

Data: _____ Local da entrevista: _____

Nome: _____ Cargo: _____

Tempo que ocupa o cargo: _____ Sexo: ()1-M ()2-F Idade: _____

Formação: _____ Escolaridade: _____

Vínculo empregatício: _____ É fumante? ()1-Sim ()2-Não

1. Tem participação em conselhos: ()1-Sim ()2-Não Em caso positivo, quais? _____

2. Como é a atuação do Diretor(a) ou Coordenador(a) da atenção básica, no controle da Tuberculose? _____

Existe um protocolo de atuação? _____

3. Conhece a proporção de unidades que atendem pacientes de Tuberculose?

()1-Sim ()2-Não Especifique o percentual: UBS____ Policlínicas____ PSF____ Hospitais____

4. Quais os profissionais de saúde que atuam com Tuberculose nas UBS? _____

Quais ações são realizadas? _____

5. A área territorial das UBS são bem definidas? ()1-Sim ()2-Não Em caso negativo, porque? _____

6. Quando as UBS realizam o PTA, é feita análise sobre o alcance de metas?

()1-Sim ()2-Não Caso positivo, como é feito? _____

7. Quais os indicadores principais para _____

8. Como é feita a recepção de funcionários novos? Há treinamento e supervisão? Existe treinamento em conjunto para as ações de controle da Tuberculose? _____

9. Quais as principais dificuldades para realização do trabalho nas ações de controle da Tuberculose no município? _____

10.As equipes de saúde das UBS utilizam as normas do Ministério da Saúde para o diagnóstico e tratamento da pessoa com Tuberculose? ()1-Sim ()2-Não Se não, porque?

11.Como é o fluxo de informações da Tuberculose entre as UBS e a SMS? _____

12.Como é feita aquisição dos medicamentos de Tuberculose? _____

Quem faz a aquisição? _____ E com que frequência? _____

13.Como é feita a distribuição de medicamentos de tuberculose para as UBS?

()1-mapa mensal ()2-não há fluxo definido ()3-solicitação extra ()4-outros, quais? _____

Em caso de solicitação extra,especificar em quais situações _____

Como é feita a distribuição e quem faz? _____

14.É feito avaliação dos mapas de medicamentos recebidos das UBS? ()1-Sim ()2-Não

Em caso negativo, porque? _____

15. Quais as facilidades em relação a retaguarda laboratorial para o PCT? _____

16. Quais as dificuldades em relação a retaguarda laboratorial para o PCT? _____

17.Quais ações são realizadas pela equipe do nível central da Tuberculose em relação ao programa para as UBS? ()1-supervisão técnica periódica ()2-assessoria ()3-suporte técnico ()4-monitoramento ()5-ações de vigilância epidemiológica ()6-outros, quais? _____

Com frequência as ações são realizadas? _____

18.Quais ações são realizadas referentes ao sistema de informação da Tuberculose?

()1-boletim de acompanhamento ()2-relatórios ()3-ficha de notificação ()4-outros, especifique:_____ E quem o realiza? _____

19.Há profissionais treinados para a análise das fichas de notificação da Tuberculose?

()1-Sim ()2-Não

20.Quais as principais dificuldades em relação ao sistema de informação da Tuberculose?

()1-equipamentos ()2-recursos humanos ()3-qualificação ()4-outros, quais? _____

21.Como é o fluxo das informações do sistema de informação SINAN/TB? _____

Com que frequência as informações são atualizadas? _____

22.A coordenação do PCT faz relatório sobre o programa? ()1-Sim ()2-Não

Em caso positivo , o relatório é divulgado? ()1-Sim ()2-Não

Se divulgado, como? _____ E para quem é divulgado? _____

E em caso negativo, porque? _____

23.A coordenação do PCT tem contato com organizações comunitárias ou ONG's?

()1-Sim ()2-Não

24.Há planejamento conjunto entre os gerentes das UBS e a coordenação do PCT ?

()1-Sim ()2-Não Caso negativo, porque? _____

25.A diretoria e/ou coordenação realiza reuniões para discutir e programar seu trabalho em conjunto com a equipe do PCT e UBS? ()1-sim, quinzenalmente ()2-sim, sem regularidade ()3-sim, semanalmente ()4-sim, mensalmente ()5-não Em caso negativo, porque? _____

26.Quando há carência de insumos ou materiais necessários para o diagnóstico e controle da Tuberculose, que providências costumam ser tomadas? _____

27.Quando ocorre queixa dos usuários, que providências são tomadas? _____ E como é feito o encaminhamento? _____

28.São definidas estratégias com relação ao doente que abandona o tratamento de Tuberculose?
()1-Sim ()2-Não Em caso positivo, quais estratégias são utilizadas? ()1-busca ativa ()2-telefonema ()3-visita domiciliar ()4-outros, quais? _____

29.Como se dá a referência dos usuários de Tuberculose para outros serviços ou programas? _____ E a contra-referência? ()1-ficha de encaminhamento ()2-telefonemas ()3-central de regulação municipal ()4-contato com nível central do PCT municipal

30.Em que situações a gerência do nível central do PCT municipal, tem necessidade de interferir? _____

31.Você considera que o suporte técnico fornecido pelo PCT municipal atende a necessidade das UBS? ()1-Sim ()2-Não Porque? _____

32.Como as equipes das unidades de saúde são orientadas para registrar e atuar com os contatos dos doentes de Tuberculose? ()1-convocar individualmente ()2-visita domiciliar ()3-telefonema ()4-outros Se outros, especifique _____

33.Cite as facilidades para o desenvolvimento das ações de controle da Tuberculose. _____

34.Cite as dificuldades para o desenvolvimento das ações de controle da Tuberculose. _____

35.Há algum plano para modificar as ações de controle da Tuberculose que vem sendo realizadas nas UBS ? ()1-Sim ()2-Não Em caso positivo, que mudanças e por que? _____

Gostaria de fazer algum comentário? ()1-Sim ()2-Não _____

Apêndice 1.1 – Roteiro de Entrevista Nº 1.1 para Gestor CS



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

APÊNDICE Nº 1.1

Questionário para Gestores: () Centros de Saúde

Projeto de pesquisa: Avaliação da implantação do Programa de controle da Tuberculose em unidades da atenção básica nas regionais norte e sul de Cuiabá/MT, 2010

Data: _____ Local da entrevista: _____

Nome: _____ Cargo: _____

Tempo que ocupa o cargo: _____ Idade: _____

Formação: _____ Escolaridade: _____

É fumante? ()1-Sim ()2-Não

1. Conhece a proporção de unidades de saúde que atendem tuberculose?

()1-Sim ()2-Não Especifique o percentual: UBS____ Policlínicas____ PSF____ Hospitais____

2. Quais os profissionais de saúde que atuam com TB nas unidades de saúde? _____

3. Os profissionais de saúde são exclusivos para o atendimento do PCT?

()1-Sim ()2-Não

4. A área territorial da US é bem definida? ()1-Sim ()2-Não Porque? _____

5. Quais as dificuldades para realização do trabalho na US? _____

6. A equipe de saúde utiliza as normas do Ministério da Saúde para o diagnóstico e tratamento da tuberculose? ()1-Sim ()2-Não Se não, porque? _____

7. Como é o fluxo de informações entre as US e SMS? _____

8. Como é feita a distribuição de medicamentos da TB para as US?

()1-mapa mensal ()2-não há fluxo definido ()3-solicitação extra

Em caso de solicitação extra, especificar quais situações: _____

9. Realiza PT na sua unidade? ()1-Sim ()2-Não Caso negativo, encaminha para onde? _____

10. Depois de quanto tempo a unidade recebe os resultados de baciloscopia de escarro?

()1-semanal ()2-quinzenal ()3-não sabe informar

11. Qual a frequência que as amostras de escarro são encaminhadas para o laboratório?

()1-Diário ()2-3X/semana ()3- 1X/semana ()4-Ñ sabe informar ()5-outros, especifique: _____

12.Quais as facilidades em relação a retaguarda laboratorial para o PCT? _____

13.Quais as dificuldades em relação a retaguarda laboratorial para o PCT? _____

14.Quais ações são realizadas pela equipe central do PCT? ()1-supervisão técnica periódica ()2-assessoria ()3-suporte técnico ()4-monitoramento ()5-ações de vigilância epidemiológica ()6-outros

15.Há profissionais treinados para o preenchimento das fichas de notificação de TB?
()1-Sim ()2-Não

16.Como é o registro das atividades de vigilância epidemiológica?_____E quem realiza?_____

17.Quais são as ações realizadas referente ao Sistema de Informação? ()1-boletim de acompanhamento ()2-relatórios ()3-ficha de notificação ()4-outros

18.Como é o fluxo das informações do sistema de informação SINAN? _____

19.A gerência faz relatório sobre o programa? ()1-Sim ()2-Não Em caso positivo, o relatório é divulgado? ()1-Sim ()2-Não Como o relatório é divulgado?_____E para quem? _____ - _____

20.Há contato com organizações comunitárias ou ONG's? ()1-Sim ()2-Não Porque?_____

21.Há planejamento conjunto entre os gerentes dos CS e do PCT? ()1-Sim ()2-Não

22.A equipe de saúde realiza reuniões para discutir e programar seu trabalho?
()1-Sim,quinzenalmente ()2-Sim, sem regularidade ()3-Sim, semanalmente ()4-Sim, mensalmente ()5-Não

23.Quando há carência de insumos, que providências costumam ser tomadas? _____

24.Quando ocorre queixas de usuários, que providências são tomadas? _____E como é feito o encaminhamento? _____

25.São definidas estratégias com relação ao doente de TB que abandona seu tratamento?
()1-Sim ()2-Não
Em caso positivo, que estratégias? ()1-busca ativa ()2-telefonema ()3-visita domiciliar ()4-outros

26.Como se dá a referência dos usuários de TB para outros serviços ou programas?_____E a contra-referência? ()1-ficha e encaminhamento ()2-telefonemas ()3-central de regulação municipal ()4-contato com nível central da SMS

27.Em que situações a gerência do nível central do PCT municipal, tem necessidade de interferir? _____

28.Você considera que o suporte técnico fornecido pelo PCT municipal atende a necessidade da sua unidade? ()1-Sim ()2-Não Porque?_____

29.Como os profissionais da sua unidade de saúde são orientadas para registrar e atuar com os contatos dos doentes de TB? ()1-convocar individualmente ()2-visita domiciliar
()3-telefonema ()4-outros

30.A sua unidade recebe material educativo? ()1-Sim ()2-Não

31.As metas do PTA pactuadas pelas unidades são analisadas em conjunto em relação ao alcance? ()1-Sim ()2-Não Como são analisadas?_____E com quem?_____

Gostaria de fazer algum comentário? ()1-Sim ()2-Não Se sim, especifique:

Baseado em Ruffino-Netto & Villa,TCS (2009)

**Apêndice Nº 1.2 – Roteiro de Entrevista Nº 1.2 para Gestor:
Secretário de Saúde**



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SÉRGIO AROUCA
ENSP

APÊNDICE Nº 1.2

Questionário para Gestor: () Secretário Municipal de Saúde

**Projeto de pesquisa: Avaliação da implantação do Programa de controle da Tuberculose
em unidades da atenção básica nas regionais norte e sul de Cuiabá/MT, 2010**

Data: _____ Local da entrevista: _____

Nome: _____ Cargo: _____

Tempo que ocupa o cargo: _____ Sexo: () 1-M () 2-F Idade: _____

Formação: _____ Escolaridade: _____

Vínculo empregatício: _____ É fumante? () 1-Sim () 2-Não

1. Tem participação em conselhos? () 1-Sim () 2-Não Se sim, quais? _____

2. Como é a atuação do Secretário de Saúde no controle da Tuberculose? _____

Existe um protocolo de atuação? _____

3. Conhece a proporção de unidades que atendem pacientes de TB? () 1-Sim () 2-Não

Especifique o percentual: UBS _____ Policlínicas _____ PSF _____ Hospitais _____

4. Quais os profissionais de saúde que atuam com TB nas UBS? _____

5. A área territorial das UBS são bem definidas? () 1-Sim () 2-Não Porque? _____

6. Quando as UBS realizam o PTA, é feita análise sobre o alcance de metas?

() 1-Sim () 2-Não Caso positivo, como é feito? _____

7. Quais os principais indicadores para TB? _____

9. Quais as dificuldades para realização do trabalho nas ações de controle da TB no município? _____

10. As equipes de saúde das UBS utilizam as normas do Ministério da Saúde para o diagnóstico e tratamento da pessoa com TB? () 1-Sim () 2-Não Se não, porque? _____

11. Como é o fluxo de informações entre as UBS e a SMS? _____

12. Como é feita a distribuição de medicamentos de tuberculose para as UBS?

() 1-mapa mensal () 2-não há fluxo definido () 3-solicitação extra

Em caso de solicitação extra,especificar em quais situações _____

13.É feito avaliação dos mapas de medicamentos recebidos das UBS? ()1-Sim ()2-Não
Porque? _____

14.Quais as facilidades em relação a retaguarda laboratorial para o PCT? _____

15. Quais as dificuldades em relação a retaguarda laboratorial para o PCT? _____

16.Quais as ações que são realizadas pela equipe central em relação ao PCT para as UBS?
()1-supervisão técnica periódica ()2-assessoria ()3-suporte técnico
()4-monitoramento ()5-ações de vigilância epidemiológica

17.Como é o registro das atividades de vigilância epidemiológica? _____ E
quem o realiza? _____

18.Quais as ações realizadas referentes ao sistema de informação?
()1-boletim de acompanhamento ()2-relatórios ()3-ficha de notificação ()4-outros,
especifique: _____

19.Há profissionais treinados para a análise das fichas de notificação? ()1-Sim ()2-Não

20.Quais as dificuldades em relação ao sistema de informação?
()1-equipamentos ()2-recursos humanos ()3-qualificação ()4-outros

21.Como é o fluxo das informações do sistema de informação SINAN? _____
Com que frequência? _____

22 gerência faz relatório sobre o programa? ()1-Sim ()2-Não
Em caso positivo , o relatório é divulgado? ()1-Sim ()2-Não
Se divulgado, como? _____ E para quem é divulgado? _____
E em caso negativo, porque? _____

23.Há contato com organizações comunitárias ou ONG's? ()1-Sim ()2-Não

24.Há planejamento conjunto entre os gerentes das UBS e do PCT ? ()1-Sim ()2-Não
Caso negativo, porque? _____

25.A equipe de saúde realiza reuniões para discutir e programar seu trabalho?
()1-sim, quinzenalmente ()2-sim, sem regularidade ()3-sim, semanalmente ()4-sim,
mensalmente ()5-não

26.Quando há carência de insumos, que providências costumam ser tomadas? _____

27.Quando ocorre queixa dos usuários, que providências são tomadas? _____ E como é
feito o encaminhamento? _____

28.São definidas estratégias com relação ao doente que abandona o tratamento?
()1-Sim ()2-Não

Em caso positivo, quais estratégias? ()1-busca ativa ()2-telefonema ()3-visita domiciliar
()4-outros

29.Como se dá a referência dos usuários de TB para outros serviços ou programas? _____ E a contra-referência?

()1-ficha de encaminhamento ()2-telefonemas ()3-central de regulação municipal

()4-contato com nível central do PCT municipal

30.Em que situações a gerência do nível central do PCT municipal, tem necessidade de interferir? _____

31.Você considera que o suporte técnico fornecido pelo PCT municipal atende a necessidade das UBS? ()1-Sim ()2-Não Porque? _____

32.Como as equipes das unidades de saúde são orientadas para registrar e atuar com os contatos dos doentes de TB? ()1-convocar individualmente ()2-visita domiciliar

()3-telefonema ()4-outros Se outros, especifique _____

Gostaria de fazer algum comentário? ()1-Sim ()2-Não _____

Baseado em Ruffino-Netto & Villa,TCS (2009)

Apêndice Nº 2 - Roteiro de Entrevista Nº 2 para profissionais

Questionário para profissionais de Saúde Nº 2: ()1-PSF ()2-Centros de Saúde
()1-Médico ()2-Enfermeiro ()3-Téc. de Enfermagem ()4-Aux. de Enfermagem ()5-ACS
Projeto de Pesquisa: Avaliação da implantação do Programa de controle da Tuberculose em unidades da atenção básica nas regionais norte e sul de Cuiabá/MT, 2010
Data: _____ Local da entrevista: _____ Nº do questionário: _____
Nome da Unidade de Saúde: _____ É fumante: _____
Nome: _____ Idade: _____ Especialidade? _____
II – Gerais
Qual horário de atendimento da US: _____
Quais os profissionais de saúde que atuam com TB na sua unidade?
()1-Médico ()2-Enfermeiro ()3-Técnico de enfermagem
()4-Auxiliar de Enfermagem ()5-ACS ()6-Outros, quem _____
Tem algum profissional específico que responde pelo PCT na sua unidade? ()1-Sim ()2-Não
Os profissionais de saúde são exclusivos para o atendimento do programa de TB?
()1-Sim ()2-Não
A área territorial da US é bem definida? ()1-Sim ()2-Não
Quais as dificuldades para realização do trabalho na US? _____
A equipe de saúde utiliza as normas do Ministério da Saúde para o diagnóstico e tratamento da pessoa com tuberculose? ()1-Sim ()2-Não Se não, porque? _____
Oferece teste de HIV aos pacientes de TB? ()1-Sim ()2-Não Porque? _____
Já trabalhou com pacientes com tuberculose antes, em outros serviços? ()1-Sim ()2-Não. Em caso positivo, por quanto tempo? _____ e onde? _____
Na sua unidade possui Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose e Protocolo de Enfermagem? ()1-Sim ()2-Não
III – Atendimento
Como é feita a recepção dos doentes novos de TB? _____
Quais são as demandas mais frequentes? ()1-Exponetânea ()2-Encaminhamento ()3-Diag. Diferencial ()4-Outros, quais _____
Todo sintomático respiratório é orientado para realização de exame bacilos cópico?
()1-Sim ()2-Não. Em caso negativo, quais os critérios adotados? _____
O exame radiológico é solicitado para todos os doentes suspeitos de TB? ()1-Sim ()2-Não. Em caso negativo, qual a conduta adotada? _____
Como é feita a coleta de material para baciloscopia? ()1-Orientado coleta em casa
()2-Coletado em local específico na unidade de saúde ()3-Coletado em qualquer local da unidade de saúde
O exame de baciloscopia do escarro é encaminhado ao laboratório quantas vezes por semana? ()1-Diário ()2- 3x semana ()3- 2x semana ()4- 1x na semana
Qual é o tempo entre a coleta e a chegada do resultado? ()1-24hs ()2-48hs ()3-semanal ()4-quinzenal
Inicia-se o tratamento para TB sem o resultado do exame de baciloscopia de escarro?
()1-Sim ()2-Não. Em caso positivo, em que caso(s)? _____
De que forma são feitas as marcações das consultas na unidade de saúde para os doentes de TB? E para os suspeitos da doença. _____
Qual é o tempo de espera entre o agendamento e a primeira consulta?
()1- 1 semana ()2- 2 semanas ()3- 1 mês ()4- Outros
Qual é o tempo de espera do doente para ser atendido no dia da consulta?
()1- menos de meia hora ()2- 30 a 60 minutos ()3- 1 a 2 horas ()4- acima de 2 horas

()5- não sabe

Qual é a duração da consulta? ()1- 10 minutos ()2- 20 minutos ()3- meia hora ()4- Outros

O tempo da consulta é suficiente para o paciente relatar suas queixas e esclarecer suas dúvidas?()1-Sim ()2-Não

Qual é média de consultas agendadas durante o tratamento?

()1- 6 consultas ()2- 4 consultas ()3- 2 consultas ()4- 1 consulta ()5- nenhuma

O paciente é atendido sempre pelo(s) mesmo(s) profissional(is)? ()1-Sim ()2-Não. Em caso negativo, como é feito o atendimento? _____

Como é informado o diagnóstico e a forma de tratamento?

()1-Durante a consulta pelo profissional médico ou enfermeiro

()2-Durante a consulta por qualquer profissional da equipe da unidade ()3-Outros

Onde é feita a dispensação de medicamentos para os pacientes? ()1-em sala específica do programa

()2-na farmácia da unidade ()3-em casa ()4-outros

Como é feito a solicitação de medicamento para a SMS e com que frequência é feita _____

No último ano houve falta de medicamentos? ()sim ()não. Em caso positivo, que medicamentos e em que período? _____

Quando confirmado o caso de TB na sua unidade, é oferecido o TDO? ()1-Sim ()2-Não Em caso negativo, porque? _____

Quem acompanha o paciente que faz o tratamento supervisionado?

()1-Médico ()2-Enfermeiro ()3-Téc. De Enfermagem ()4- Aux. De Enfermagem

()5-ACS ()6-Outros

Caso o acompanhamento seja feito por outros, é feito orientação específica sobre o tratamento?

()1-Sim ()2-Não

Como é feito o atendimento dos pacientes que aparecem sem consulta marcada? Existe algum critério para o atendimento? _____

IV – Prevenção

O serviço realiza atividades de grupo com os pacientes? ()1-Sim ()2-Não.

Em caso positivo, de que tipo? ()1-Palestras ()2-Reuniões ()3-Outros

E com que frequência as ações são realizadas? ()1-Semanal ()2-Quinzenal ()3-Mensal ()4-Não realiza

Quem são os profissionais envolvidos nas ações de prevenção? ()1-Médico ()2-Enfermeiro ()3-ACS ()4-Convidado externo ()5-Outros, quem _____

Quais são as ações de prevenção que são realizadas pela US? _____

Como é feita a abordagem dos contatos? ()1-Convocado durante a consulta ()2-Telefonia ()3-Outros

Caso os contatos compareçam a US, quais procedimentos são realizados? ()1-Consulta Médica ()2-Orientações ()3-PPD ()4-Consulta de Enfermagem ()5-Solicitado RX

()6-Outros, especifique: _____

A busca de casos é realizada na unidade? ()1-Sim ()2-Não Em caso positivo, como é feita?

()1-Palestras ()2-Reuniões na comunidade ()3-Sala de espera ()4-Outros E por quem é feita? _____

São realizadas visitas domiciliares? ()1-Sim ()2-Não.

Em que casos as visitas domiciliares são realizadas, e quem as faz? _____

Existe agendamento ou cronograma pela equipe da unidade de saúde para realizar visita domiciliar? ()1-Sim ()2-Não

V – Diagnóstico

1. Há algum problema na realização de exames laboratoriais? ()1-Sim ()2-Não. Em caso positivo, qual(is)? _____
2. Existe impresso específico para solicitação do exame de baciloscopia de escarro?
()1-Sim ()2-Não
3. Quais são os profissionais de sua unidade que solicitam a baciloscopia de escarro?
()1-Médico ()2-Enfermeiro ()3-Téc. De Enfermagem ()4-Aux. De Enfermagem ()5-ACS
()6-Todos
4. Qual o horário de recebimento da baciloscopia de escarro na US? _____
5. Como é feito a orientação ao paciente sobre a coleta para o exame da baciloscopia de escarro
()1-Colher no momento do diagnóstico na US, especifique o local _____
()2-Colher em casa ()3-Colher 1 amostra ()4-Colher 2 amostras

VI - Sistema de Notificação

1. Como é feita a notificação do caso de tuberculose e quem faz? _____
2. Depois de quanto tempo após o diagnóstico de TB é preenchida a ficha de notificação?

E quanto tempo após o preenchimento da ficha de notificação a mesma é enviada à SMS.

- ()1- 15 dias ()2- 1 semana ()3- 3 dias ()4- 1 dia
3. As informações coletadas e consolidadas pelo Sistema de Informação são utilizadas para tomada de decisões? ()1-Sim. ()2-Não
4. Você participa ou já participou de alguma avaliação do Sistema de Informação?
()1-Sim ()2-Não
5. Em que momento é feito o preenchimento do Livro de Registro de Casos de TB (Livro Verde)? _____

E com que periodicidade o livro é atualizado? ()1-Mensal ()2-Quinzenal ()3-Semanal

- ()4-Outros, especifique: _____

6. Cite quais são os impressos específicos utilizados pelo PCT? _____

VII – Intersetorialidade

1. Existe integração entre a US em que você atua e as equipes de PSF da sua região?
()1-Sim ()2-Não
2. A sua unidade notifica casos de tuberculose?()1-Sim ()2-Não
3. Na sua opinião, a distância entre a residência do usuário e a unidade de saúde é fator limitante para o atendimento? ()1-Sim ()2-Não. Por que? _____
4. A gerência do PCT da SMS consegue dar resposta às necessidades da sua unidade no que diz respeito à TB? ()1-Sim ()2-Não Se não porque? _____

Gostaria de fazer algum comentário: _____

Apêndice 3 - Roteiro de Entrevista Nº 3 para doentes de tuberculose

APÊNDICE 3	
Questionário para doentes de tuberculose: Nº 3	
Projeto de Pesquisa: Avaliação da implantação do Programa de controle da Tuberculose em unidades da atenção básica nas regionais norte e sul de Cuiabá/MT, 2010	
Nº do questionário: _____	Unidade de Saúde: _____
Nome: _____	Idade: _____ Sexo: ()1-M ()2-F É fumante: _____
Profissão: _____	ACS resp: _____
Qual horário de atendimento da US: _____	
Há quanto tempo o senhor(a) utiliza este serviço? ()1-Há 1 mês ()2-Há 6 meses ()3-Sempre utilizou ()4-Nunca utilizou	
Mora na área de abrangência dessa unidade de saúde? ()1-Sim ()2-Não	
O senhor(a): ()1-Escolheu este serviço por conta própria ()2-Foi encaminhado para ele. Se foi encaminhado, por quem? _____	
Quanto tempo após o início dos sintomas, o senhor(a) soube do seu diagnóstico? ()1-Menos de 1 mês ()2-Entre 1 e 2 meses ()3- 3 a 4 meses ()4-Mais de 4 meses	
Foi oferecido teste de HIV? ()1-Sim ()2-Não O senhor(a) fez o exame? ()1-Sim ()2-Não Porque? _____	
O senhor(a) fez o exame do escarro para diagnóstico? ()1-Sim ()2-Não Se não porque? _____ Quantas amostras o senhor(a) colheu? _____ Onde colheu? _____	
A US forneceu coletor para o senhor(a)? ()1-Sim ()2-Não	
Quem busca ou buscava o medicamento do seu tratamento de TB? _____	
O senhor(a) mudaria deste serviço para outro local? ()1-Sim ()2-Não Porque? _____	
Quanto tempo o senhor(a) percorreu para chegar até aqui? ()1-15 minutos ()2-30 minutos ()3-1 hora ()4-Outros _____	
O senhor(a) tem que esperar um longo tempo para marcar uma consulta neste serviço? ()1-Sim ()2-Não ()3-O serviço não marca consulta ()4-A consulta é pré agendada	
Quando tem que vir a este serviço, o senhor perde o dia de trabalho? ()1-Sim ()2-Não	
Quanto tempo o senhor(a) espera neste serviço para ser consultado pelo Médico? ()1-Menos de meia hora ()2- 30 a 60 minutos ()3- 1 a 2 horas ()4-Acima de 2 horas ()5-Não Sabe	
Quanto tempo, em média, dura a consulta médica? ()1- 10 minutos ()2- 20 minutos ()3- 30 minutos	
Quanto tempo o senhor(a) espera neste serviço para ser consultado pelo Enfermeiro? ()1-Menos de meia hora ()2- 30 a 60 minutos ()3- 1 a 2 horas ()4-Acima de 2 horas ()5-Não Sabe	
Quanto tempo, em média, dura a consulta de enfermagem? ()1- 10 minutos ()2- 20 minutos ()3- 30 minutos	
Quando o senhor(a) vem a este serviço, é atendido(a) pelo mesmo profissional de saúde? ()1-Sim ()2-Não	
Quando o senhor(a) tem alguma dúvida sobre o seu tratamento de TB, o senhor(a) conversa com qual profissional de saúde deste serviço? ()1-Médico ()2-Enfº ()3-Téc. de Enf. ()4-Aux. de Enf. ()5-ACS ()6-Outros, quem _____	
Quais são as suas dúvidas sobre a sua doença? _____	
O médico ou enfermeiro responde a suas perguntas de maneira que o senhor(a) entenda? ()1-Sim ()2-Não ()3-Algumas vezes	
Neste serviço, o senhor(a) tem tempo suficiente para falar sobre suas preocupações ou problemas? ()1-Sim ()2-Não ()3-Algumas vezes	
O senhor(a) acha que o médico ou enfermeiro entende o que o senhor(a) fala? ()1-Sim ()2-Não ()3-Algumas vezes	

Foi oferecido ao senhor(a) o Tratamento Diretamente Observado/TDO? ☐ 1-Sim ☐ 2-Não Como era, descreva: _____ Os profissionais de saúde deste serviço conhecem sua família? ☐ Sim ☐ Não Quais profissionais? _____ O senhor(a) acha que os profissionais deste serviço conhecem os problemas de saúde da sua comunidade? ☐ 1-Sim ☐ 2-Não As pessoas que moram com o senhor(a) foram convocados para fazerem exame na US? ☐ 1-Sim ☐ 2-Não E foram examinados? ☐ 1-Sim ☐ 2-Não Já recebeu visita domiciliar? ☐ 1-Sim ☐ 2-Não Em caso positivo, de qual profissional? _____ Que assuntos são abordados durante a visita domiciliar? _____ Já recebeu algum comunicado para comparecer à unidade? ☐ 1-Sim, por ter faltado a consulta ☐ 2-Sim, por outro motivo ☐ 3-Não, mesmo tendo faltado a consulta ☐ 4-Não Se por outro motivo, qual: _____ Resultado do tratamento: _____ Quais as principais dificuldades desta US: _____ Gostaria de fazer algum comentário? _____
--

Baseado em Ruffino-Netto & Villa,TCS (2009)

Apêndice 4 – Roteiro de Observação Direta Unidade de Saúde

APÊNDICE 4 Roteiro de Observação Direta no Serviço ()1-CS ()2-PSF Projeto de pesquisa: Avaliação da implantação do Programa de controle da Tuberculose em unidades da atenção básica nas regionais norte e sul de Cuiabá/MT, 2010 Data: _____ Nome da unidade: _____	
I – Recepção do serviço	
• Horário de funcionamento do serviço: ()1-Período integral ()2-Período Matutino ()3-Período Vespertino Obs: Fecha p almoço? ()1- Sim ()2- Não Se sim, porque? _____ • Forma de organização da chegada dos usuários ao serviço: ()1-Fila única diária ()2-Agendamento semanal ()3-Agendamento mensal Obs: Horário do agendamento: _____ • Ambiente, privacidade do usuário: ()1-Sala própria para o atendimento ()2-Sala em conjunto com outros atendimentos, quais: _____ ()3-Horário específico para atendimento, especifique: _____ • Registro de dados: ()1-Prontuários único ()2-Prontuário familiar ()3-Prontuário específico para PCT Obs: Especifique o local onde é arquivado: _____ • Possui quadros informativos: ()1-Quadro de funcionários ()2-Quadro de prazos para resultados de exames ()3-Quadro de informações gerais ()4-Outros, especifique: _____ • Possui caixa de sugestões e/ou reclamações em local visível e identificados (dispõe de caneta e papel) ()1- Sim ()2- Não • Assinale se possui salas específicas para os referidos atendimentos ()1- Sala de curativo ()2- Sala de aerosol ()3- Sala de vacina ()4- Almoxarifado ()5- Consultórios médicos, quantos: _____ ()6- Sala de esterelização ()7- Sala de expurgo ()8- Sala para triagem e/ou pré consulta ()9-Farmácia ()10-Cozinha ()11- Sala de enfermagem ()12- Sala de gerência ()13- Banheiros fem e masc para usuários ()14-Banheiros fem/masc para funcionários ()15-Outros, especifique: _____ • Possui lixeira em local disponível ()1- Sim ()2- Não	
II – Sala de espera	• Espaço físico (Bom: local espaçoso, limpo, ventilado, arejado, iluminado e com cadeiras em qtidade suficiente para espera do atendimento da clientela; Médio: atende parcial; Ruim: não atende) ()1-Bom ()2-Médio ()3-Ruim • Reclamações: ()1-Feitas oralmente ()2-Feitas oficialmente Obs.: Existe caixa de sugestões e/ou reclamações? ()1-Sim ()2-Não Se sim, é fornecido condições para o registro dos mesmos? ()1- Sim ()2-Não _____ • Cartazes: ()1-Existe em local visível ()2-Não existe Se não, porque? _____ • Folders disponíveis para população: ()1-Existe em local visível ()2-Não existe Se não, porque? _____

III – Consultórios Equipamentos e outros insumos (1 para Sim e 2 para Não): ☐ 1-Balança de adulto ☐ 2-Formulário de atendimento ☐ 3-Termômetro ☐ 4-Negatoscópio ☐ 5-Mesa com três cadeiras ☐ 6-Mesa de exame ☐ 7-Ventilador e/ou exaustor ☐ 7.1- de teto ☐ 7.2- de parede ☐ 7.3- de mesa ☐ 8-Porta do consult fechada Nº de consultórios: _____ É realizado a pesagem dos pacientes? ☐ 1- Sim ☐ 2- Não Obs.: Quando e onde é realizado a pesagem dos pacientes? _____
IV – Trabalho dos profissionais de enfermagem Tipo de atividade desenvolvida por cada profissional (Bom: Tem disponibilidade e conhecimento para atender o usuário, Médio: Tem disponibilidade e conhecimento parcial para atender o usuário, Ruim: Não tem disponibilidade e nem conhecimento para atender o usuário) Enfermeiro: ☐ 1-Bom ☐ 2-Médio ☐ 3-Ruim Téc. de Enf: ☐ 1-Bom ☐ 2-Médio ☐ 3-Ruim Aux. de Enfermagem: ☐ 1-Bom ☐ 2-Médio ☐ 3-Ruim Nº de consultas durante o tratamento de TB: _____
V- Farmácia Dinâmica do atendimento (Pacientes de Tb junto com pacientes de outros programas, filas, espera) ☐ 1-Sim ☐ 2-Não Se não, onde é realizado atendimento? _____ Formas de registro (Bom: Livro específico, Médio: Livro não específico, Ruim: Não registra) ☐ 1-Bom ☐ 2-Médio ☐ 3-Ruim Medicamentos disponíveis: ☐ Rifampicina ☐ Isoniazida ☐ Pirazinamida ☐ Etambutol ☐ Estreptomicina ☐ Etionamida Local e condições de armazenamento dos medicamentos (Bom: Adequado, Médio: Parcialmente adequado, Ruim: Inadequado) ☐ 1-Bom ☐ 2-Médio ☐ 3-Ruim Guardado em armário fechado na sala de atendimento do programa ☐ 1-Sim ☐ 2-Não Guardado em armário aberto na sala de atendimento do programa ☐ 1-Sim ☐ 2-Não Guardado em armário fechado na farmácia ☐ 1-Sim ☐ 2-Não Guardado em armário aberto na farmácia ☐ 1-Sim ☐ 2-Não Guardado em outro local da US ☐ 1-Sim ☐ 2-Não Especifique, onde: _____
VI – Trabalho do profissional médico Registro do atendimento (Bom: em local adequado e oportuno, Médio: parcialmente, Ruim: em local inadequado e inoportuno) ☐ 1-Bom ☐ 2-Médio ☐ 3-Ruim Nº de consultas durante o tratamento de TB: _____

Baseado em Ruffino-Netto & Villa,TCS (2009)

Apêndice 4.1 – Roteiro de Observação Direta Almojarifado

APÊNDICE 4.1

Roteiro de Observação Direta: Almojarifado- SMS Cuiabá Data: _____

- **Horário de funcionamento do serviço:**

()1-Período integral ()2-Período Matutino ()3-Período Vespertino

Obs: Fecha p almoço? ()1- Sim ()2- Não Se sim, porque? _____

- **Forma de organização da chegada dos medicamentos:**

()1-Prateleira

()2-Armários individuais

- **Ambiente:**

()1-Sala com ar condicionado

()2-Sala arejada

()3-Longe da luz solar

- **Horário específico para atendimento, especifique** _____

- **Existe impresso padronizado p/ solicitação de medicamentos da TB:**

()1- Sim ()2- Não

- **Articulação com o ERS:**

- **Distribuição dos medicamentos para as US:**

()1- Semanal ()2-Quinzenal ()3-Mensal ()4- Outros, especifique: _____

- **Em situações de solicitações extras:** _____

- **Horário de entrega às US:**

()1-Período manhã ()2-Período tarde ()3-Período integral ()4-Outros

- **Registro das solicitações de medicamentos:**

()1-US solicita por escrito ao almojarifado ()2-US solicita por escrito ao PCT ()

3- US solicita por telefone ao almojarifado ()4-Outros, especifique: _____

- **Formas de transporte dos medicamentos:**

()1-Medicamentos transportados em caixas ()2-Medicamentos transportados em sacolas plásticas ()3-Outros

- **Meios de transporte:**

()1- Medicamentos transportados em carros ()2-Medicamentos transportados em motos

Gostaria de fazer algum comentário: _____

Apêndice 4.2 – Roteiro de Observação Direta Almoxarifado

APÊNDICE 4.2: Roteiro de Entrevista LACEC – SMS Cuiabá	Data: ____/____/____
I – Recepção do serviço	
• Horário de funcionamento do serviço: ()1-Período integral ()2-Período Matutino ()3-Período Vespertino Obs: Fecha p almoço? ()1- Sim ()2- Não Se sim, porque? _____	
II- Quanto a infra-estrutura e insumos	
2.1- A amostra de escarro para baciloscopia:	
()1-é coletada em sala com comunicação para o ambiente externo e condições de privacidade para o paciente.	
()2-é coletada ao ar livre, em local que favoreça privacidade ao paciente.	
()3-é coletada no banheiro da unidade	
()4-outro local, onde? _____	
2.2- O transporte da amostra:	
()1-é feito de acordo com as normas de transporte de amostras do PCNT.	
()2-não é feito de acordo com as normas de transporte de amostras do PCNT.	
Nesse caso, explique: _____	
2.3- A rotina para recebimento de amostra de escarro é apenas das UBS? O usuário pode entregar pessoalmente no laboratório? ()1-Sim, apenas nas UBS ()2-Não ()3-Sim, o usuário pode entregar pessoalmente no laboratório	
Se o usuário pode entregar pessoalmente no laboratório, existe horário para esse tipo de recebimento?	
Especifique: _____	
2.4- Forma de transporte das amostras de escarro das UBS para o laboratório:	
()1-em caixas térmicas ()2-outros, especifique: _____	
2.5- Meios de transporte das UBS para o laboratório: ()1-carro ()2-moto	
2.5- O fornecimento de coletores para coleta da amostra:	
()1- são fornecidas pelas UBS ()2-não são fornecidas pelas UBS.	
2.6- Como é feito a solicitação de coletores pelas UBS:	
()1-C.I. ()2-via telefone ()3-via nível central do PCT ()4-reposição automática ()5-outros	
Se outros, especifique: _____	
2.7- Quanto ao(s) microscópio(s) utilizado(s) para a leitura das baciloscopias:	
()1-recebe(m) manutenção preventiva. ()2-não recebe(m) manutenção preventiva OBS.: _____	
2.8- Existe impresso padronizado para solicitação de baciloscopia de escarro?	
()1- Sim ()2- Não	
Descreva sobre a qualidade de preenchimento: _____	

2.9- Horário de entrega de resultado da baciloscopia de escarro às UBS: ☐ 1-Período manhã ☐ 2-Período tarde ☐ 3-Período integral ☐ 4-Outros Se outros, especifique: _____ 2.9.1- Tempo de entrega de resultado da baciloscopia de escarro para as US: _____ 2.9.2- Existe articulação do laboratório com o MT-Laboratório/LACEN: ☐ 1- Sim ☐ 2- Não Obs.: _____ 2.9.3-O laboratório emite relatório de produção das baciloscopias de escarro para a coordenação do PCT municipal? ☐ 1- Sim ☐ 2- Não E com que frequência? _____
III – Quanto aos procedimentos técnicos
3.1- O laboratório participa do controle de qualidade? ☐ 1-Sim ☐ 2-Não
IV- Quanto aos recursos humanos
4.1- Treinamento: ☐ 1-Toda a equipe do laboratório foi treinada pelo LACEN ☐ 2-Há pelo menos um profissional treinado para realizar a baciloscopia em cada turno de trabalho. ☐ 3-Os profissionais não foram treinados pelo LACEN ☐ 4-outros 4.2- Quanto à capacidade de atendimento da demanda: ☐ 1-Há profissionais treinados em quantidade suficiente para atender a demanda do laboratório. ☐ 2-Não há profissionais treinados em quantidade suficiente para atender a demanda do laboratório. OBS.: _____
4.3- Quanto ao atendimento ao paciente: ☐ 1-Há pelo menos um profissional treinado para dar orientações sobre a coleta da amostra aos pacientes suspeitos de tuberculose em cada turno. ☐ 2-Há turnos em que não há um profissional treinado para dar orientações sobre a coleta da amostra aos pacientes suspeitos de tuberculose.
Livro de registro
Nº de baciloscopias de escarro registradas: Nº de baciloscopias de escarro realizadas para diagnóstico: _____ + ☐ Neg ☐ Nº de baciloscopias de escarro para controle: _____ + ☐ Neg ☐
Sistema de Cadastro de baciloscopias de escarro
GAL: _____ Período de início do cadastro: ____/____/____ Quem tem acesso ao sistema: _____ Quem digita: _____
Identificação profissional
FORMAÇÃO: _____ FUNÇÃO: _____ SEXO: _____ IDADE: _____ TEMPO DE TRABALHO COM TUBERCULOSE: _____ Gostaria de fazer algum comentário: _____

Apêndice 5 - Roteiro para análise dos prontuários



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

APÊNDICE 5: Roteiro para análise dos prontuários

I. Identificação da unidade: _____

Regional: _____ **Data:** _____

a) Prontuários: ()1-Individual ()2-Familiar

b) Conservação: ()1-adequado ()2-parcialmente ()3-inadequado

Como: ()1-envelopes ()2-pastas

Justificativa: _____

• **Onde os prontuários dos pacientes em tratamento são arquivados:**

()1-sala do programa ()2-sala do enfermeiro ()3-sala de triagem

()4-sala de pré consulta

Justificativa: _____

II. Anamnese e evolução:

1. Anamnese

c) Descrição de sinais e sintomas (tosse e expectoração)

d) História de tratamento anterior

e) História de contato

f) Doença associada

2. Solicitação ou resultados de exames laboratoriais

a) Baciloscopia de escarro

b) Rx tórax

c) Outros

3. Sinais vitais

a) Peso

4. Exame físico

5. Forma clínica

III. Tratamento/ evolução terapêutica

a) Registro do esquema terapêutico indicado

b) Registro doses mensais

c) Registro efeitos adversos

d) Registro outras ocorrências e encaminhamentos

e) Registro resultado exames solicitados

f) Data início tratamento

g) Esquema tratamento

h) Forma de administração dos medicamentos

i) Número de baciloskopias solicitadas

j) Número de resultados de baciloskopias registradas

k) Mês de solicitação das baciloskopias de escarro

IV. Alta terapêutica

a) Registro tipo de alta

b) Data da alta

c) Solicitação de baciloscopia de alta

d) Registro de resultado de baciloscopia de alta

Onde os prontuários dos pacientes de alta são arquivados?

()1-sala do programa ()2-sala do enfermeiro ()3-sala de triagem

()4-sala de pré consulta

Justificativa: _____

V. Contatos

a) **Registrados**

b) **Examinados**

Registros de consultas ou atendimentos

()1-adequado ()2-parcialmente ()3-inadequado

a) **Dados**

b) **Assinados**

c) **Legível**

d) **Orientação individual**

e) **Orientação sobre contatos**

f) **Informações: nome mãe, peso, endereço, referência**

• **Possui anexos:**

()1-cartão de TDO ()2-resultado de BK diagnóstico ()3-resultado de BK controle

()4-resultado de cultura de escarro ()5-resultado de HIV ()6-outros exames laboratoriais

()7-cartão de aprazamento ()8-formulário de pendência do laboratório municipal

()9-ficha de encaminhamento/transferência ()10-ficha de notificação/investigação

()11-termo de responsabilidade ()12-laudo de RX

• **Nº de consultas médicas:**

• **Nº de consultas de Enfermagem:**

• **Obs.:** _____

APÊNDICE 6 – Matriz de relevância

Dimensão	Categorias	Crítérios	Relevância
Contexto Organizacional	Gestão e Planejamento	Tempo de gerência	RRR
		Planejamento entre a equipe técnica do PCT com participação dos gerentes das unidades	RRR
		Equipe realiza reuniões para discutir e programar ações de controle da tuberculose	RRR
		Ações de supervisão são realizadas pela equipe do nível central do PCT	RRR
		Existe fluxo das informações do SINAN	RRR
		Equipe técnica do PCT faz relatório sobre a tuberculose	RRR
		Conhece a proporção de unidades que atendem tuberculose	RRR
		Área territorial das unidades são bem definidas	RRR
		Conhecimento dos profissionais que atuam com tuberculose	RRR
		Equipe utiliza normas do PNCT	RRR
		São analisadas metas do PTA	RRR
		Necessidade de interferência da gestão do PCT nas unidades para realização das ações	RRR
		Suporte do nível central do PCT atende as necessidades das unidades	RRR
		Envia coletor de escarro para as unidades	RRR
	Serviços de referência e insumos	Análise dos mapas de medicamentos das unidades	RRR
		Distribuição de medicamentos de tuberculose para as unidades	RRR
		Pré definição do fluxo para os doentes realizarem prova tuberculínica	RRR
		Definição para referência e contra referência para doentes de tuberculose	RRR
		Estratégias definidas para as unidades de como registrar e atuar com os contatos dos doentes de tuberculose	RRR
		Estratégias definidas para doentes de tuberculose em abandono de tratamento	RRR
	Vigilância Epidemiológica	Profissionais capacitados para realizarem o acompanhamento das informações no SINAN	RRR
		Definida frequência do fluxo de informações entre as unidades de saúde e a SMS	RRR
		Realização de ações de vigilância epidemiológica	RRR
		Tempo de notificação após diagnóstico de tuberculose	RRR
		Tempo após notificação preenchida e envio à SMS	RRR
		Momento do preenchimento do livro de registro de casos de tuberculose	RRR
		Periodicidade da atualização do livro de registro de casos de tuberculose	RRR
Contexto Externo	Vulnerabilidade	Renda por pessoa	RRR
		Residentes por casa	RR
		Grau de escolaridade	RR
Contexto de Implantação	Prevenção	Realização periódica da busca ativa de casos	RR
		Realiza ações de prevenção - comunicação em saúde	RRR
		Existe agendamento para realização de visitas domiciliares	RR
		Realiza prova tuberculínica – PT	RRR
		Realização e registro de exame de contato	RR
		Recebe material educativo	RRR

Dimensão	Categorias	Critérios	Relevância
Contexto de Implantação	Diagnóstico	Sintomáticos respiratórios são submetidos a baciloscopia de escarro	RR
		Orientação sobre local para coleta do escarro para baciloscopia	RRR
		Horário de recebimento da amostra de escarro	RRR
		Oferta de exame baciloscópico para diagnóstico	RRR
		Oferta de exame baciloscópico para acompanhamento	RRR
		Oferta de teste HIV	RR
		Existe impresso específico para solicitação de baciloscopia de escarro	RR
		Frequência do transporte das amostras de escarro das unidades ao laboratório	RRR
		Frequência de recebimento dos resultados de baciloscopia de escarro às unidades	RRR
		Tempo de demora para recebimento de resultado de baciloscopia de escarro pelas unidades de saúde	RRR
		Realiza exame Raio x tórax	RR
	Assistência	Tempo entre agendamento e a 1ª consulta	RRR
		Como é informado o diagnóstico e tratamento ao doente de tuberculose	RRR
		Disponibilidade de medicamentos	RR
		Medicamentos são separados por doente	RR
		Profissionais capacitados para atender doente de tuberculose	RR
		Tempo de espera do doente de tuberculose para ser atendido no dia da consulta	RRR
		Duração da consulta	RRR
		Tempo da consulta é suficiente para esclarecimento de dúvidas sobre a doença	RRR
		Atendimento do doente de tuberculose ocorre pelo mesmo profissional	RRR
		Realiza ações de controle da tuberculose	RRR
		Conhecem o protocolo de normas da tuberculose	RR
		Utilizam as normas do PNCT	RR
		Realiza busca dos doentes de tuberculose em abandono de tratamento	RR
		Preenchimento do livro de sintomático respiratório	RRR
		Preenchimento do boletim de acompanhamento	RRR
		Preenchimento do livro de registro de casos de tuberculose	RRR
		Oferece tratamento diretamente observado-TDO aos doentes novos	RR
		Como é o acompanhamento de TODO	RRR
		Estado de conservação e arquivo dos prontuários	RR
		Registro dos prontuários	RRR
		Constam os anexos essenciais ao tratamento de tuberculose	RR
		Consultas médicas registradas	RRR
		Consultas de enfermagem registradas	RRR

Dimensão	Categorias	Crítérios	Relevância
Contexto de Efeito	Qualidade da atenção - Acesso	Consegue atendimento na unidade de saúde	RRR
		Período de atendimento na unidade de saúde	RRR
		A recepção responde as necessidades dos doentes de tuberculose	RRR
		Tempo que utiliza a unidade de saúde	RRR
		Mudaria para outra unidade de saúde	RR
		Tempo percorrido para chegar à unidade de saúde	RRR
		Perde dia de trabalho para vir à unidade de saúde	RR
		Integração com outras unidades de saúde	RR
		Se distância entre residência do doente e a unidade de saúde é fator limitante	RR
	Qualidade da atenção - Prevenção	Contatos são convocados para exame	RR
		Contatos são examinados	RR
		Recebeu visita domiciliar	RR
	Qualidade da atenção - Diagnóstico	Quanto tempo após início dos sintomas soube do diagnóstico	RRR
		Oferecido teste HIV	RR
		Fez exame de escarro para diagnóstico	RR
		Quantas amostras de escarro para diagnóstico	RRR
		Onde colheu as amostras de escarro para diagnóstico	RR
		Unidade forneceu coletor de escarro para diagnóstico	RR
		Fez exame de escarro para controle	RR
		Quantas amostras de escarro para controle	RR
		Onde colheu as amostras de escarro para controle	RR
		Unidade forneceu coletor de escarro para controle	RR
Contexto de Efeito	Qualidade da atenção - Assistência	Quem busca o medicamento na unidade de saúde	RR
		Tempo longo de espera para marcar consulta	RRR
		Quem agenda consulta	RRR
		Tempo de espera para consulta com o médico	RRR
		Tempo de espera para consulta com o enfermeiro	RRR
		Dúvidas são tiradas com qual profissional	RRR
		Oferecido TDO	RR
		Como é o acompanhamento de TDO	RRR
	Resultado de tratamento	Cura	RRR
		Abandono	RRR
		Óbito por tuberculose	RRR

RRR=8 a 10

RR=5 a 7

R= 4