



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



“Avaliação da qualidade da assistência a coinfeção tuberculose/HIV na atenção básica do município de Boa Vista - Roraima”

por

Jacqueline Voltolini de Oliveira

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

Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Marly Marques da Cruz
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Sonia Beatriz dos Santos

Rio de Janeiro, abril de 2012.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Avaliação da qualidade da assistência a coinfeção tuberculose/HIV na atenção básica do município de Boa Vista - Roraima”

apresentada por

Jacqueline Voltolini de Oliveira

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Gisela Cordeiro Pereira Cardoso

Prof.^a Dr.^a Rosely Magalhães de Oliveira

Prof.^a Dr.^a Marly Marques da Cruz — Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 19 de abril de 2012.

“Reconhecer a verdade como verdade, e ao mesmo tempo como erro; viver os contrários, não os aceitando; sentir tudo, de todas as maneiras, e não ser nada, no fim, senão o entendimento de tudo [...].

Fernando Pessoa, *O Caminho da Serpente*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por toda a força, coragem e determinação, por não me deixar desanimar..... diante das dificuldades, iluminar todos os meus passos, por ter colocado em meu caminho amigos com quem pude contar, nos momentos de desespero e dividir conquistas.

À minha mãe **Luzia Voltolini**, pelo amor e preocupação incondicional durante toda a vida.

Às minhas irmãs **Janaine Voltolini e Jeane Voltolini**, e meus cunhados **Wender Silva e Ícaro Vinícius**, e meu grande amigo, **Michel Moraes** pela paciência, apoio e carinho.

Às minhas grandes amigas **Otávia Souza, Auxiliadora Gidrão e Simone Escudero**: vocês fizeram grande diferença durante toda a jornada compartilhada com sorrisos e lágrimas. Nossa amizade será eterna.

Às professoras **Marly Cruz e Sônia Santos**, por terem me acolhido, conduzido, pela atenção a mim dispensada, confiaram no meu potencial, estimularam meu crescimento individual.

À professora **Elizabeth Moreira**, pelas valiosas contribuições e por possibilitar compreender a produção de sentidos que permeiam a avaliação.

À minha equipe do Hospital Geral de Roraima, **Suelen, Neuza, Talita, Fábio e Soares**, por compreender minha ausência em alguns momentos ao longo do ano.

Às equipes das Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista, pela atenção e respeito com a coleta de dados.

A toda a turma do mestrado pelo apoio, palavras de carinho e incentivo, caronas e o dia a dia compartilhado.

À equipe do LASER, pela atenção a mim dispensada e todo apoio recebido.

Obrigada!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretrovirais
BAAR	Bacilo Álcool Ácido Resistente
BCG	Bacilo de Calmette-Guérin
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CREM	Centro de Referência e Especialidades Médicas
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DSL	Distrito Sanitário Leste
DSY	Distrito Sanitário Yanomami
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ELISA	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica/96
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSC	Organização da Sociedade Civil
PECT	Programa Estadual de Controle de Tuberculose
PIB	Produto Interno Bruto
PMAIDS	Programa Municipal de AIDS
PMCT	Programa Municipal de Controle da Tuberculose
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PPD	Purified Protein Derivative
PVHA	Pessoa Vivendo com HIV e AIDS
RH	Recursos Humanos
SAE	Serviço Ambulatorial Especializado
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCGM	Termo de Compromisso de Gestão Municipal
TB	Tuberculose

TBMR	Tuberculose Multirresistente
UBS	Unidade Básica de Saúde
US	Unidade de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UVE	Unidade de Vigilância Epidemiológica

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa da Distribuição da Incidência de Tuberculose por Município no Estado de Roraima, no ano de 2010.....	19
Figura 2	Caracterização das Ações de Tuberculose na Atenção Básica.....	28
Figura 3	Caracterização de HIV/AIDS na Atenção Básica.....	30
Figura 4	Mapa da Organização da Rede de Saúde de Boa Vista, no ano de 2012.....	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Modelo Lógico da Assistência à Coinfecção TB/HIV em Boa Vista – RR TB/HIV.....	38
Quadro 2	Unidades de Saúde e Números de Leitos Cadastrados no Sistema Único de Saúde – SUS, 2008.....	42
Quadro 3	População Residente em Boa Vista por Situação de Domicílio e Sexo no Período de 2000 – 2012.....	47
Quadro 4	<i>Stakeholders</i> da Avaliação.....	51
Quadro 5	Parâmetros de Julgamento de Qualidade.....	58
Quadro 6	Dados das Unidades de Saúde Pesquisadas.....	62
Quadro 7	Matriz de Julgamento da Avaliação da Qualidade da Assistência à Coinfecção TB/HIV/AIDS na Atenção Básica de Boa Vista – RR.....	68
Quadro 8	Matriz de Julgamento da Avaliação da Qualidade da Assistência à Coinfecção TB/HIV/AIDS na Atenção Básica de Boa Vista – RR e o Grau de Implementação.....	70
Quadro 9	Informações Encontradas nos Prontuários dos Usuários.....	73
Quadro 10	Síntese dos Resultados da Pesquisa com Usuários Coinfectados.....	78

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Demonstrativo do Coeficiente de Incidência de Tuberculose de todas as Formas por 100.000 habitantes no Estado de Roraima e Município de Boa Vista, no período de 2001 a 2010.....	20
Gráfico 2	Demonstrativo da Taxa de Mortalidade por HIV/AIDS em Usuários com Tuberculose, no Estado de Roraima, no período de 2001 a 2010.....	21
Gráfico 3	Proporção de Exames de HIV em Relação à Solicitação dos Usuários em Tratamento para Tuberculose, em Boa Vista, no período de 2001 a 2010.....	22
Gráfico 4	Proporção de Positividade dos Usuários com Tuberculose que Realizaram o anti-HIV em Roraima e no Município de Boa Vista, no período de 2001 – 2009.....	24
Gráfico 5	Histórico da Ampliação da Estratégia de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal em Boa Vista, 2012.....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da Cobertura da Estratégia de Saúde da Família em Boa Vista, 2012.....	43
Tabela 2	População Residente em Boa Vista, por Faixa Etária e Sexo, 2012.....	48

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1	Fluxo de Atendimento de Usuários Suspeitos de Tuberculose na Unidade de Saúde 1.....	65
Fluxograma 2	Fluxo de Atendimento de Usuários Suspeitos de Tuberculose na Unidade de Saúde 2.....	66

RESUMO

Este estudo tem por objetivo avaliar a qualidade da assistência a coinfectados por TB/HIV em duas Unidades de Saúde da Família, Município de Boa Vista, Roraima. A pesquisa descreve, analisa e emite julgamento sobre a prevenção e assistência clínica a usuários coinfectados. Baseada nos referenciais do Modelo Lógico e Teórico do Programa que permitiram apresentar, a partir de sua construção, os componentes de insumo, atividade, produtos, resultado e impacto, definir o escopo da avaliação a partir desse encadeamento lógico. Realizou-se um estudo de casos múltiplos, utilizando métodos mistos qualitativos e quantitativos, cuja unidade de observação são usuários coinfectados por TB/HIV, atendidos pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família do município. A base deste estudo foram duas unidades de saúde: uma que continha o maior número de usuários coinfectados e outra com o menor número. Foram utilizados questionários semi-estruturado, a observação direta e a análise de dados em registro sobre coinfeccção TB/HIV e o universo da amostra compreendeu 38 profissionais de saúde e três usuários coinfectados. Para a emissão do julgamento, foi construída uma Matriz de Informação da Avaliação e uma Matriz de Julgamento da Avaliação com as dimensões de conformidade, disponibilidade e qualidade técnica. Os resultados do estudo evidenciaram um contexto organizacional em desenvolvimento que favorece a implementação das ações dos programas de TB e HIV/AIDS. Contudo, o resultado demonstrou uma assistência insatisfatória aos coinfectados na atenção básica, com a ausência de fluxo de atendimento e baixo acompanhamento dos usuários. A partir desse estudo, concluímos que é necessária a priorização dos profissionais da ESF, no acompanhamento dos doentes em TB, bem como dos usuários coinfectados, o que tende a levar a uma melhor qualidade na assistência aos coinfectados assistidos pelas equipes da atenção básica de Boa Vista. Enfim, recomendamos uma profunda discussão sobre o papel da atenção básica na vigilância epidemiológica do HIV/AIDS e da tuberculose, com a construção de fluxos e descentralização da assistência aos usuários coinfectados. Enfim, recomendamos uma profunda discussão sobre o papel da atenção básica na vigilância epidemiológica do HIV/AIDS e da tuberculose no município, com a construção de fluxos e descentralização da assistência aos coinfectados.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação, Qualidade, Coinfecção TB/HIV, atenção básica.

ABSTRACT

This study aims to evaluate the quality of care for patients co-infected with TB / HIV in two Family Health Units, in Boa Vista city, Roraima. The research describes, analyzes and express an opinion about prevention and clinical care to co-infected patients. Based on the Logic and Theoretical Model Program references that allowed to present, from its construction, the input component, activity, product, results and impact, define the evaluation scope from that logical contexture. It has been conducted a multiple case study, using mixed qualitative and quantitative methods, in which patients co-infected with TB / HIV are the observation unit and they are assisted by the Family Health Strategy teams. Two health units were the basis of this study: one that contained the largest number of co-infected patients, and one with the lowest number of coinfectd patients. We used a semi-structured questionnaire, direct observation and analysis of data in records about TB/HIV co-infection and the whole sample was composed by 38 health professionals and three co-infected patients. To set up our judgement about the sample, we constructed an Information Evaluation matrix and a Judgement Evaluation matrix with dimensions of compliance, availability and technical quality. The results of the study showed an organizational context that favors the development of the implementation of the actions of TB programs and HIV / AIDS. However, the results showed an unsatisfactory care to co-infected patients in primary care, with low attendance flow and patients monitoring. From this study, we concluded that the prioritization of the FHS professionals in the management of patients with TB as well as the co-infected users is necessary which can leads to a better care quality for co-infected patients assisted by the Boa Vista Primary care teams. Finally, we recommend a thorough discussion of the primary care role in the epidemiological surveillance of HIV / AIDS and tuberculosis, with the construction of flows and care decentralization to the co-infected patients.

KEYWORDS: Evaluation, Quality, TB/HIV Coinfection, primary care.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES.....	04
LISTA DE FIGURAS.....	06
LISTA DE QUADROS.....	07
LISTA DE GRÁFICOS	08
LISTA DE TABELAS	09
LISTA DE FLUXOGRAMAS.....	10
1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Justificativa.....	18
1.2 Pergunta Avaliativa.....	24
2 OBJETIVOS.....	25
2.1. Objetivo Geral.....	25
2.2 Objetivos Específicos.....	25
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
3.1 Atenção ao HIV/AIDS e à Tuberculose no SUS: Desafio da Integração.....	26
3.2 Atenção Básica à Saúde e à Coinfecção TB/HIV.....	27
3.3 Qualidade da Assistência à Coinfecção TB/HIV.....	31
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	33
4.1 Modelo Teórico da Avaliação.....	33
4.2 Modelo Lógico da Intervenção.....	34
4.3 Contexto Político, Organizacional e Externo.....	39
4.3.1 Contexto Político.....	39
4.3.2 Contexto Organizacional.....	40
4.3.3 Contexto Externo.....	47
4.4 Os Potenciais Interessados na Avaliação.....	50
4.5 Desenho da Avaliação.....	53
4.6 Unidade de Análise	53
4.7 Critérios de Inclusão e Exclusão dos Casos.....	55
4.8 Método de Coleta de Dados.....	56
5 Limitação do Estudo.....	60
6 RESULTADOS.....	61
7 DISCUSSÃO.....	80
8 RECOMENDAÇÕES.....	86
7 CONCLUSÃO.....	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
APÊNDICES.....	95
ANEXOS	114

APRESENTAÇÃO

O presente estudo visa avaliar a assistência à coinfeção TB/HIV no Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Boa Vista (BV), em Roraima (RR). A avaliação foi realizada na Atenção Básica (AB), em particular na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O interesse por essa temática advém da época em que a pesquisadora trabalhava como enfermeira assistencial no bloco de infectologia do Hospital Geral de Roraima, no período de 2004 a 2007. Nesse período, tive os primeiros contatos com o diagnóstico, tratamento e o acompanhamento de usuários coinfectados por TB/HIV. No ano de 2008, assumi o cargo de coordenadora do Programa Municipal de DST e AIDS (PMAIDS) da capital Boa Vista, aproximando-me, ainda mais, da temática com um foco diferente: o de planejar e sistematizar ações e intervenções de prevenção e controle.

Como coordenadora do PMAIDS, fomentei no âmbito da secretaria parcerias para ações interinstitucionais com a Superintendência de Atenção Básica, a Superintendência de Vigilância em Saúde e Programa Municipal de Controle da Tuberculose. Assim, todo o planejamento e monitoramento das ações, apesar de algumas dificuldades institucionais, eram realizados em conjunto.

Posteriormente, procurei reforçar junto às equipes da ESF, a importância de cada uma delas ter um planejamento anual das ações de DST/AIDS, priorizando o perfil epidemiológico da área adstrita. Participei de vários momentos de construção e planejamento das equipes, porque buscava, inicialmente, organizar e reconhecer a área de abrangência de forma integral em todos os programas de saúde do SUS, em particular aquele no qual me encontrava inserida.

Ao iniciar o levantamento de dados para a construção desta pesquisa, ocorreu meu desligamento da SMSA, resultando no meu afastamento do PMAIDS. Por não fazer mais parte do PMAIDS, tive a oportunidade de poder observar as atividades também como avaliador externo.

Enfim, minha trajetória profissional foi decisiva na escolha desse objeto para o desenvolvimento de uma pesquisa avaliativa e da possibilidade de construir respostas para a melhoria do programa, dispondo de informações contextuais, como quem financia as ações, profissionais ligados à coordenação do programa e executores das ações planejadas, integração com outros programas de saúde, entre outras que foram levantadas no decorrer desta pesquisa.

1. INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é uma das doenças infecciosas mais antigas da humanidade e vem, na atualidade, sendo considerada uma doença negligenciada que atinge, sobretudo, os grupos socialmente mais vulneráveis como, por exemplo, índios, pardos, população de baixa renda e pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA), destacando-se pela sua magnitude, principalmente, pelo aumento de sua incidência. (RUFFINO NETTO, 2002).

A AIDS segue os mesmos padrões de vulnerabilidade da TB. Contudo, após atingir grandes centros urbanos, tem apresentado um padrão de crescimento em direção a municípios com menor porte populacional e de menor renda per capita, sugerida como a pauperização da epidemia, condicionada a padrões desiguais de vulnerabilidade à doença. (SZWARCOWALD et al, 1997). É nesse contexto que a TB ressurge como problema crescente de saúde pública associada ao HIV/AIDS.

No Brasil, a epidemia do HIV/AIDS tem acarretado um aumento significativo de TB pulmonar com baciloscopia negativa e formas extrapulmonares. O impacto dessa epidemia sobre a evolução e a tendência da TB se deve ao fato de que a infecção pelo HIV compromete o sistema imunológico, favorecendo a multiplicação do bacilo de Koch e o surgimento da doença em decorrência de uma exposição primária e/ou secundária ao bacilo de Koch. Ou ainda, pela reativação de infecção latente (GARCIA et al., 1994). Com isso, a convergência das epidemias de TB e HIV é um dos maiores desafios para a saúde pública no mundo, devido aos riscos relacionados com a tendência de morbimortalidade dos usuários coinfectados com TB/HIV.

De acordo com as estimativas da OMS (2010), em 2009 a TB apresentou uma incidência de 9.400 casos, com uma prevalência de 14 milhões de casos, sendo 1,3 milhões de mortes entre pessoas HIV negativas e 0,38 milhões de mortes entre as PVHA; e, desses, 80% concentram-se na região africana. Entre os 22 países com a mais alta taxa de detecção de casos em 2009 estão o Brasil, Federação Russa, África do Sul, Quênia, República Unida da Tanzânia e China; a menor taxa é a da Nigéria. Um dos fatores do Brasil estar neste grupo é a descentralização das ações para os municípios, investimento de recursos financeiros e fortalecimento dos Programas Municipais e Estaduais entre outros (WHO, 2009).

Ao considerar a coinfeção TB/HIV, são estimados 1,37 milhões de casos por ano aproximadamente, 15% do total de casos no mundo, dos quais 79% estariam na África. Dos 1,37 milhões de óbitos estimados, 456 mil são dos HIV positivos (coinfeção TB/HIV) (BRASIL, 2010).

A descoberta da soropositividade para o HIV durante o diagnóstico e/ou tratamento da TB é frequente. Estima-se que no Brasil, embora a oferta de testagem seja de aproximadamente 70%, apenas cerca de 50% têm acesso ao seu resultado em momento oportuno, com uma prevalência de positividade de 15%. Soma-se a isso o fato de a TB ser a maior causa de morte entre PVHA, com taxa de mortalidade da coinfeção de 20% (BRASIL, 2010).

Na visão de Styblo (1990), o impacto da infecção pelo HIV sobre a TB numa determinada população depende dos seguintes elementos: a) Prevalência da infecção pelo HIV na comunidade e sua tendência, b) Prevalência de infecção por TB na população entre 15-49 anos; c) Taxa de morbidade de infecção TB ativa na população; d) Taxa e tendência do risco anual de infecção TB; e e) Taxa de detecção de casos novos, de cura, de abandono e de recaída da TB em usuários bacilíferos, infectados ou não pelo HIV.

Para Harries et. al. (2004), dos indivíduos infectados por *Mycobacterium tuberculosis*, mas não por HIV, 90% não chegarão a apresentar TB ao longo da vida (indivíduos assintomáticos). A soropositividade para HIV incrementa a suscetibilidade à infecção da TB e o risco de progressão para doença tuberculose. Dessa forma, a tuberculose pode ocorrer em qualquer fase da infecção por HIV da fase assintomática quando já estabelecida a AIDS. Em indivíduos não infectados por HIV, o risco de desenvolver tuberculose ao longo da vida é de 5% a 10%, alcançando 50% entre os infectados por HIV.

No II Consenso Brasileiro de Tuberculose (Brasil, 2004), a TB é considerada uma das doenças oportunistas mais importantes entre os usuários com AIDS, bem como um dos fatores de risco mais importantes devido a alterações imunológicas que a síndrome determina, levando à alta magnitude e à letalidade. A transmissão da TB está fortemente relacionada a fatores que contribuem para essa situação como a pobreza, o baixo grau de escolaridade, habitação em condições precárias, subfinanciamento dos programas de saúde e, principalmente, a epidemia de AIDS.

Com vistas ao controle da coinfeção TB/HIV, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) destaca diversos fatores que exigem a implantação de um programa o

qual permita reduzir a carga de ambas as doenças e que seja baseado numa rede de atenção integral, ágil e resolutiva (BRASIL, 2010). Para essa atenção integral, é necessária uma descentralização das ações de prevenção e controle para as equipes da ESF. Contudo, com o subfinanciamento das ações, muitas delas acabam sendo realizadas de forma centralizada em serviços especializados, dificultando, assim, o acesso ao diagnóstico precoce.

Uma das estratégias definidas pelo PNCT é garantir aos usuários com TB o acesso precoce ao diagnóstico da infecção pelo HIV, por meio da oferta de testes sorológicos e acesso ao tratamento antirretroviral quando pertinente. No caso das PVHA, é importante garantir a realização da prova tuberculínica e acesso ao tratamento da infecção latente (quimioprevenção) da TB, quando indicado, e diagnóstico precoce da TB ativa nos usuários com manifestações clínicas sugestivas (BRASIL, 2010).

De acordo com o PNCT (2010), em 2010, o Brasil notificou 70.997 casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 37,2/100.000 hab. Esses indicadores colocam o Brasil na 19ª posição em relação ao número de casos e na 108ª posição em relação ao coeficiente de incidência. Vale destacar que, anualmente, ainda morrem 4.500 pessoas por TB. Segundo dados do PNCT, em 2010 a TB foi a 3ª causa de morte por doenças infecciosas e a 1ª dos usuários com AIDS.

A sorologia para HIV em usuários com TB é importante e recomendada para todos os usuários no momento do diagnóstico, dada a alta prevalência da coinfeção por *Mycobacterium Tuberculosis* e HIV. Por não ser conclusiva, a identificação dos coinfectados apenas na história clínica é necessário que todos os usuários realizem o Anti-HIV para a confirmação ou o descarte do diagnóstico. (CHEADE et. al., 2009).

A TB consiste em uma doença que, segundo a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 2001/2002, deve ser diagnosticada e tratada na Atenção Básica (AB). O PNCT vem desenvolvendo estratégias em relação à descentralização das ações de prevenção, vigilância e controle, sendo a atenção primária a principal porta de entrada para a garantia de acesso (Brasil, 2004). No entanto, os profissionais de saúde, gestores e sociedade civil organizada não têm dado a devida atenção a esse agravado, deixando o diagnóstico simples, fácil e barato ainda muito negligenciado.

A partir dos anos 90, novas tecnologias para resposta nacional às duas patologias começaram a ser discutidas e implantadas nos Estados e Municípios brasileiros. A principal delas foi a capacitação dos profissionais de saúde em aconselhamento pré e pós-teste do HIV.

Dessa forma, um grande esforço vem sendo empreendido para ampliar o acesso à testagem anti-HIV em todo o país.

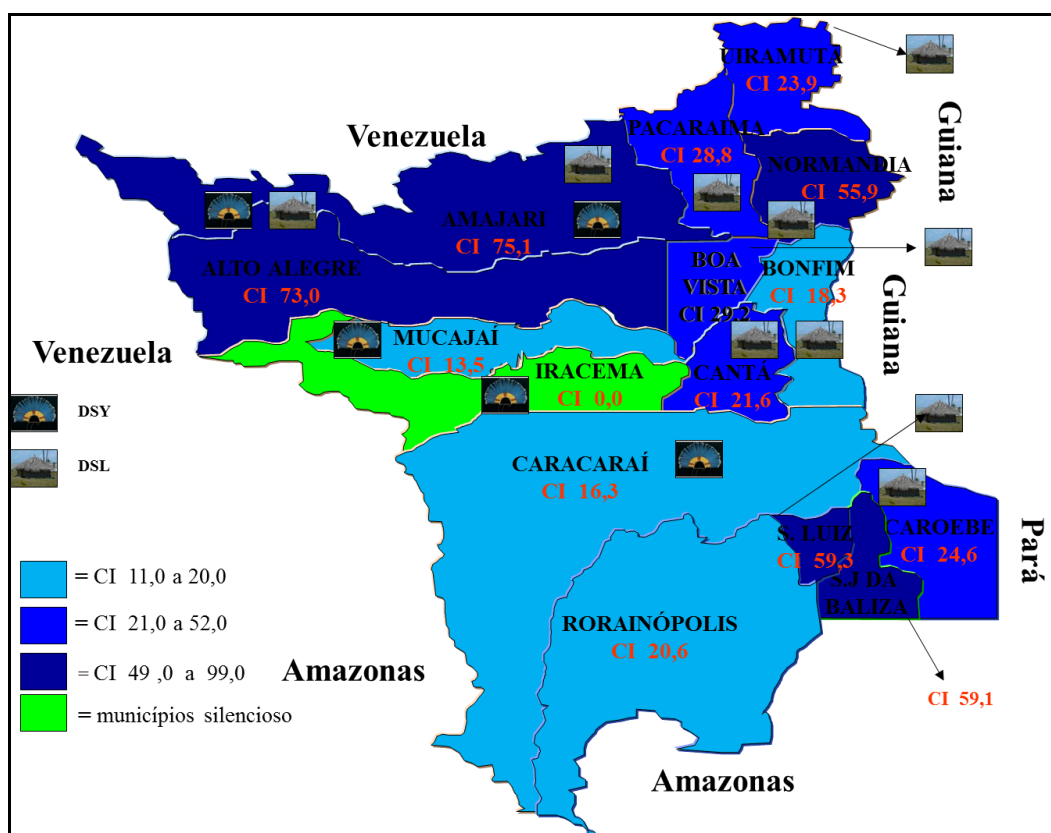
No Estado de Roraima, a menor Unidade Federada brasileira, a TB constitui um importante problema de saúde a ser enfrentado. Dos 15 municípios do estado, aproximadamente 93% têm casos de TB; apenas um município encontra-se como silencioso, não notificando nenhum caso no ano de 2010.

1.1 Justificativa

A distribuição do coeficiente de incidência de TB em Roraima é bastante heterogênea, conforme dados notificados no ano de 2010 pelo Programa Estadual de Controle da Tuberculose (Figura 1). O município de Amajari é o que apresenta o maior coeficiente de incidência 75,1/100.000 habitantes, seguido pelo município de Alto Alegre 73,0/100.000 habitantes. Boa Vista é o município com maior número de casos em valor absoluto, com um total de 83 casos novos notificados; é, contudo, o sexto considerando o coeficiente de incidência 29,2/100.000 habitantes.

Os municípios que apresentam uma maior incidência de TB são os que concentram maior área territorial indígena, sejam de indígenas aldeados (que vivem na aldeia) ou não aldeados (que não vivem na aldeia). Apesar de ser tão relevante pela magnitude da epidemia e grande vulnerabilidade desta população, neste estudo não serão abordadas as áreas indígenas pela dificuldade de acesso a essas regiões. Na Figura 1, estão indicadas as áreas indígenas do Estado, identificadas como Distrito Sanitário Yanomami (DSY) e Distrito Sanitário Leste (DSL). Essas áreas foram demarcadas pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e muitas delas fazem fronteira com a Venezuela (país vizinho com fronteira terrestre aberta).

FIGURA 1. Mapa da Distribuição da Incidência de Tuberculose por Município no Estado de Roraima, no Ano de 2010.

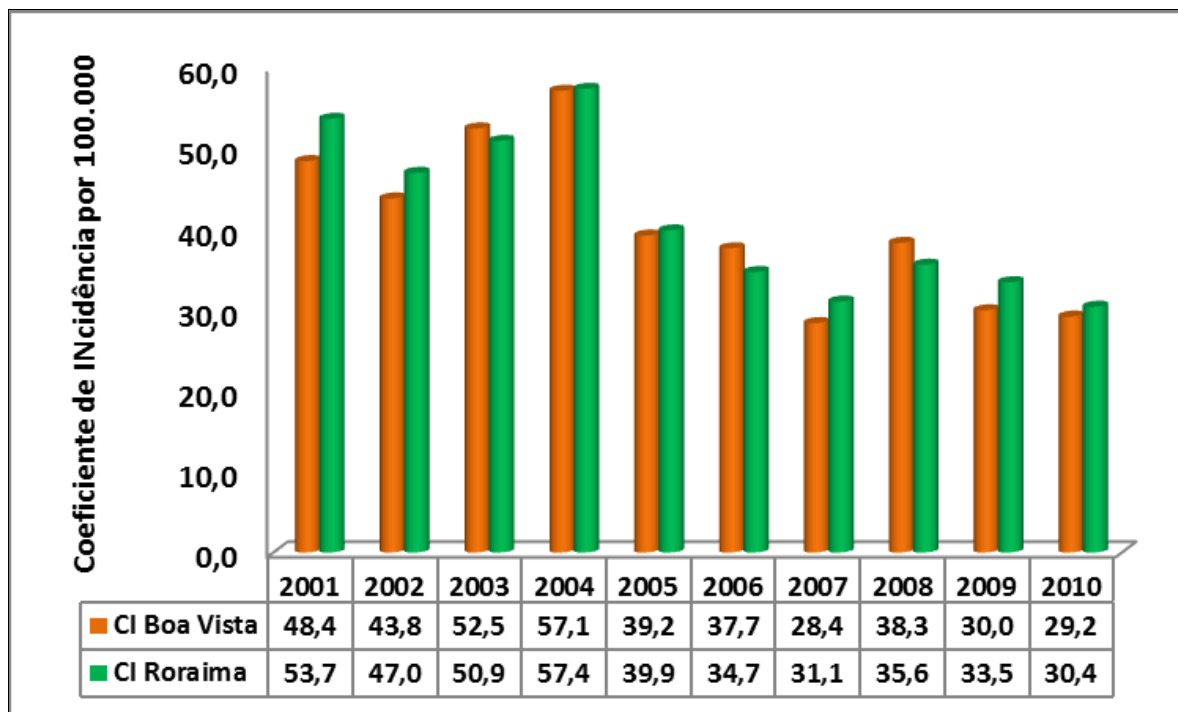


Fonte: SINAN NET/Secretaria Estadual de Saúde, 2011.

Municípios como Normandia e São João da Baliza também são muito representativos, com alta incidência de TB. O município de Normandia segue o padrão anterior e faz fronteira com a Guiana Inglesa (segundo país de fronteira com o Estado); São João da Baliza faz fronteira com os estados brasileiros de Amazonas e Pará, cuja região é relatada como preocupante, por apresentar “garimpos clandestinos”, o que também podemos identificar como área de grande vulnerabilidade para TB e HIV.

O estado de Roraima, no período de 2001 a 2010, apresentou redução do coeficiente de incidência de TB de todas as formas, de acordo com o Gráfico 1. Em 2001, o coeficiente por 100.000 habitantes era de 53,7, decrescendo para 30,4/100.000 habitantes em 2010, no Estado. Essa variação pode também ser descrita para a capital Boa Vista que, em 2001, apresentava um coeficiente de incidência de 48,4/100.000 habitantes, decrescendo com o passar dos anos e chegando a 29,2/100.000 habitantes em 2010.

GRÁFICO 1. Demonstrativo do Coeficiente de Incidência de Tuberculose de todas as Formas por 100.000 habitantes no Estado de Roraima e Município de Boa Vista, no período de 2001 a 2010.



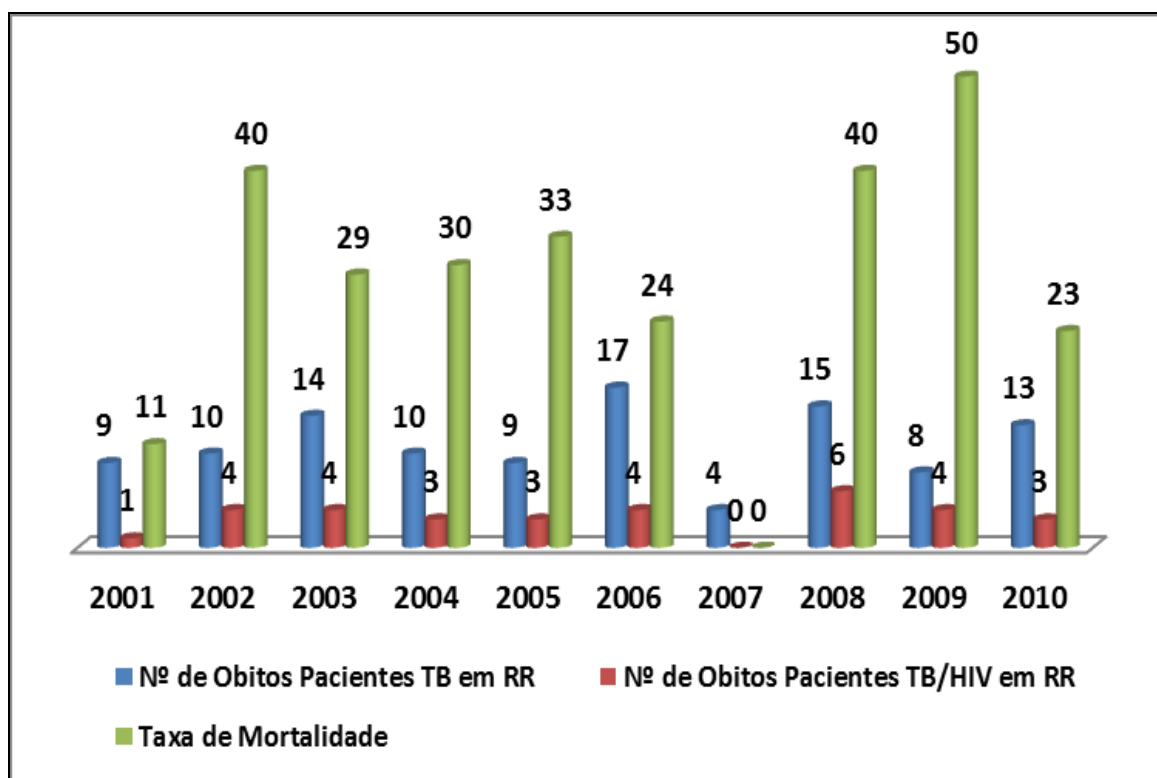
Fonte: SINAN NET/Secretaria Estadual de Saúde, 2011

Vários fatores contribuíram para redução do coeficiente de incidência de TB e para a evolução dos Programas Estaduais e Municipais de Tuberculose. O principal deles foi a implementação das ações de vigilância epidemiológica com a ampliação do número de equipes da ESF. Até o ano de 2001, Boa Vista contava com quatro equipes do então Programa de Saúde da Família (PSF). Nesse mesmo ano, houve uma ampliação para 47 equipes distribuídas em 29 Unidades de Saúde (US), perfazendo aproximadamente 64% de cobertura do PSF no município.

Ainda em 2001, a capital passou a trabalhar com as chamadas Macroáreas. As Macroáreas são áreas de territorialização que atendem ao perfil epidemiológico dos bairros; têm um coordenador técnico com atuação aproximadamente de oito ESF, dando subsídios técnicos para as ações de saúde junto à população. Assim, foram ampliados o serviço de apoio diagnóstico e o tratamento para todas as ESF.

No Gráfico 2, que apresenta a taxa de mortalidade por HIV/AIDS em usuários com TB, no Estado de Roraima, no período de 2001 a 2010, verifica-se o crescimento da taxa de mortalidade de usuários com TB que foram a óbito devido à coinfeção TB/HIV/AIDS no Estado. A variação na taxa de mortalidade oscila entre 11% no ano de 2001, subindo a 40% em 2002, apresentando-se de forma silenciosa em 2007, saltando para 50% em 2009, finalizando 2010 com 23%. Esta variação foi em decorrência da irregularidade no controle das ações para a redução da mortalidade, devido ao processo de organização dos programas de TB e HIV que a partir de 2004 iniciaram o processo de descentralização das ações de controle para a ESF.

GRÁFICO 2. Demonstrativo da Taxa de Mortalidade por HIV/AIDS em usuários com Tuberculose, no Estado de Roraima, no período de 2001 a 2010.



Fonte: SINAN NET/Secretaria Estadual de Saúde, 2011

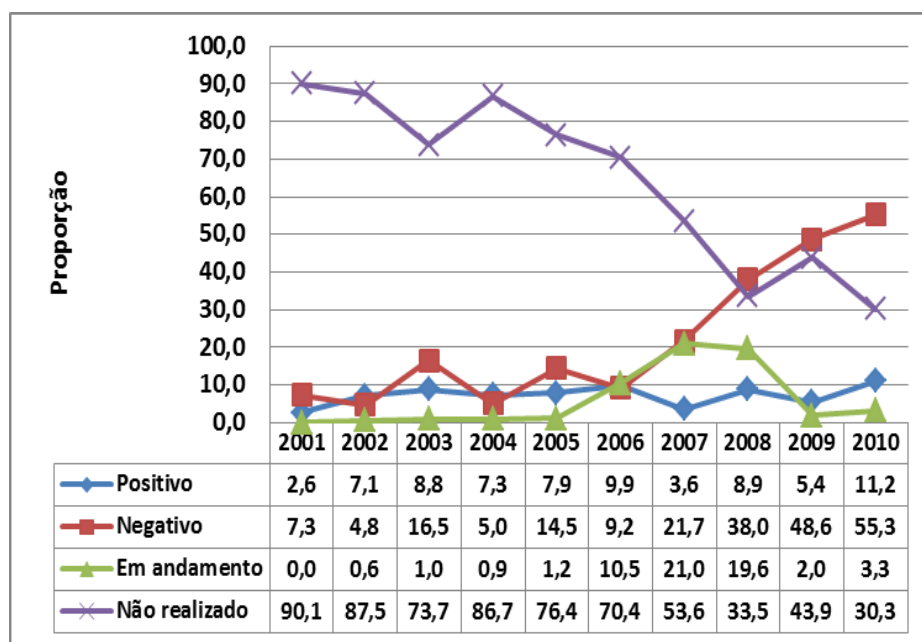
A taxa de mortalidade segue crescendo de forma gradativa por cinco anos chegando a 33% em 2005 e a 50% em 2009, ano com maior número de óbitos por coinfeção nos últimos

dez anos, declinando para 23% em 2010. A inconstância nas atividades laboratoriais durante todo o período, de acordo com relatos dos profissionais da ESF, a falta de kits diagnósticos para HIV é frequente e, quando o exame é ofertado, a demora em torno de 40 dias para a entrega do resultado é um dado preocupante.

Esta precariedade, bem como a resistência do usuário em realizar a sorologia para o HIV, são possíveis fatores que retardam as ações de diagnóstico precoce e tratamento dos usuários coinfectados. Outro dado importante é que, aproximadamente 70% dos óbitos são de usuários residentes em Boa Vista, município com maior potencial de diagnóstico e tratamento do Estado, pois é nele que se concentram todos os serviços de referência médica, diagnóstico e tratamento.

O Gráfico 3 apresenta a distribuição da realização do diagnóstico do HIV em usuários com TB na capital Boa Vista, no período de 2001 a 2009. Ainda com a padronização do diagnóstico precoce para o HIV como estratégia para redução da mortalidade por infecção, pode-se observar que ainda é muito incipiente a realização dos exames em 2009, quando 43,9% dos usuários não realizaram o exame anti-HIV durante o tratamento para TB. Nota-se o crescimento tendo em vista que em 2001, 90% dos usuários não realizavam o exame.

GRÁFICO 3. Proporção de Exames de HIV em relação à Solicitação nos Usuários em Tratamento para Tuberculose, em Boa Vista, no período de 2001 a 2010.



Fonte: SINAN NET/Secretaria Estadual de Saúde, 2011.

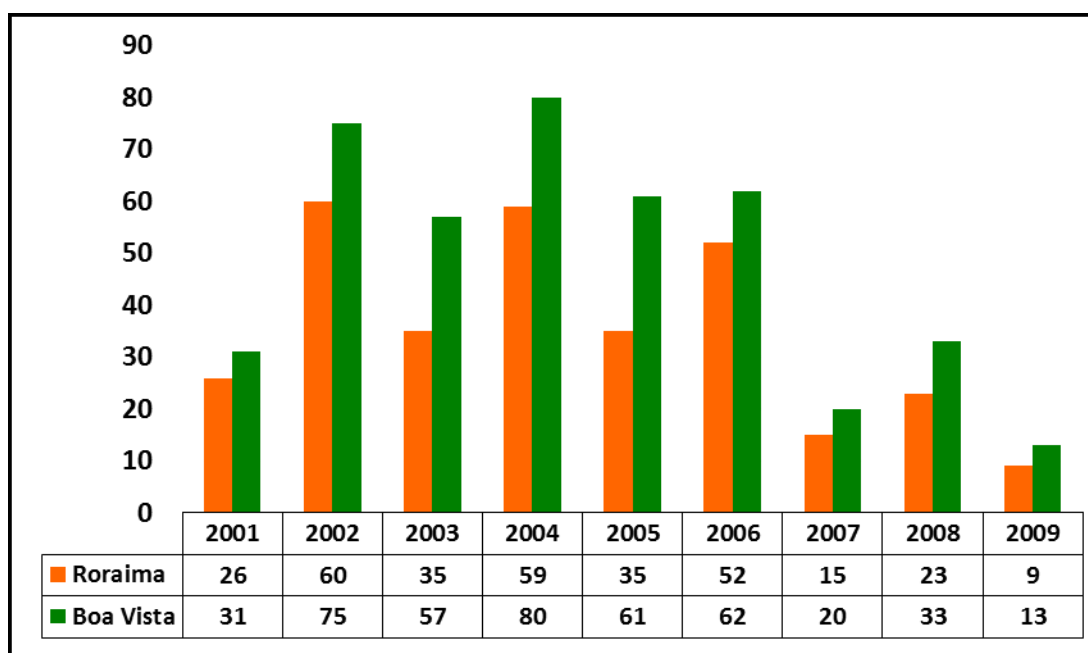
Com a ampliação da oferta e recomendação para facilitação do acesso ao anti-HIV, somente 69,8% dos usuários com diagnóstico de TB realizaram o exame em 2010. Destes que realizaram, 11,2% tiveram resultado positivo e 55,3% negativo. Frente a tais dados, verifica-se a necessidade de oportunizar a testagem anti-HIV aos portadores de TB, para conhecimento mais precoce das sorologias positivas, início do tratamento e prevenção de outras doenças oportunistas, uma vez que 30,3% dos usuários não realizaram o exame anti-HIV. Isso pode ser um retrato da falta de kits anti-HIV, ou também de priorização das equipes da ESF quanto à sensibilização de todos os usuários com TB para a realização do exame.

Contudo, é perceptível o aumento do número de usuários que realizaram o exame nos últimos anos. Em 2001, somente 9,9% dos usuários com TB realizaram o exame para diagnóstico do HIV, aumentando de forma pouco satisfatória até 2007. Neste ano, houve um fortalecimento na gestão do Programa Municipal de DST e AIDS da capital, onde ações para o controle da coinfeção passaram para a pauta de prioridades do programa, aumentando de forma substancial o número de exames diagnósticos para HIV realizados.

Ao considerar os exames anti-HIV realizados, pode-se descrever o percentual de positividade dos usuários testados, demonstrados no Gráfico 4. Observa-se que, no Estado, em 2001, a positividade era de 26% dos casos, com um pico de 59% em 2004, decaindo nos últimos anos a 9% em 2009. Uma média de 34,9% dos exames realizados nos nove anos analisados. Na capital Boa Vista, os percentuais foram mais elevados durante todo o período, sendo que em 2001, 31% dos usuários testados eram positivos, chegando a 80% em 2004 e reduzindo para 13% em 2009. Uma média nos últimos nove anos de 48% dos usuários testados.

Os referidos dados são preocupantes, uma vez que no Gráfico 3 pode ser observado que, aproximadamente, 50% dos usuários não realizam o teste anti-HIV ou apresentam o exame em andamento. Isso nos leva ao interesse em investigar os fatores que vêm interferindo nesta situação.

GRÁFICO 4. Proporção de Positividade dos Usuários com Tuberculose que Realizaram o anti-HIV em Roraima e no Município de Boa Vista, no período de 2001 – 2009.



Fonte: SINAN NET/Secretaria Estadual de Saúde, 2010.

1.2. Pergunta Avaliativa

A coinfeção TB/HIV é uma das principais causas de morbidade e mortalidade para ambos os agravos de relevância para a saúde pública no Brasil. Isso levou o Ministério da Saúde a elaborar políticas públicas para a prevenção desse risco. Entretanto, ainda hoje, muitos usuários de TB não realizam a testagem sorológica para o HIV em tempo oportuno para a prevenção de complicações e morte.

Dados esses fatores, questiona-se qual é a qualidade da assistência à coinfeção TB/HIV em duas Unidades de Saúde da Família de Boa Vista – Roraima, para a obtenção de diagnóstico e tratamento mais precoce? Quais são os fatores que facilitam e dificultam a obtenção da qualidade da assistência?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar a qualidade da assistência à coinfeção TB/HIV em duas Unidades de Saúde da Família do município de Boa Vista – RR na obtenção do diagnóstico e tratamento precoce.

2.2. Objetivos Específicos

1. Caracterizar a estrutura e processo do programa de TB na atenção básica de Boa Vista no que se refere ao diagnóstico e tratamento dos casos de coinfeção TB/HIV
2. Identificar se a assistência prestada aos casos de coinfeção TB/HIV está em conformidade com o preconizado pelas normas.
3. Verificar se a assistência aos usuários coinfectados tem qualidade técnica na atenção básica.
4. Determinar o nível de qualidade da assistência prestada aos coinfectados na atenção básica.
5. Caracterizar os fatores que influenciam de forma favorável ou desfavorável a qualidade da assistência à coinfeção TB/HIV.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Atenção ao HIV/AIDS e à Tuberculose no SUS: Desafio da Integração

A AIDS e a TB são até os dias de hoje importantes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Tal afirmação deve-se à interação entre o HIV e o *Mycobacterium tuberculosis* resultar em maior morbidade e letalidade de ambas as doenças, necessitando de vigilâncias ativas e reorientação dos modelos assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante desse panorama, as ações de controle da TB e do HIV ganham destaque na AB, pois ambas se caracterizam como doenças priorizadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para o fortalecimento da capacidade de resposta do SUS às doenças emergentes e endêmicas, sendo apresentadas pelo Pacto pela Vida (BRASIL, 2006). O Pacto recomenda ainda que as ações sejam organizadas a partir da AB de forma participativa com suas unidades produtoras, identificando e priorizando mudança de acordo com a necessidade da população voltada à integralidade do cuidado.

As dificuldades para o controle da TB no Brasil sempre foram discutidas em todos os âmbitos políticos e sociais. Para Bateleiro (2009), o grande diferencial dado às ações foi em 1993, quando a OMS declarou a TB como um estado de urgência e criou o programa STOP TB, que manifesta a necessidade de expansão e agilidade na medida para o controle mundial, assim como o incremento de recursos financeiros e políticos, considerando a importância do envolvimento da sociedade, utilização de tecnologia eficaz e acessível para o diagnóstico e a incorporação dos serviços de AB no atendimento aos doentes.

De acordo com dados da OMS no STOP TB/HIV, o HIV promove a progressão para a TB ativa quer nas pessoas que adquiriram uma infecção recente, quer nas que têm uma infecção latente por *M. tuberculosis* (WHO, 2006). O HIV é o mais importante fator de risco conhecido para a reativação da infecção tuberculosa latente para a doença ativa e ele aumenta a taxa de TB recorrente, que pode ser devida à ativação endógena (recaída) ou à reinfeção exógena. O aumento dos casos de TB nas pessoas vivendo com HIV/AIDS leva a um risco aumentado da transmissão da TB à comunidade em geral, até mesmo entre os não infectados pelo HIV.

Com esse processo de descentralização de ações de controle, foram sistematicamente discutidas e repassadas para as equipes da ESF, como detecção de casos, diagnóstico e tratamento, além de controle dos sintomáticos respiratórios, ocorreu a reorganização das práticas assistenciais como novo desafio para a prática gerencial no nível municipal. A gerência de programas de saúde foi introduzida na AB a partir da Norma Operacional Básica (NOB/96), quando então foi atribuída a todos os profissionais responsáveis por unidade ou estabelecimento em qualquer complexidade que prestam serviços de saúde.

De acordo com Ruffino (2002), a mútua interferência na evolução das doenças TB e AIDS demandou o fortalecimento da rede de vigilância no Brasil para detectá-las, controlá-las e reduzi-las. O PNCT e o Programa Nacional de DST/AIDS passaram, em 2004, a estabelecer estratégias conjuntas de ações de vigilância epidemiológica; e, uma dessas ações tornou compulsória, e não mais facultativa, a oferta e a realização, com consentimento, do teste HIV para novos casos de TB. No entanto, a dimensão da associação entre essas duas doenças pode não se tornar aparente se casos de tuberculose associados à infecção pelo vírus HIV não forem notificados.

3.2. Atenção Básica à Saúde e à Coinfecção TB/HIV

No Brasil, a Atenção Básica (AB) é vista como o primeiro nível de atenção do SUS, que se caracteriza por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo. A AB é descrita como a principal forma de universalização do acesso aos serviços de saúde, seguindo os conceitos de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social para a orientação da promoção da atenção à saúde (BRASIL, 1990).

Ela abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, a reabilitação e visa à manutenção da saúde, devendo ser desenvolvida por equipe multiprofissional, de maneira a desenvolver responsabilidade programada e organizada, com atividades voltadas ao cuidado longitudinal das famílias e comunidade (BRASIL, 2008).

Com a descentralização das ações de controle de TB para a AB, o PNCT reconhece a partir de 2004 a importância de ampliar os serviços de saúde juntamente com as equipes da ESF, garantindo a efetiva ampliação do acesso e tratamento (FIGUEIREDO et al, 2009).

Assim, por ter como proposta ações integrais à saúde do indivíduo e da comunidade, a ESF distingue-se das demais estratégias de saúde pública do Brasil.

Em relação a isso, ela se propõe a favorecer a promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. A prática dessas ações de saúde colabora para o controle da epidemia e prevenção a complicações relacionadas à TB.

A OMS, desde 2003, vem demonstrando sua preocupação em relação à qualificação das equipes de saúde para assumirem as responsabilidades com as ações de controle da TB, referenciando o desafio da descentralização e integração como a AB (OMS, 2010).

A Figura 2 caracteriza as ações de TB na AB de acordo com as diretrizes no PNCT. É possível compreender as principais atribuições e desafios na prevenção e controle da TB, utilizando como base os componentes de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da vida.

FIGURA 2. Caracterização das Ações de Tuberculose na Atenção Básica



Fonte: Brasil, 2008

Uma rede básica de atenção à TB requer ESF preparadas para assumirem responsabilidades referentes ao desenvolvimento das ações descritas na Figura 2. Para o sucesso da prevenção e controle da TB estas ações devem ser incorporadas na dinâmica da ESF. A organização das seis principais ações de TB trabalhadas de forma fragmentada podem comprometer a qualidade da assistência e o acesso dos doentes às ações de diagnóstico e

tratamento, bem como a qualidade da interação profissional-usuário para o adequado manejo da doença na AB (MONROE, ET AL., 2008).

A AB é uma vertente na tentativa do controle da transmissão do HIV e da TB, pois articula conhecimento e as técnicas provenientes da epidemiologia e do planejamento, dando ênfase a problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuo, de forma a operacionalizar ações promocionais e preventivas em seu território.

No Programa de HIV e AIDS, as ações não avançaram na mesma proporção. De forma progressiva, os serviços de Atenção Básica foram estruturados para possibilitar o acolhimento, prevenção, aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV, diagnóstico precoce e assistência quando necessário. O tratamento é realizado pelo serviço de atenção secundária denominado Serviço Ambulatorial Especializado (SAE). Mas na AB são inúmeras as possibilidades de ação para manejo deste agravo, conforme demonstrado na Figura 3.

A atenção integral ao Programa de HIV e AIDS necessita não apenas de ações básicas de prevenção e assistência (Brasil, 2006), mas também do fortalecimento da integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde existente no município, cuja resolubilidade varia de acordo com os recursos financeiros, técnicos, humanos e de infraestrutura do serviço. É fundamental que a organização dos serviços promova um melhor acesso para aqueles que buscam o serviço e que cada profissional incorporem sua rotina à preocupação de identificar os usuários em situação de maior vulnerabilidade, garantindo atendimento humanizado e resolutivo.

A Figura 3, abaixo caracteriza as atividades de HIV/AIDS na AB. Essas ações são prioritariamente de prevenção e diagnóstico com a realização de atividades educativas para a promoção da saúde, prevenção e aconselhamento para os testes diagnósticos e para adesão à terapia e às recomendações da assistência, diagnóstico precoce, encaminhamento dos casos positivos para o nível de competência, prevenção da transmissão vertical e manejo dos indivíduos em uso indevido de drogas.

FIGURA 3. Caracterização de HIV/AIDS na Atenção Básica



Fonte: Brasil, 2006.

Essas características expressam além da estrutura organizacional, necessidades de práticas e medidas assistenciais que devem ser executadas pela ESF, pois viabilizam a operacionalização nos serviços de saúde.

Muito se tem produzido para o controle da TB e do HIV na busca de identificar ações de produção e conhecimento voltadas ao desenvolvimento e controle dos programas e agravos. Nesta fase, a descentralização das políticas públicas para as equipes da ESF é considerado o dilema da reorientação do modelo de atenção, no processo de desenvolvimento e crescimento das atividades estratégicas dos programas, partindo de uma abordagem integral de medicina preventiva considerando as interfaces sociais, culturais e de sua realidade.

O controle da TB depende da identificação precoce dos casos e da notificação oportuna para assegurar tratamento apropriado dos casos e dos contatos. Casos notificados tardiamente ou não notificados têm maior risco de progredir para doenças graves, desenvolvimento de tuberculose multirresistente (TBMR) e até morte. A vigilância da AIDS é realizada, principalmente, por meio dos dados de notificação/investigação registradas no SINAN (CARVALHO, 2007).

Em face desses fatores, o acesso ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV é um desafio colocado para conter a coinfecção. Quanto mais precoce o diagnóstico de ambas as infecções, principalmente do HIV, menor será a morbidade e mortalidade da coinfecção.

O diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV em Boa Vista – RR pode ser feito por meio da realização de ensaios denominados ELISA I, ELISA II e imunofluorescência indireta como confirmatório. Desde 2008, também estão disponíveis no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) o exame por meio da realização dos testes rápidos Bio-Manguinhos e Rapid Check.

A implantação dos testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV no Brasil compõe o conjunto de estratégia do Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais, que visam à qualificação e a ampliação de acesso da população brasileira ao diagnóstico oportuno do HIV (BRASIL, 2010). Contudo, em Boa Vista – RR, essa metodologia só está disponível no CTA, Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré (destinado a gestantes e puérperas internadas) e no Hospital Geral de Roraima (somente para usuários internos).

3.3. Qualidade da Assistência à Coinfecção TB/HIV

No Brasil, segundo Feldman et.al. (2005), em 1994 o MS lançou o Programa de Qualidade com o objetivo de disseminar através da elaboração de diretrizes a promoção da cultura de qualidade em saúde no país para todas as esferas do governo. O conhecido Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade – PBQP – estabeleceu ações de Avaliação e Certificação de Serviços de Saúde uniformizados para todo o SUS.

De acordo com Samico (2010), as avaliações de qualidade dos programas e serviços vêm crescendo nos últimos anos, por consequência da ampliação da oferta de serviços e crescente incorporação de novas tecnologias. A idéia de qualidade está presente e descrita em todos os tipos de avaliação, tendo como característica principal a atribuição de juízo de valor.

Para este estudo utilizou-se à definição de qualidade de Donabedian, que define qualidade como o “grau no qual os serviços de saúde atendem as necessidades, expectativas e o padrão de atendimento dos usuários”. Baseando-se na tríade estrutura, processo e resultado,

porém o foco principal será o processo, que por sua vez, se refere às atividades, bens e serviços que são apresentados e como são (SAMICO et al 2010).

Contrandriopoulos e cols. (1997:36) afirmam tratar-se de “saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados”. Vuori (1991) fundamenta essa abordagem observando que “se todos fazem aquilo que, à luz do conhecimento corrente, é considerado correto, é mais provável que o resultado seja melhor do que o processo correto for seguido”.

As ações e serviços de um programa na integra, para Uchimura et al. (2002), são constituídos pelas dimensões de qualidade, por configurar um âmbito de idéias que permeiam tanto o programa/serviços na totalidade, quanto todos os seus elementos separadamente. É preciso entender que a identificação da organização do programa é fundamental para o resultado final das ações junto ao usuário e a comunidade.

A implementação de ações de qualidade estabelecidas acentuam as diretrizes de Universalidade, Equidade e Integralidade do SUS, que visam os programas em sua amplitude e complexidade regional, estrutural e organizacional. A questão é que para que se garanta a qualidade da assistência aos usuário de TB e HIV faz-se necessário um conjunto de serviços muito heterogêneo, que vão desde serviços agregados a UBS e acompanhamentos das equipes da ESF à serviços especializados ambulatoriais e hospitalares.

Para Nemes et al. (2004) a qualidade da assistência à PVHA pode ser representada pelo acesso às técnicas de diagnóstico e terapêuticas, além da assistência e processo de cuidado, considerando a qualidade uma prerrogativa de todos os serviços e da estrutura organizacional.

A assistência de qualidade requer a efetivação da oferta de serviços que promovam e fortaleçam o cuidado à saúde de forma integrada e descentralizada. Os acompanhamentos dos usuários usuários coinfectados provocam grande impacto na rede de saúde por necessitar de uma abrangência coletiva e simultânea de diversos profissionais de saúde e também por ser um acompanhamento de médio e longo prazo devido à sua magnitude clínica.

Uma assistência de qualidade evidencia uma vigilância ativa dos programas de HIV e TB. A vigilância aponta a interação e disseminação dos agentes constituindo uma ferramenta indispensável para o controle eficaz.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo avalia a qualidade das ações de controle da coinfeção TB/HIV em duas Unidades da ESF de Boa Vista – RR. Trata-se de um estudo de casos múltiplos; um estudo de grande relevância, considerando que a avaliação dos programas e ações da saúde torna-se cada vez mais necessária, pois norteia as necessidades de planejamento das intervenções dos gestores.

4.1. Modelo Teórico da Avaliação

O modelo teórico é uma teoria específica de um objeto suposto real, constituída por uma teoria geral enriquecida de um objeto-modelo, significando o estreitamento do domínio da ação da teoria geral e a possibilidade de torná-la verificável.

O modelo teórico de avaliação focaliza o desenho da avaliação do programa a partir da identificação das questões avaliativas apropriadas e dos dados relevantes necessários. A construção do modelo ou desenho da avaliação pressupõe a definição do tipo de avaliação, a forma de coleta e análise de dados e a disseminação de seus resultados.

Nesse estudo parte-se do princípio que:

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção empregando um dispositivo que permita fornecer informações científicas válidas socialmente legítimas sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, considerando os diferentes atores envolvidos que possam ter julgamento diferente, de modo a revelar a posição sobre a intervenção a construir (individual ou coletivamente) um julgamento que possa se traduzir em ações. (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Essa definição norteará o desenvolvimento desta avaliação, considerando a que mais se adéqua ao objetivo do estudo e ao perfil da pesquisadora.

Ainda como forma de orientação, serão consideradas intervenções todas as constituídas pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um devido contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar a situação problema. (CONTRANDRIOPOULOS et al, 1997).

No campo da avaliação, o debate em torno do papel da teoria e a utilização do modelo teórico tem assumido contornos a partir da década de 80, passando a haver um movimento de mudança de uma avaliação metodologicamente orientada para uma avaliação orientada pela teoria.

Segundo Contandriopoulos et al. (1997), uma teoria se expressaria pelos enunciados das relações que existem entre conceitos, que podem ser amplamente gerais e formalizados, ou ter um alcance menor, os denominados modelos teóricos, que seriam uma solução teórica para a questão de uma dada pesquisa.

Sendo que o processo de construção da representação visual permite que a racionalidade implícita dos programas seja explicada através da busca da opinião de especialistas e inclusão de informação de pesquisas. (RENGER, 2002).

Na descrição gráfica, são apresentados os insumos que serão utilizados, as atividades que vamos realizar e os efeitos que esperamos obter com elas, bem como mostramos a relação entre os recursos disponíveis para operacionalizar o programa, as atividades planejadas e as mudanças ou efeitos que o programa pretende alcançar junto à população-alvo e à população geral (BRASIL, 2007).

4.2. Modelo Lógico da Intervenção

Para uma melhor compreensão da intervenção a ser avaliada foi elaborado um Modelo Lógico da Intervenção (MLI) das ações de prevenção, assistência clínica, assistência laboratorial, assistência farmacêutica e vigilância epidemiológica.

Um modelo lógico é uma maneira visual e sistemática que expõe o funcionamento do programa e fornece uma base objetiva a respeito da relação causal entre seus elementos (componentes, insumos, produtos e resultados), ou seja, como eles se articulam para resolver o problema que deu origem ao programa. (MACLAUGHLIN e JORDAN, 1999 apud SAMICO et al, 2010).

Na visão de Hartz (1997), um programa é constituído de aspectos estruturais e operacionais possuindo, além disso, uma teoria subjacente que incorpora tanto os saberes científicos como os saberes práticos dos grupos aplicados na avaliação.

Para Cruz (2006), este modelo tem como vantagens ilustrar a consistência lógica interna do programa para identificar lacunas e resultados não realísticos, comunicar propósitos do programa evidenciando os produtos e resultados esperados do mesmo, envolver os atores e promover a comunicação sobre o programa entre executores e outros atores e viabilizar o consenso entre os envolvidos sobre cada um dos itens do programa fornecendo um plano claro de acompanhamento do programa.

O modelo pode ser apresentado em forma de fluxograma, mapa ou tabela, buscando explicitar de forma clara e racional o problema com as ações organizadas para controlá-lo. Os componentes do modelo lógico são: recurso/insumos, atividades, produtos, resultado e impacto. É um desafio construir o modelo lógico do programa de AIDS e de tuberculose devido à complexidade de ambos.

O Modelo Lógico do Programa: Assistência à coinfeção por TB/HIV, detalhado no Quadro 1, foi construído com base nos componentes insumos, atividades, produtos, resultados e impactos; dentro destes foram descritas as ações de prevenção, assistência clínica, assistência laboratorial, assistência farmacêutica e vigilância epidemiológica. A partir deste detalhamento foi possível visualizar as necessidades dos componentes para a implantação e execução das ações dos programas de HIV/AIDS e TB.

Os subcomponentes técnicos escolhidos para se avaliar a assistência foram a assistência clínica e assistência laboratorial, primando pela conformidade, disponibilidade e qualidade técnica. Na assistência clínica, no componente insumo foram observadas e avaliadas as ações de recursos humanos, insumos logísticos para o funcionamento do programa, protocolos, diretrizes e manuais que norteiam as ações e fluxo de referência e contrarreferência.

No que se refere às atividades, verificou-se a capacitação dos profissionais para o atendimento de PVHA e TB, realização de exames diagnósticos para TB e HIV, tratamento e acompanhamento dos usuários atendidos na ESF. Para o produto, foram observados os usuários em tratamento e referente aos resultados buscaram-se os usuários coinfectados em acompanhamento e tratamento.

Na assistência laboratorial, para o componente insumo verificaram-se as ações e capacitação da equipe, disponibilidade de protocolo, manuais e diretrizes dos programas de TB e HIV, disponibilidade de insumos laboratoriais para a realização de exames e fluxo de referência e contrarreferência. As atividades foram vistas com a oferta e realização de exames

para diagnóstico de TB e HIV. Com relação ao produto, buscou-se identificar os exames de HIV e TB realizados. O resultado analisado foram os usuários de TB testados para o HIV.

QUADRO 1: Modelo Lógico da Assistência à Coinfecção TB/HIV em Boa Vista - RR

Componentes Técnicos	Prevenção	Assistência Clínica	Assistência Laboratorial	Assistência Farmacêutica	Vigilância Epidemiológica
Insumos	- Financiamento governamental; - RH Treinado; - Material Informativo;	- RH treinado; - Protocolos, diretrizes, manuais para atenção básica; - Ambiente físico adequado; - Fluxo de referência e contrarreferência;	- RH treinado; - Protocolos, diretrizes, manuais; - Kits para testagem rápida; - Fluxo de referência e contrarreferência;	- RH treinado; - Protocolos, diretrizes, manuais; - Medicamento para tratamento de coinfecção disponíveis;	- RH treinado; - Manuais técnicos - Ficha de notificação; - Sistemas de Informação de Notificação funcionando e atualizados.
Atividades	- Capacitação de RH em aconselhamento, testagem; - Realização de busca ativa de casos novos;	- Capacitação de RH em manejo clínico dos pacientes PVHA e TB - Realização de aconselhamento pré e pós-teste do HIV e TB. - Verificação dos tratamentos; - Acompanhamento da quimioprofilaxia para TB	- Realização de testagem para HIV; - Realização de baciloscopia, cultura, PPD e Teste de sensibilidade para TB;	- Oferta de medicamentos ARV, tuberculostáticos e para Infecção Oportunista; - Acompanhamento e controle dos pacientes e uso correto de medicamentos;	- Busca ativa de casos novos de tuberculose; - Busca ativa dos contatos; - Notificação e investigação dos casos novos; - Atualização do SINAN e validação do banco de dados.
Produtos	- Número de profissionais capacitados; - Número de casos novos de tuberculose com sorologia de HIV	- Número de pacientes em tratamento; - Número de paciente com HIV em quimioprofilaxia para TB.	- Número de testes de HIV realizados; - Número de exames de tuberculose realizados;	Número de pacientes em tratamento para tuberculose e HIV.	- Número de casos notificados; - Banco de dados atualizado.
Resultados	Melhoria da qualidade da atenção primária	Pacientes em tratamento correto para a coinfecção TB/HIV.	Pacientes de tuberculose testados para HIV.	Pacientes infectados com HIV curados da tuberculose.	- Casos notificados. - Completitude do SINAN.
Impacto	- Aumento do número de pacientes portadores de TB testados para o HIV. - Diminuição da morbimortalidade da coinfecção TB/HIV.				

4.3. Contexto Político, Organizacional e Externo

4.3.1. Contexto Político

Durante a análise das informações buscou-se identificar as dimensões da autonomia política, administrativa e financeira dos PMCT, PMAIDS e AB dentro da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) de Boa Vista.

A SMSA de Boa Vista foi criada em 05 de março de 1990 conforme Lei Municipal nº 221, passando a partir de então por várias reformulações para o aprimoramento da gestão do SUS. Em 1991 foi criado o Fundo Municipal de Saúde com a publicação da Lei Municipal nº 236 de 04 de abril de 1991; no entanto, a SMSA não tem autonomia financeira dos recursos do SUS. Segundo a Coordenação de Planejamento e Finanças, o controle das contas e recursos da saúde é realizado pela Secretaria Municipal de Administração e Finanças.

A falta de autonomia financeira da SMSA é um nó crítico para a gestão, pois causa morosidade dos processos de aquisição e dificuldade para o cumprimento do Plano Anual de Trabalho e Plano Municipal de Saúde. Durante a pesquisa analisando dados dos PMCT e PMAIDS, constatou-se que os processos levam aproximadamente nove meses para sua conclusão (elaboração do termo de referência, licitação e recebimento do material).

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi instituído pela Lei 236/1991, recebendo novas redações mediante Lei nº 273/1992, Lei nº 616/2002 e Lei nº 742/2004. É um órgão de caráter permanente e deliberativo, constituindo-se na instância máxima no que diz respeito à avaliação e ao controle da política municipal de saúde, com a finalidade de fixar diretrizes, supervisionar as atividades de planejamento e coordenar e controlar a Política Municipal de Saúde.

Como instrumento de planejamento, acompanhamento e avaliação da atuação da SMSA, são elaborados e utilizados conforme Relatório Anual de Gestão (RAG, 2010): o Plano Municipal de Saúde (PMS), o Plano Plurianual (PPA), a Programação Pactuada Integrada (PPI), o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde e o Plano Anual de Trabalho (PAT). Todos esses instrumentos são encaminhados para o CMS para ciência e aprovação.

Todos estes instrumentos trazem em seu bojo metas e estratégias que garantam a implantação e continuidade das ações que compõem cada programa de saúde da SMSA.

Contudo, identificou-se que os PMCT e PMAIDS encontram dificuldade de colocá-los em prática devido à inconstância da gestão. Estas dificuldades referem-se no ponto de vista normativo à falta de material para realização de exames laboratoriais e diagnósticos, falta de medicamentos, rotatividade de profissionais, o que desqualifica as equipes da ESF, desabastecimento de insumos logísticos, entre outros para ambos os programas.

Durante a pesquisa, foi necessária a apresentação do projeto de pesquisa para a autorização da mesma por quatro Secretários Municipais de Saúde diferentes, mudanças essas ocorridas em período de 18 meses. De acordo com Ruffino-Neto et. al (2006), a mudança na estrutura administrativa pode acarretar prejuízo aos programas de saúde, com descontinuidade política e não priorização das ações, fragilizando a política de saúde.

4.3.2. Contexto Organizacional

A capital Boa Vista, desde 1998, por meio da Portaria GM nº 2553, de 05 de maio de 1998, está qualificada como Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Pelo que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196, as Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, a capital celebrou e aderiu ao último Pacto pela Saúde – Termo de Compromisso de Gestão Municipal – TCGM homologado em 16/04/2010, disposto na Portaria MS nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Em relação aos indicadores de saúde, o Quadro 3 abaixo trata das unidades de saúde e número de leitos cadastrados no SUS e a rede prestadora de serviços, por município. Em Boa Vista consta a ocorrência de 660 leitos em cinco unidades de saúde, sendo três pertencentes ao ente mantenedor estadual, uma ao Município e outra à Fundação Nacional de Saúde, segundo informações da Secretaria de Saúde do Estado.

QUADRO 2. Unidades de Saúde e Número de Leitos Cadastrados no Sistema Único de Saúde – SUS, 2008

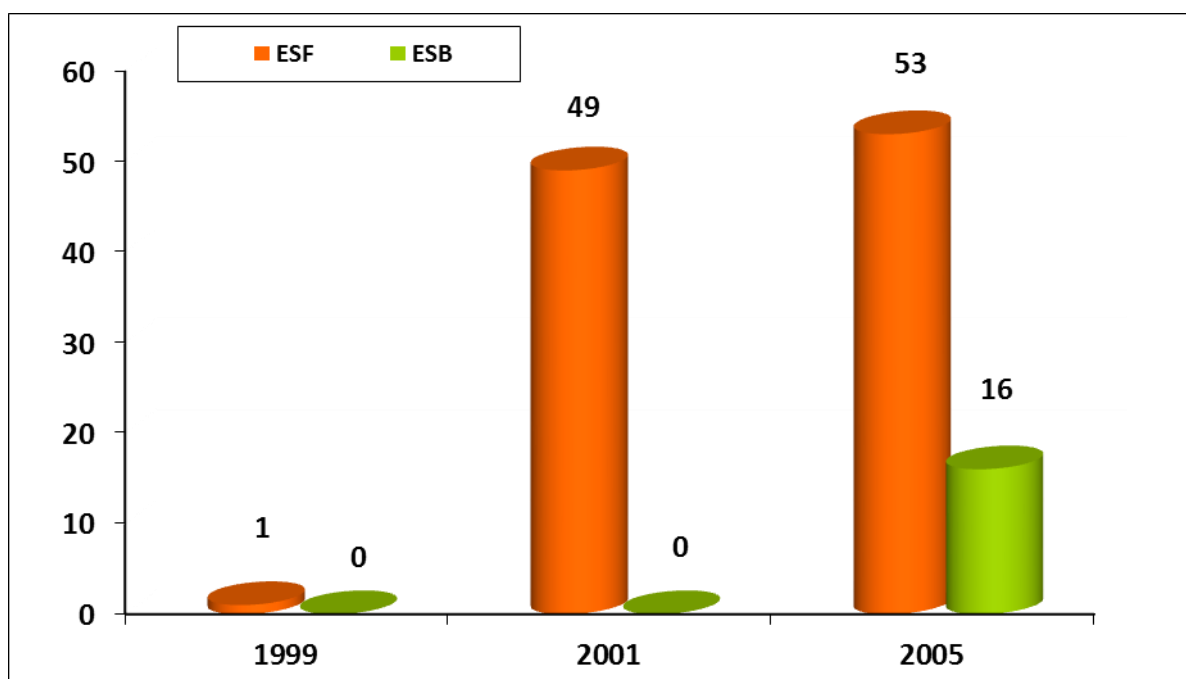
MUNICÍPIO	UNIDADE DE SAÚDE	MANTENEDORA	TOTAL DE LEITOS
			2008
Boa Vista	Hospital Geral de Roraima	Estado	228
	Hospital da Criança	Município	70
	Hospital Coronel Mota	Estado	16
	Hospital Materno Infantil N. Sra. de Nazareth	Estado	204
	Unidade Mista da Casa do Índio	FNS	142

Fonte: Coordenação de Controle e Avaliação do SUS/Secretaria de Estado da Saúde, 2011.

A rede básica municipal é composta de 31 unidades que se constituem como ponto para o primeiro contato do acolhimento e a formação de vínculos com as equipes de saúde. É, também, o local prioritário para que o exercício da clínica do cuidado aconteça. Cumpre ainda a função essencial de coordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas pelos diversos serviços na rede de atenção.

A implantação da ESF ocorreu, em 1999, com duas equipes, compostas de um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS) da equipe. Até o ano de 2010, as equipes foram ampliadas duas vezes. Em 2001, ocorreu a primeira ampliação da ESF em Boa Vista, saltando de duas para 49 (quarenta e nove) equipes; e a segunda ampliação foi em 2005. De 49 equipes aumentou para 53, mais a implantação de 16 Equipes de Saúde Bucal (ESB), conforme Gráfico 5.

GRÁFICO 5. Histórico da Ampliação da Estratégia de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal em Boa Vista, 2012.



Fonte: SEMSA, 2012.

O município de Boa Vista conta atualmente com 53 ESF implantadas, o que atinge uma cobertura de aproximadamente 73% da população nas áreas socioeconomicamente mais vulneráveis, distribuídas em seis macroáreas, para garantir suporte técnico e administrativo ao funcionamento das equipes. O Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT) e o Programa Municipal de DST/HIV/AIDS (PMAIDS) estão implantados em todas as equipes. A Tabela 1 demonstra a distribuição da ESF em Boa Vista no ano de 2012.

Na macroárea 1.0 estão concentradas seis unidades de saúde. Dessas seis, somente uma unidade de saúde oferece serviço laboratorial. Nestas unidades estão instaladas nove ESF e duas ESB. A população estimada é de 34.935 pessoas, segundo dados do IBGE; entretanto, a população cadastrada é de 33.935 pessoas, fazendo uma cobertura populacional de aproximadamente 98% da área adstrita.

A macroárea 2.0 concentra cinco unidades de saúde, sendo que duas dessas unidades oferecem serviço laboratorial. São instaladas nestas unidades nove ESF e três ESB. Segundo estimativas do IBGE, nesta macroáreas residem 42.959 pessoas, sendo que somente 28.422 são cadastradas pelas ESF, uma cobertura populacional de aproximadamente 66%.

TABELA 1. Distribuição da Cobertura da Estratégia de Saúde da Família em Boa Vista, 2012

	Nº de Unidades de Saúde	Nº de Laboratórios	Nº de Equipes de Saúde da Família	Nº de Equipes de Saúde Bucal	População Urbana 2012 (Estimada)	Pessoas Cadastradas	Cobertura ESF
MACROÁREA 1.0	6	1	9	2	34.568	33.935	98%
MACROÁREA 2.0	5	2	9	3	42.959	28.422	66%
MACROÁREA 3.0	3	2	8	2	41.433	29.819	72%
MACROÁREA 4.0	6	-	9	5	48.857	32.743	67%
MACROÁREA 5.0	5	-	9	3	43.743	21.702	50%
MACROÁREA 6.0	6	1	9	1	42.634	39.246	92%
TOTAL	31	6	53	16	254.194	185.867	73%

Fonte: SEMSA, 2012.

A macroárea 3.0 é a que concentra o menor número de unidades de saúde, com três unidades; dessas, duas com laboratório. O número de ESF também é menor: são oito ESF distribuídas nas três unidades de saúde, com duas ESB. Estima-se para esta macroárea uma população de 41.433 habitantes e 29.819 pessoas cadastradas pelas ESF, perfazendo a cobertura de aproximadamente 72% da população.

A macroárea 4.0 concentra seis unidades de saúde, não oferecendo serviço laboratorial em nenhuma dessas unidades. São instaladas nessas unidades nove ESF e cinco ESB. É a macroárea com maior número de ESB. Segundo estimativas do IBGE, esta macroárea agrupam um quantitativo maior de munícipes, 48.857; porém, somente 32.743 são cadastrados pelas ESF, uma cobertura populacional de aproximadamente 67%.

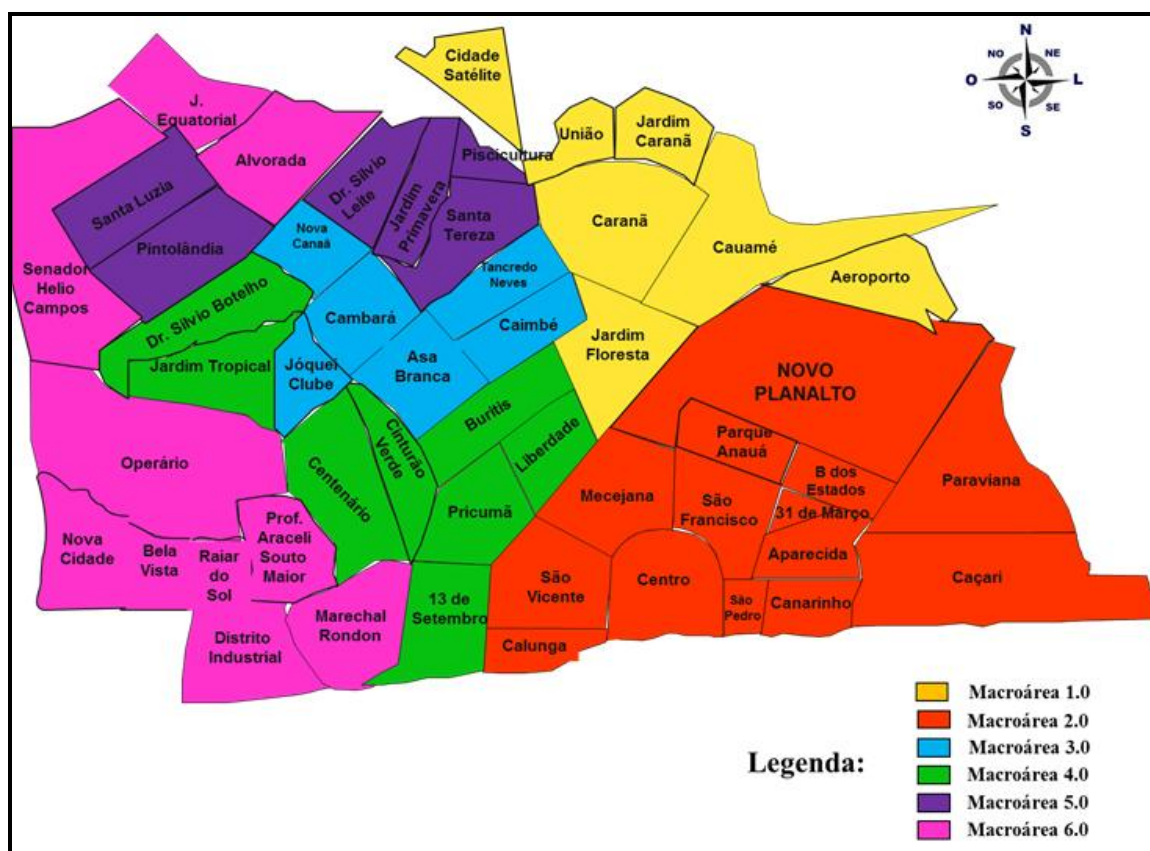
Na macroárea 5.0 estão agrupadas cinco unidades de saúde, todas sem serviço laboratorial. Nestas unidades estão instaladas nove ESF e três ESB. A população estimada é de 43.743 pessoas segundo dados do IGBE; entretanto, a população cadastrada é de 21.702 pessoas, totalizando a menor cobertura populacional, de aproximadamente 50%.

Por último, a macroárea 6.0 concentra seis unidades de saúde, dessas uma com laboratório. O número de ESF agrupadas nessa área é de nove distribuídas nas seis unidades de saúde, com uma ESB. Estima-se para esta macroárea uma população de 42.634 habitantes e 39.249 pessoas cadastradas pelas ESF, cobertura aproximada de 92% da população.

A organização das macroáreas também pode ser vista na figura 4 do Mapa da Organização da Rede de Saúde de Boa Vista. A figura demonstra a localização dos bairros e sua distribuição por macroárea de acordo com a cor atribuída para cada macroárea. Estas cores foram atribuídas de forma aleatória somente para exemplificar e facilitar a visualização das macroáreas.

Em sua rede de atenção especializada, Boa Vista conta com um Centro de Referência Nutricional, um Centro de Referência de Especialidades Médicas e um Laboratório Municipal de Referência, o qual realiza, inclusive, o teste confirmatório para HIV. A rede de atenção à saúde dispõe ainda do Hospital da Criança Santo Antônio, com 118 leitos, sendo cinco leitos deles de UTI.

FIGURA 4. Mapa da Organização da Rede de Saúde de Boa Vista, no ano de 2012



Fonte: Coordenação de Planejamento/Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

Boa Vista é o um município considerado prioritário pelo Ministério da Saúde, onde se detecta 70% dos casos da doença. Há o Programa de Controle de Tuberculose implantado em todas as Unidades de Saúde da Família, Hospital Geral de Roraima, Unidade Mista Casa do Índio, Penitenciária Agrícola de Roraima, Hospital Infantil Santo Antônio, Maternidade Nossa Senhora de Fátima e SAE. Além disso, possui uma rede de laboratórios (federal, estadual e municipal) e 23 postos de coleta que atendem à demanda do município quanto ao exame de baciloscopia para o diagnóstico da doença e exame de Teste Tuberculínico (PPD). Tais serviços foram implantados em oito unidades de saúde distribuídas nas oito macroáreas.

O objetivo do PMCT é controlar a cadeia de transmissão do bacilo da tuberculose, que se justifica pelo aumento do percentual de abandono nos últimos cinco anos, necessitando de uma maior vigilância quanto ao diagnóstico e acompanhamento dos casos da doença. Com essa apresentação, o PMCT tem as seguintes metas para o período de 2010 – 2013: 1. Examinar com duas amostras de baciloscopia 90% dos Sintomáticos respiratórios esperados;

2. Detectar 80% dos casos novos de tuberculose bacilífera, e de todas as formas clínicas, previstos para cada ano; 3. Curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados; 4. Reduzir o percentual de óbito para menos que 5%; 5. Reduzir o percentual de abandono para menos que 5%; 6. Manter o registro atualizado do SINAN NET e 7. Garantir o tratamento supervisionado em 90% dos usuários com tuberculose bacilífera.

O objetivo do PMAIDS é melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento e da assistência em DST/HIV/AIDS, fortalecendo políticas de prevenção, contemplando a população em geral e grupos de maior vulnerabilidade, possibilitando, dessa forma, o alcance dos resultados esperados no enfrentamento da epidemia. A meta do PMAIDS é reduzir a incidência de infecção pelo HIV/AIDS e por outras DSTs, melhorando o acesso ao diagnóstico e tratamento, fortalecendo as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DSTs e da AIDS.

As metas dos programas são definidas por meio de análise histórica do perfil epidemiológico do programa pelo coordenador e superintendente de vigilância em saúde que seguem as diretrizes e orientações estaduais e nacionais. Durante as entrevistas constatamos que a não participação dos profissionais nesta etapa traz desagrado e insatisfação.

A capital é referência no diagnóstico e tratamento do HIV para os demais municípios do estado, pois é onde se localiza o Serviço de Ambulatorial Especializado - SAE e Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA, bem como o Laboratório Central, Hospital Geral de Roraima (com 23 leitos para tratamento de doenças infectocontagiosas) e o Hospital Materno Infantil “Nossa Senhora de Nazareth”. Todos os serviços citados são de gestão estadual.

Causas de doenças infecciosas como AIDS e TB ainda são prevalentes na cidade de Boa Vista. Todas as ações para prevenção e controle desses agravos dependem da vontade política dos gestores para o incremento dessas ações, dando condições materiais e de recursos humanos capacitados, e de também envidar esforços no sentido de garantir a participação do controle social, assim como articular o planejamento participativo envolvendo diversos setores governamentais e não governamentais para concretizar e dar maior dinamismo às políticas públicas dirigidas para a consecução das ações de promoção, prevenção e controle desses agravos.

O município de Boa Vista apresenta problemas estruturais na implantação de diversos serviços ofertados à população desde que se tornou Gestor Pleno da Assistência, notadamente naqueles que requer uma atenção mais adequada para o acolhimento das pessoas que

procuram por serviços de saúde. Grande parte da estrutura de serviços de saúde existentes na cidade foi herdada do Estado ainda na década de 80 e 90 e, ao longo do tempo, não sofreu melhoria nem ampliação para atender a uma nova demanda e necessidades de saúde geradas pelo surgimento de novos bairros. Esses, por sua vez, surgiram em áreas de invasão, com infraestrutura precária de saneamento e habitação, decorrentes do crescimento acelerado e desordenado, sem tempo hábil para o planejamento na ocupação do espaço urbano. Por consequência disso, são gerados problemas de saúde pública que exigem dos gestores respostas imediatas, e muitas vezes essas medidas esbarram em dificuldades orçamentárias para o atendimento de serviços de saúde.

Os primeiros seis casos de AIDS em Boa Vista foram notificados em 1989, no Hospital Geral de Roraima. A epidemia de AIDS na capital apresenta um total acumulado de 661 casos notificados; desses, 643, ou seja, 97,3% em adultos e 2,7%, ou seja, 18 casos em crianças (menores de 13 anos) no período de 1989-2008 (fonte: SINAN). Observa-se que tais dados referem-se ao número de pessoas com critérios para notificação por AIDS. O primeiro de coinfeção TB/HIV foi notificado em 1995.

O enfrentamento a epidemia de TB e AIDS é um desafio que se coloca para os profissionais de saúde da AB. Fato preocupante, pois – segundo o PECT – em 2009, aproximadamente 67% dos casos de tuberculose foram diagnosticados no pronto-socorro. Isso nos leva a refletir sobre a qualidade da atenção primária à saúde, principalmente a busca ativa de casos novos e usuários bacilíferos.

4.3.3. Contexto Externo

Boa Vista é a capital mais setentrional do país, está localizada à margem direita do Rio Branco, um afluente do Rio Negro. É uma cidade planejada, com ruas largas, dispostas no centro, em formato de radial, dando a aparência de uma teia de aranha. É plana, e quem a vê do alto pela primeira vez fica impressionado com o traçado urbano moderno e sua arborização. As avenidas largas convergem para o centro. Existem poucas construções civis altas, o que facilita a circulação do vento e reduz o calor.

A temperatura varia entre 20 a 38°C. A capital do Estado de Roraima é dividida em 54 bairros, concentrando 63% da população do estado. Situada à margem direita do Rio Branco,

é a única capital localizada totalmente ao norte da linha do Equador com área de 5.117,90 km² (correspondendo a 2,54% da superfície do Estado).

Cortada pela Rodovia Federal BR-174, limita-se com sete dos 14 municípios do interior, sendo Pacaraima ao norte, Mucajaí a sudeste, Cantá a sudeste, Normandia a nordeste, Bonfim a leste, Alto Alegre a oeste e Amajari a nordeste.

A migração é o principal componente demográfico. Ocorreu um expressivo crescimento populacional entre as décadas de 1970 a 1980 por causa do descobrimento de garimpos de ouro, diamantes e a construção da BR-174 em 1977, tendo seu ponto máximo na década de 1990, com um novo modelo de migração motivado pela expansão agrícola. Com a criação e fixação institucional do estado, esses migrantes fixaram residência, contribuindo para o desenvolvimento da cidade, paralelo à expressiva presença das populações indígenas.

De acordo com a “Contagem da População 2012” do IBGE, o município conta com uma população de 284.313 habitantes e apresenta uma densidade demográfica de 49,99 hab./km², com uma taxa média anual geométrica de crescimento populacional (2000/2012) de 3,19 % a.a, e representa 63,12% da população do Estado. Em 2012 o Grau de urbanização do Município foi de 97,71% conforme demonstrado no Quadro 3.

QUADRO 3. População Residente em Boa Vista por Situação de Domicílio e Sexo no Período de 2000 e 2012

	Urbana			Rural			
Ano	Homem	Mulher	Subtotal	Homem	Mulher	Subtotal	Total
2000	98.356	98.742	197.098	1.978	1.492	3.470	200.568
2012	136.877	140.922	277.799	3.924	2.590	6.514	284.313

Fonte: IBGE: Censos 2010 e Contagem 2012

De acordo com os dados demonstrados acima, observa-se que entre os anos 2000 a 2012 a população residente concentrou-se predominantemente na zona urbana, que em 2012

era de 97,71% do contingente populacional e apenas 2,29% na zona rural, e em 2000 a população residente na zona urbana, com 98,27%.

Segundo a Coordenação Municipal de Saúde Indígena de Boa Vista, dentro deste quadro etário está contemplada a população indígena aldeada, com 2.457 habitantes distribuídos em 14 comunidades no município.

A Tabela 2 demonstra a população residente em Boa Vista segundo sexo e faixa etária. Segundo os dados do IBGE 143.512 (50,5%) da população correspondem ao sexo feminino e 140.801 (49,%) ao sexo masculino. Há uma grande concentração da população economicamente ativa na faixa dos 30 a 59 anos (54,5%).

TABELA 2. População Residente em Boa Vista, por Faixa Etária e Sexo, 2012

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor de 1	2.777	2.646	5.423
1 a 4	10.975	10.588	21.563
5 a 9	14.054	13.673	27.727
10 a 14	15.194	15.114	30.308
15 a 19	14.587	15.058	29.645
20 a 29	28.877	30.363	59.240
30 a 39	22.335	23.523	45.858
40 a 49	15.578	15.672	31.250
50 a 59	9.322	9.248	18.570
60 a 69	4.405	4.426	8.831
70 a 79	1.907	2.124	4.031

80 e mais	790	1.077	1.867
Total	140.801	143.512	284.313

FONTE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Em 15/02/2012

4.4. Os Potenciais Interessados na Avaliação

Os potenciais interessados na avaliação, ou também denominados *stakeholders*, são grupos ou pessoas que têm influência ou são afetados por um estudo avaliativo. Nesta pesquisa, ative-me aos indivíduos que têm relação direta e/ou indireta, no contexto organizacional, e na busca de atingir os seus objetivos de um dado programa ou organização.

A participação dos *stakeholders* nesta avaliação foi uma colaboração fundamental na formação da estratégia da avaliação, com envolvimento na estruturação do estudo, mas sem o propósito de decisão, e sim consenso entre os principais interessados a respeito dos modelos dos programas de TB e AIDS. Isso proporcionou uma maior visibilidade às ações de planejamento das ações e potenciais ações estratégicas dos programas.

Durante o planejamento e a execução do estudo foram identificados os possíveis interessados na avaliação, considerando o papel que cada um desenvolvia no programa e o grau de interesse. Para chegar ao quadro de *stakeholders*, foram considerados diferentes posicionamentos dos interessados, cujo foco principal fosse a utilização dos resultados da avaliação. No intuito de captar tais interessados, o projeto foi apresentado em reunião no Conselho Municipal de Saúde, quando buscamos a sensibilização dos gestores e usuários à proposta de identificação da qualidade da assistência prestada aos usuários na atenção básica. Um marco para a atenção à saúde, por ser o primeiro estudo dessa natureza realizado por um avaliador interno.

Em um segundo momento, os participantes foram informados verbalmente e com um resumo dos objetivos e benefícios da realização da pesquisa. Também foi detalhada a forma individual de participação de cada interessado. Eles demonstraram-se receptivos e concordaram em participar com a disponibilização de documentos, como livros de registros, relatórios impressos e/ou digitalizados, além de banco de dados para consulta e esclarecimento de dúvidas, se assim ocorresse.

Todos os participantes convidados, listados no Quadro 4, identificaram, com a ajuda da pesquisadora, o papel que desenvolviam no programa, na avaliação, bem como interesse no projeto. Foram descritos como sujeitos. Após essa identificação, apresentaram-se os formulários com os possíveis indicadores e critérios para avaliação, os quais foram amplamente discutidos e alterados de acordo com o consenso dos interessados e da pesquisadora.

Para a gestão da Secretaria Municipal de Saúde, foram apresentados as condições e recursos necessários para a realização da pesquisa por meio de um Termo de Autorização Institucional (Anexo 6). Neste está identificada a responsabilidade e o apoio técnico e operacional que a instituição dará à pesquisa, mas com ônus para a pesquisadora.

A relação construída com os *stakeholders* aumentou a compreensão a respeito do valor que os programas de TB e AIDS têm dentro da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde. Para isso foram utilizadas estratégias de envolvimento que garantiram o apoio institucional para a realização da pesquisa, conhecimento de forma sistematizada, a descrição dos programas de TB, HIV/AIDS nos diferentes níveis de atenção, identificação do fluxo de atenção a usuários coinfectados TB/HIV, definição de estratégias para utilização dos achados e utilização dos achados da pesquisa para qualificar o processo de negociação de metas para a melhoria do programa.

Neste caso, descreveremos a matriz de *stakeholders* apresentando as instituições e sujeitos interessados, seu papel no programa, papel na avaliação, interesse na avaliação e conflitos entre o sujeito e a avaliação.

QUADRO 4 Stakeholders da Avaliação

Interessados	Instituição	Papel no Programa	Papel na Avaliação	Interesse na Avaliação	Possíveis conflitos entre os sujeitos da avaliação
Superintendente Municipal de Vigilância em Saúde	Secretaria Municipal de Saúde	Constituir um fluxo de vigilância e atenção à tuberculose e da AIDS	Contribuir para a construção do contexto organizacional.	Verificar se as diretrizes implantadas estão de acordo com as preconizadas	Não querer a avaliação
Superintendente Municipal da Atenção Básica	Secretaria Municipal de Saúde	Conhecer as formas de conduzir as ações de vigilância e atenção à saúde das pessoas com coinfeção TB/HIV na atenção básica.	Apoiar a realização da mesma nas unidades de saúde	Verificar se as ações realizadas estão seguindo os objetivos e as diretrizes propostas.	Não querer a avaliação
Coordenadores dos Programas Municipais de DST/AIDS e Tuberculose	Secretaria Municipal de Saúde	Conhecer de maneira sistematizada a estrutura organizacional de atenção básica e média complexidade para atenção às pessoas coinfectadas TB/HIV.	Contribuir na elaboração do modelo lógico dos programas de TB e AIDS e da atenção básica, bem como na construção da matriz de relevância dos indicadores.	Obter informações para a redefinição de ações de planejamento e avaliação do programa. Conhecer a situação do funcionamento do fluxo de atendimento à coinfeção TB/HIV.	Não querer a avaliação
Profissionais de Saúde	Secretaria Municipal de Saúde	Conhecer a estrutura organizacional de atenção à saúde das pessoas coinfectadas TB/HIV.	Identificar as estratégias e ações dos programas de AIDS e tuberculose.	Utilizar os dados da pesquisa para qualificar o processo de negociação com os gestores do programa para melhoria das	Conflito entre a prática realizada e as diretrizes propostas pelos programas.

				ações.	
Representantes do Fórum de OSC/AIDS de Roraima	Organização Não Governamental.	Conhecer os processos das ações de controle da tuberculose na vigilância em saúde, atenção básica e média complexidade.	Identificar o fluxo de atendimento e atenção às pessoas com coinfeção TB/HIV.	Verificar se as ações estão sendo realizadas de acordo com as diretrizes.	Verificar se o financiamento está sendo aplicado nas ações programadas.

4.5. Desenho da Avaliação

O trabalho consiste em um estudo de casos múltiplos utilizando métodos mistos qualitativos e quantitativos, em que a unidade de observação são usuários coinfectados por TB/HIV residentes em Boa Vista e atendidos pelas Equipes de Saúde da Família.

O Estudo de Caso é definido como a investigação empírica de um fenômeno que pode ser isolado ou dissociado do seu contexto (YIN, 1984). O estudo de caso é uma estratégia na qual o pesquisador decide trabalhar sobre uma quantidade muito pequena de unidades de análise. A observação é feita no interior de cada caso. A potência explicativa desta estratégia se apoia na coerência da estrutura das relações entre os componentes do caso, decorrendo, portanto, da profundidade da análise do caso e não do número de unidades. (HARTZ, 1997).

O objeto de um estudo de caso pode ser qualquer fato/fenômeno/processo individual, ou um de seus aspectos, exigindo do pesquisador grande equilíbrio intelectual e capacidade de observação (olho clínico), além de parcimônia quanto à generalização de resultados.

4.6. Unidade de Análise

Boa Vista possui 53 equipes da Estratégia de Saúde da Família – ESF implantadas, perfazendo aproximadamente 73% de cobertura. Todas as equipes são compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e de seis a oito agentes comunitários de saúde – ACS. Os números de ACS variam de acordo com a população adstrita. As equipes estão distribuídas em seis distritos sanitários nomeados na capital de macroáreas. Cada macroárea é composta por no máximo nove ESF e no mínimo cinco, dependendo da estrutura das casas de saúde da família e complexidade da região. (SMSA, 2012).

Dentro desta perspectiva foram avaliadas duas macroáreas, sendo uma que apresente o maior número de casos de TB e uma que apresente menor número de casos de TB em acompanhamento, uma amostra de aproximadamente 40 profissionais de saúde.

O segundo passo foi definir seguindo os critérios abaixo as equipes concentradas nas macroáreas que participaram da pesquisa. As equipes foram selecionadas de acordo com: a) ter diagnosticado usuários com coinfecção TB/HIV nos últimos 12 meses do início da pesquisa, b) ter acompanhado no mínimo um usuário portador de TB e/ou HIV nos últimos

seis meses do início da pesquisa, c) ter equipe de saúde da família completa nos últimos 12 meses do início da pesquisa, d) ter farmácia funcionando e e) unidades de saúde com maior número de usuários em acompanhamento.

Ao considerar a diversidade de equipes da Estratégia de Saúde da Família no município de Boa Vista, bem como os contextos externo e organizacional de atenção à saúde à coinfeção TB/HIV, este foi um estudo comparativo de casos múltiplos com possíveis níveis de análise inter-relacionados, pois serão utilizados métodos qualitativos e quantitativos para coleta de dados.

Sendo uma amostra múltipla de equipes de saúde de família distribuídas em toda a capital Boa Vista. O estudo com caráter avaliativo com o intuito de fornecer recomendações para melhoria da qualidade, da atenção a usuários portadores de coinfeção TB/HIV e demais agravos que possam ser relacionados.

A validade interna deste procedimento depende essencialmente de três elementos: o tamanho da amostra, de modo a garantir que as variações observadas não sejam aleatórias; a qualidade do modelo teórico utilizado, pois este permite antecipar de modo mais ou menos exaustivo as fontes de variações conceitualmente prováveis no interior de um estudo; e a qualidade das estratégias de modelização dos dados para controlar as fontes rivais de explicação das variações observadas na variável dependente quando da análise.

Este estudo também teve um caráter normativo, pois consistirá em fazer um julgamento sobre as intervenções, comparando os serviços ofertados e produzidos (processo), e os resultados obtidos, respeitando todos os critérios, as normas e os efeitos reais dos programas. (CONTRANDRIOPOULOS et al, 1997). Uma avaliação normativa alia o cumprimento das normas, objetivos e critérios, colaborando com os gestores no cumprimento das funções habituais do programa.

Um caráter de avaliação formativa também foi considerado nesta pesquisa, uma vez que fornecerá informações para melhorar uma intervenção no seu decorrer. (WORTHEN et al., 2004). Estas informações são úteis para o desenvolvimento e aprimoramento das ações que compõem a intervenção.

Pretendeu-se com este estudo avaliar a qualidade da assistência à coinfeção TB/HIV na atenção básica de Boa Vista, quanto à testagem sorológica para o HIV na rede pública de saúde aos usuários em tratamento de tuberculose, associando a magnitude entre a infecção

pelo HIV e a tuberculose, contribuindo para a elaboração de ações mais eficazes para o controle dos agravos.

4.7. Critérios de Inclusão e Exclusão dos Casos:

Os critérios para inclusão das Unidades de Saúde da Família na pesquisa foram:

- a) Ter equipe de saúde da família completa nos últimos seis meses.
- b) Estar localizada na área urbana.
- c) Ter usuário de tuberculose maior de 18 anos em tratamento.
- d) Ter farmácia na unidade de saúde.
- e) Ter cadastro no CNES.

Os critérios para exclusão das Unidades de Saúde da Família na pesquisa foram:

- a) Não ter equipe de saúde da família completa.
- b) Funcionar na área rural.
- c) Não funcionar em horário integral.
- d) Não ter usuário de tuberculose maior de 18 anos em tratamento.

Os critérios para inclusão dos Usuários na pesquisa foram:

- a) Ter mais de 18 anos.
- b) Estar em tratamento de tuberculose.
- e) Residir na área urbana de Boa Vista.

Os critérios para exclusão dos Usuários na pesquisa foram:

- a) Ser menor de 18 anos.
- b) Residir na área rural.
- c) Não ter diagnóstico de tuberculose fechado e já ter encerrado.

4.8. Método de Coleta de Dados

Esta pesquisa consistiu em levantados dados referentes à amostra para definição das ESF que participarão do estudo. Após a seleção, todas as ESF selecionadas foram visitadas para verificar se cumpriam os critérios de inclusão, assim como verificar o interesse ou não em participar da pesquisa.

Durante a coleta sistemática de dados utilizamos o Roteiro de Observação Direta (Anexo 1), onde o pesquisador, durante a visita nas unidades de saúde, verificou o andamento do serviço e o atendimento ao usuário. Para conseguir um melhor resultado, a pesquisadora foi às unidades de saúde no mínimo cinco vezes em dias e horários distintos para concentrar mais informações do atendimento e acolhimento dos usuários. O roteiro norteou a caracterização da unidade de saúde retratando o tipo de unidade de saúde, o público-alvo e prioritário para o serviço. Traz também questões sobre a infraestrutura da área física e mobília para acolher os usuários, bem como quadro de profissionais que atuam no serviço.

Depois de selecionados os usuários atendidos na ESF com o auxílio do sistema de informação SINAN, ocorreu inicialmente a busca de informações no prontuário seguindo o Roteiro de Análise do Prontuário (Anexo 2), bem como registro nos Livro de Sintomático Respiratório, Livro de Acompanhamento de Tratamento Observado e Ficha de Tratamento Diretamente Observado e verificações de algum formulário padronizado pela unidade de saúde. Com o roteiro foi possível identificar o registro de anamnese, exame físico, exames laboratoriais, acompanhamento do tratamento e evolução terapêutica.

Com os dados do prontuário e a identificação dos usuários realizamos a busca-ativa dos usuários por meio de visita domiciliar, utilizando o instrumento de Roteiro de Entrevista para Usuários (Anexo 3). Nesta fase foram necessárias no mínimo três visitas para o esclarecimento da pesquisa, aproximação com o usuário para uma maior abertura e clareza das informações. Utilizamos um questionário semiestruturado com questões sobre informações sociodemográficas, porta de entrada, diagnóstico, acompanhamento e tratamento.

Realizamos a aplicação de questionário semiestruturado também aos profissionais de saúde – Roteiro de Entrevista para Profissionais de Saúde (Anexo 4). O questionário aplicado aos profissionais de saúde se deu na própria unidade em dois momentos. No primeiro momento foi realizada uma reunião com todos os profissionais para apresentação do projeto. Já no segundo momento, ocorreu a aplicação do questionário propriamente dito. Tal momento

da pesquisa aconteceu na unidade dando preferência ao final de expediente, com o intuito de não prejudicar o atendimento aos usuários, ocorrendo de forma individual e em sala fechada.

Para aprimorar os instrumentos e minimizar os vieses da pesquisa, todos os instrumentos passaram por um piloto, uma vez que se busca um maior detalhamento e abordagem dos serviços envolvidos. Os instrumentos serão aplicados unicamente pela pesquisadora.

Tais informações foram analisadas sob os critérios de qualidade pontuados nesta matriz de julgamento. Para a avaliação, utilizamos três dimensões: de conformidade, disponibilidade e qualidade técnica. Para cada dimensão foram pontuados critérios com padrão e pontuação que nos levaram ao resultado da avaliação.

A **conformidade** corresponde aos padrões e normas de controle de qualidade padronizado. Colocam-se em questão as ações de diagnóstico e acompanhamento dos usuários na atenção básica. Para **disponibilidade** foram considerados os recursos disponíveis oferecidos em relação ao diagnóstico precoce e garantia de tratamento aos usuários na atenção básica. A **qualidade técnica** corresponde ao envolvimento dos profissionais da ESF com o acompanhamento do usuário e envolvimento com as ações dos programas de TB e HIV/AIDS.

Na definição de pontuação, optou-se pelo julgamento da pontuação encontrada na Matriz de Julgamento da Avaliação da Qualidade da Assistência à coinfeção TB/HIV/AIDS na Atenção Básica de Boa Vista – RR, variando de “crítico” para a menor pontuação e “ótimo” para a maior pontuação observada. Estas pontuações foram definidas durante as reuniões com os *stakeholders*, que de acordo com as dimensões foram definidos os critérios, os valores e os scores para definição do grau de implantação.

Os scores de pontuação dizem respeito à dimensão de qualidade nos componentes de conformidade, disponibilidade e qualidade técnica, apresentados no Quadro 6 – a Matriz de Julgamento da Avaliação da Qualidade da Assistência à Coinfeção TB/HIV/AIDS na Atenção Básica de Boa Vista – RR e o Grau de Implementação. Realizamos uma observação de pontuação máxima esperada e pontuação observada, chegando ao grau de implantação da qualidade da assistência.

Para estabelecer o padrão de qualidade foram definidos conforme Quadro 5 – Parâmetros de Julgamento de Qualidade. Os scores para o parâmetros foram atribuídos mediante a escala de pontuação da Matriz de Julgamento da Avaliação. Estes estão dispostos

em sentido positivo, em que as pontuações mais altas denotam melhor qualidade. Para a classificações foi incorporadas as seguintes classificações: crítico, insatisfatório, razoável, bom, ótimo.

Quadro 5 : Parâmetros de Julgamento de Qualidade

PONTUAÇÃO	
Crítico	34 a 45 pontos
Insatisfatório	46 a 60 pontos
Razoável	61 a 75 pontos
Bom	76 a 90 pontos
Ótimo	91 a 100 pontos

O Projeto foi submetido à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, que está diretamente ligada ao Conselho Nacional de Saúde – CNS e ao Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz – CEP/ENSP Nº 22/11, CAAE: 0031.0.031.000-11. O CONEP e o CEP foram criados pela Resolução 196/96 como instâncias colegiadas interdisciplinares e independentes, com “munus público”, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos.

Esta pesquisa seguiu as normas e diretrizes regulamentadas na Resolução 196/06, que regulariza as pesquisas envolvendo seres humanos, e atenderá às exigências éticas e científicas fundamentais de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, que serão assegurados através da apresentação e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexos), aos participantes da pesquisa. Estes foram tratados com dignidade, evitando-se todos os possíveis danos.

A anuência da instituição-alvo da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos,

benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa.

As informações junto aos profissionais de saúde, gestores, técnicos dos programas e usuários foram coletadas com consentimento prévio e autorizado, sendo feito o possível para resguardar o anonimato e a privacidade dos informantes. Utilizamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para todas as pessoas envolvidas; o termo foi lido e assinado em duas vias, sendo que uma cópia ficará com o entrevistado e a outra com o entrevistador, todas as possíveis dúvidas sanadas pelo pesquisador.

Como forma de garantir a confidencialidade das informações relatadas pelos profissionais, utilizaremos a identificação de US 1 e US 2. Durante a pesquisa com profissionais não houve captura de som e imagens, foram capturadas somente imagens dos instrumentos e livros de registros não de prontuário.

As estratégias que foram utilizadas para a divulgação dos achados seguiam as recomendações da equipe de orientação. No decorrer da pesquisa, foram apresentadas em reunião aos *stakeholders* e em cada unidade de saúde que participarem da avaliação, nas respectivas macroáreas.

A principal forma de divulgação foi a própria dissertação que teve apresentação pública. Ao final da avaliação serão elaborados artigos para publicação em revistas científicas e anais para apresentação em congressos e seminários da área, a fim de permitir a reprodutibilidade dos métodos e achados da avaliação.

5. LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Esta pesquisa apresentou como limitações:

- A coleta de dados realizada com pequeno número de usuários coinfectados TB/HIV;
- Demora no início da coleta de dados: devido à falta de Comitê de Ética Local e à rotatividade de gestor tivemos que apresentar o projeto várias vezes;
- Dados secundários defasados, o que implicou na consulta e compilação de dados manuais em planilha impressas com a verificação das fichas de notificação;
- Dificuldade para encontrar os profissionais para entrevista e fornecimento de informações.

6. RESULTADOS

Os resultados apresentados correspondem aos achados do levantamento realizado nas duas Unidades de Saúde (US) no município de Boa Vista. Os dados da aplicação do questionário nesta pesquisa foram respondidos por membros da equipe da ESF (quatro médicos, quatro enfermeiros, um cirurgião-dentista, quatro técnicos em enfermagem, um técnico em saúde bucal, vinte e quatro agentes comunitários de saúde); por profissionais das US pesquisadas (dois farmacêuticos, um gerente de cada US, um técnico em enfermagem de cada US, um bioquímico); pelo gerente do Serviço Ambulatorial Especializado – SAE, pelos coordenadores dos PMCT e PMAIDS e por três usuários coinfectados por TB/HIV.

No Quadro 6, são apresentados dados referentes às unidades pesquisadas. As US pesquisadas possuem boa estrutura física, com boa iluminação, ventilação adequada e salas individuais para o atendimento. Ambas não possuem sala de espera, ficando os usuários sentados nos corredores próximos à porta dos consultórios médicos. Foi observado na US 1 um bebedouro para uso de usuários e funcionários; na US 2 não há bebedouro e sim, garrafas pet com água não filtrada para o consumo de usuários e funcionários.

Nestas US o horário de funcionamento é das 7h às 18h, porém, o atendimento médico e de enfermagem ocorre nos horários das 8h às 12h e das 14h às 18h. Na US 1 que possui laboratório, o atendimento ao público é das 6h30 às 9h30, sendo que a partir de 9h30 até 18h é realizada a rotina de análise dos exames e descrição dos resultados. Diariamente são atendidos 30 usuários.

Tanto a US 1 como a US 2 possuem farmácia para distribuição de medicamentos básicos que atendam os programas de saúde do MS funcionando em período integral com presença de farmacêutico; este profissional não se envolve nas atividades relacionadas à ESF quando se trata de acompanhamento de usuários com risco epidemiológico, como é o caso dos usuários coinfectados pela TB/HIV. A presença do profissional é administrativa e gerencial de medicamentos e insumos, sendo que, quando há dúvida quanto ao medicamento e/ou tratamento dos agravos AIDS e TB, o papel de esclarecimento do usuário é do profissional médico e do profissional enfermeiro.

QUADRO 6. Dados das Unidades de Saúde Pesquisadas

Unidade de Saúde	Unidade de Saúde 1	Unidade de Saúde 2
CARACTERIZAÇÃO		
Nº de ESF	3	1
Nº de ESB	1	-
Farmácia	1	1
Laboratório	1	-
Nº de usuários TB	8	1
Nº de Usuários TB/HIV	3	1
Horário de Funcionamento	Integral	Integral
INFRAESTRUTURA		
Sala de Espera	Não Possui	Não Possui
Iluminação	Adequada	Adequada
Ventilação	Adequada	Adequada
Sala Individual para Atendimento	Sim	Sim
Bebedouro	Sim	Não
Cadeira para o Usuário Sentar	Sim	Sim
Cadeiras nos Consultórios	Sim	Sim
Registro dos Usuários		
Notificação dos Casos	Sim	Sim
Preenchimento do Livro Preto	Sim	Sim
Busca Ativa	Sim	Sim
Teste Rápido para HIV	Sim	Sim
PPD	Sim	Não
Baciloscopia	Sim	Sim

Na observação sobre as formas de registro e oferta de exames para os usuários com TB e/ou HIV pode se verificar que o usuário diagnosticado com TB, a notificação se dá no momento do diagnóstico ou quando se recebe a transferência em ambas as US. Na US 1, o preenchimento da notificação é realizado pelo técnico de enfermagem da sala de TB, que também é responsável pelo preenchimento do livro preto; o enfermeiro da ESF também é responsável pelo preenchimento da notificação e do livro mas só o faz quando o técnico de enfermagem da sala de TB não está presente. Enquanto que na US 2, o preenchimento da notificação e do livro preto é de responsabilidade do enfermeiro da ESF. A busca ativa de casos novos ou faltosos na US 1 e na US 2 é realizada pelos ACS; quando estes não têm êxito, o enfermeiro direciona ao técnico em enfermagem.

Para os casos positivos de HIV na US 1 e na US 2, todos os usuários são encaminhados para o SAE. No SAE, todos os usuários são avaliados por médico infectologista, enfermeiro e psicólogo; após a conclusão do diagnóstico estes são acompanhados pelo SAE. Em casos de usuários coinfectados, o SAE informa os coordenadores dos PMCT e PMAIDS para o acompanhamento conjunto SAE e ESF, porém, não existe transferência ou referência e contrarreferência SAE/ESF.

Um dado importante que foi verificado nas US e no SAE é que os profissionais da ESF não têm conhecimento dos usuários HIV/AIDS, e não realizam o acompanhamento dos mesmos. Como os usuários são referenciados ao SAE para confirmação do diagnóstico, estes usuários permanecem no SAE para o acompanhamento. Segundo o coordenador do PMAIDS, os profissionais da ESF não recebem boletim epidemiológico com os dados sobre os casos de HIV/AIDS, pois é uma forma de garantir o sigilo e confidencialidade do usuário.

Com relação aos usuários, identificamos quatro coinfectados TB/HIV, acompanhados pela ESF estudada. Os prontuários foram examinados e coletados dados da identificação do usuário, anamnese, exame físico, dados laboratoriais, dados da terapêutica indicada, acompanhamento e evolução terapêutica. Todos foram visitados e orientados quanto à pesquisa, sendo que um se recusou a participar, pois considerou a amostra pequena e grande o risco de ser reconhecido. Assim, a amostra e os dados apresentados serão referentes a três usuários coinfectados.

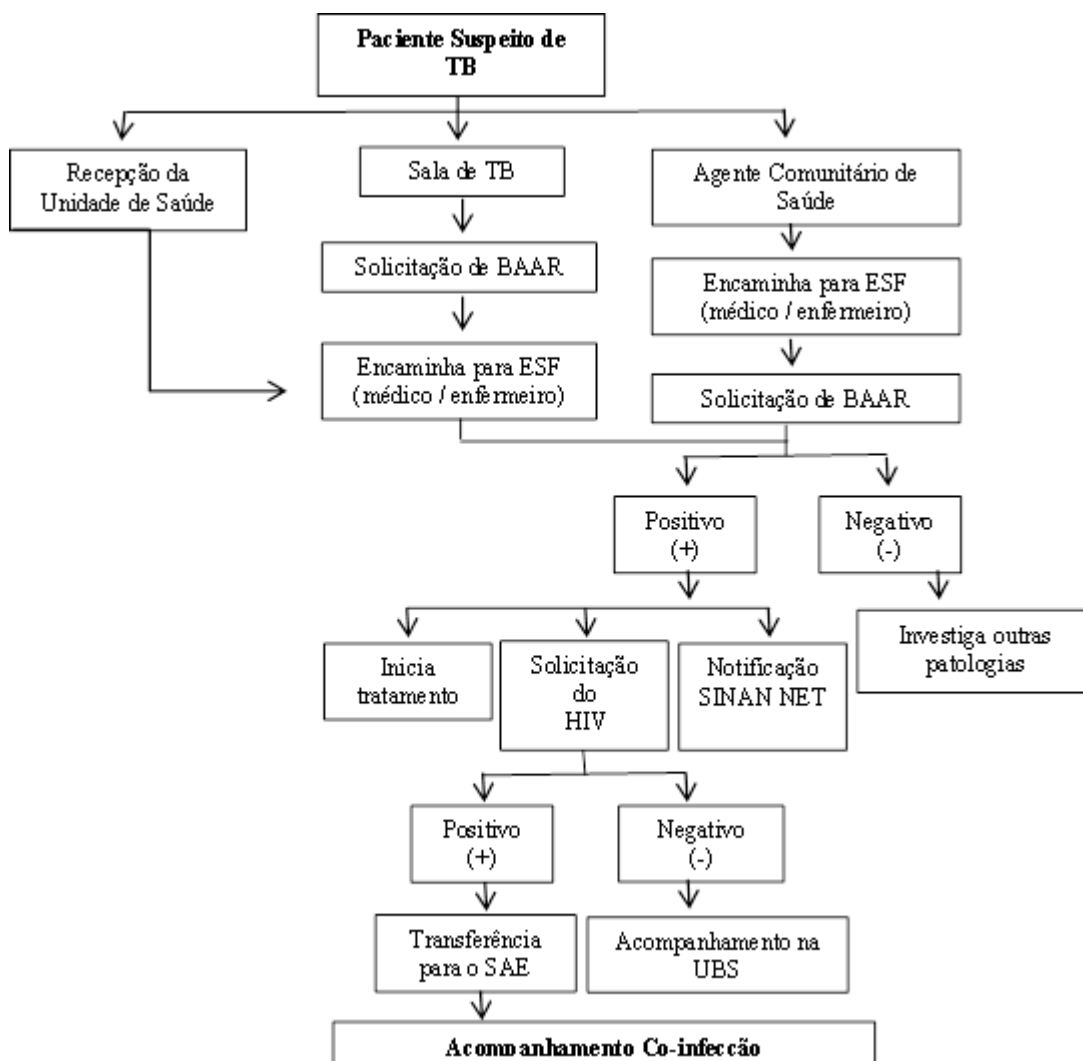
Durante a aplicação dos instrumentos da pesquisa, detectamos que para o atendimento aos usuários não existe um fluxo estabelecido pelo PMCT; as unidades de saúde que estabeleceram seu próprio fluxo de atendimento apresentado abaixo.

No Fluxograma 1, apresentaremos o Fluxo de Atendimentos de Usuários Suspeitos de TB na US 1; ele foi construído com os profissionais da ESF durante as entrevistas, nesta unidade a entrada de usuários suspeitos pode se dar de três formas: a primeira é quando o usuário procura a unidade de saúde para agendamento de consulta na recepção; na segunda, o usuário já sintomático procura a sala do programa de TB e a terceira é a identificação pelo ACS.

Quando o usuário chega pela recepção é encaminhado para a consulta com a ESF, não existindo uma triagem ou prioridade para usuários sintomáticos. A forma de agendamento de consulta é por demanda espontânea na unidade de saúde com atendimento de 20 usuários por dia para o profissional médico e 12 usuários para o profissional enfermeiro. Como não existe a triagem dos usuários, um usuário sintomático pode demorar de 3 a 10 dias para o primeiro contato com o profissional de saúde, que solicita inicialmente duas amostras de baciloscopia, conforme preconizado pelas diretrizes do PNCT.

A segunda forma é a sala do programa de TB, em que o usuário sintomático ou não por demanda espontânea, é primeiramente atendido por um técnico em enfermagem treinado que fornece todas as informações sobre a doença, prevenção, diagnóstico e tratamento. O técnico em enfermagem solicita as amostras de BAAR e orienta sobre a coleta e, em caso de positivo, o usuário é encaminhado para consulta médica ou de enfermagem. Nas situações em que o usuário sintomático procura o serviço de saúde dando entrada pela sala do programa, a investigação para o diagnóstico é mais rápida.

Fluxograma 1 - Fluxo de Atendimentos de Usuários Suspeitos de TB na Unidade de Saúde 1

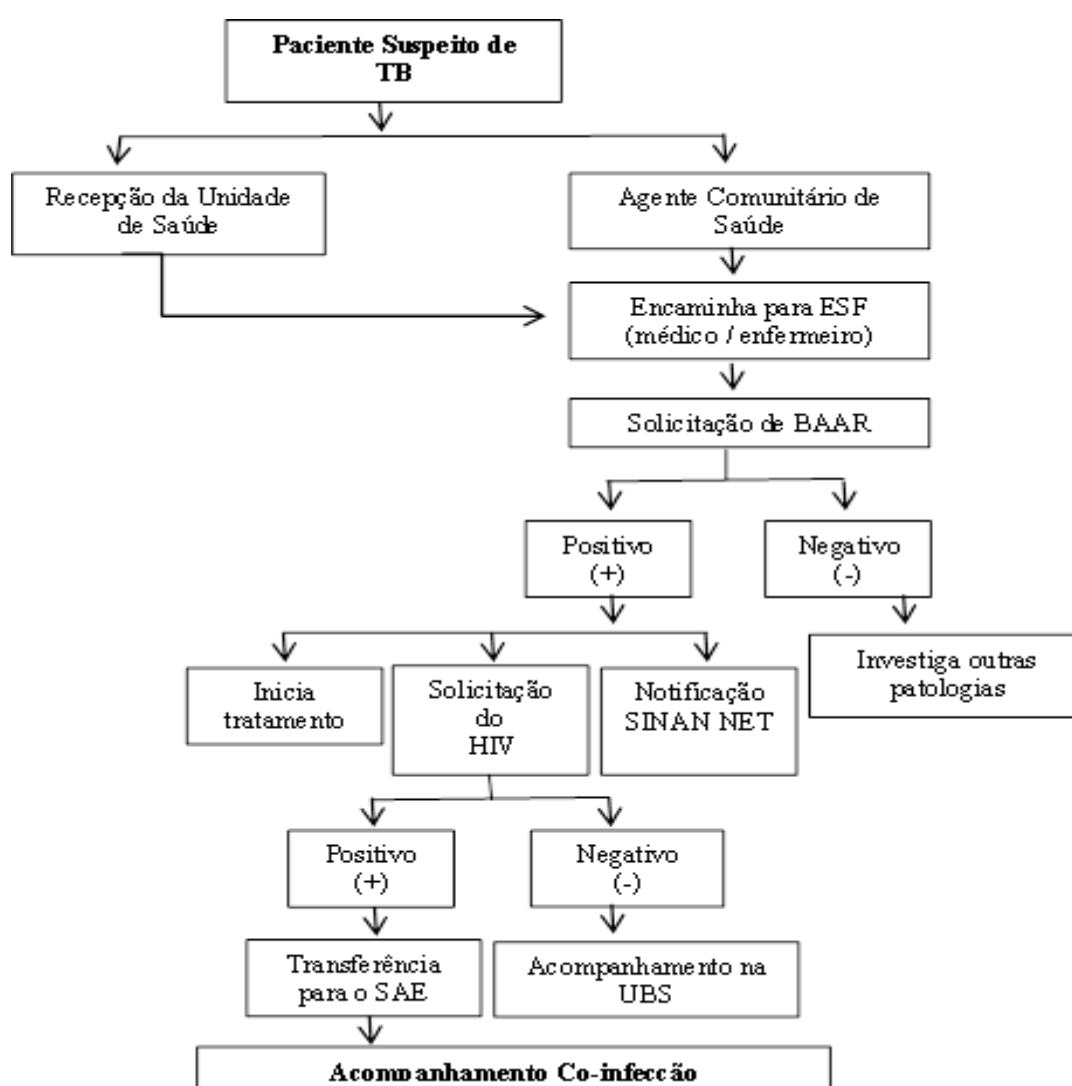


A terceira forma é pela identificação e facilitação do ACS, que durante a visita domiciliar identifica o usuário sintomático e encaminha ao serviço para diagnóstico do agravo. Em todos os casos o usuário é acompanhado pelo médico e enfermeiro da ESF.

Na US 2, o fluxo de atendimento apresenta-se de maneira diferente por não existir a presença da sala do programa de TB, conforme Fluxograma 2. O usuário pode entrar na US de duas formas. A primeira é chegando por demanda espontânea na recepção da US, sendo este sintomático ou não sintomático. É realizado o agendamento para uma consulta com o médico ou com o enfermeiro que realiza a anamnese do usuário e solicita os exames. A segunda forma é pela busca ativa ou contato com o ACS, que agenda consulta ou visita domiciliar com o médico ou com o enfermeiro que avalia e solicita os exames; em caso de

diagnóstico positivo, o profissional inicia o tratamento, notifica o usuário e realiza o aconselhamento pré-teste para o HIV com a solicitação do exame. Se o exame de HIV for positivo, o usuário é referenciado para o SAE. Caso a pesquisa para TB for negativa, o profissional inicia a investigação para outras patologias. Mas, mesmo assim, a rotina de agendamento é a mesma, não havendo agilidade para os usuários sintomáticos.

Fluxograma 2 – Fluxo de Atendimentos de Usuários Suspeitos de TB na Unidade de Saúde 2



A pessoa com TB pode se apresentar na US em qualquer período da infecção, devendo os profissionais de saúde primar pelo diagnóstico e tratamento o mais precocemente possível.

Logo, o usuário que é diagnosticado para TB, deve ser ofertado o exame HIV, de preferência o teste rápido, se este estiver disponível.

Nas US pesquisadas, tanto a US 1 como a US 2, oferta-se teste rápido ao HIV e o Elisa, se assim o usuário preferir. Na US 1, mesmo ofertando testes rápidos para o HIV, somente um profissional enfermeiro é treinado para a realização do exame, sendo que o exame é realizado às terças-feiras pela manhã e às quintas-feiras à tarde, não estando disponível nos demais dias, mesmo com o profissional na unidade de saúde, pois este está envolvido em outras atividades.

Como já citado, a atenção básica é a principal porta de entrada do SUS e deve ser a principal forma de captar e atender os usuários com TB e HIV/AIDS. Dentre as competências da atenção básica de diagnóstico e tratamento, foi possível identificar que – mesmo uma vez o usuário diagnosticado para TB com resultado positivo para HIV – este usuário é transferido para o SAE.

O vínculo do referido usuário, a partir desse momento, são as visitas domiciliares realizadas pelo ACS ou caso o usuário procure por demanda espontânea a UBS. Se o usuário não procurar o serviço, ele passa todo o tratamento de TB sem o acompanhamento do profissional médico e enfermeiro da ESF, somente as visitas mensais regulares do ACS.

Por outro lado, com o estabelecimento de estratégias de descentralização propostas pelos Programas Nacionais de Controle da Tuberculose, de DST, AIDS e Hepatites Virais e Departamento de Atenção Básica, o SAE, após a estabilização do tratamento ARV do usuário, pode transferi-lo para a ESF. É uma opção para os profissionais da média complexidade a internação hospitalar do usuário como forma de garantir a adesão ao tratamento pelo usuário.

Não existe acompanhamento de usuários coinfectados pelos profissionais da atenção básica. Identificamos que os profissionais têm conhecimento sobre os usuários com TB, mas não conhecem os usuários coinfectados, somente os que realizam o exame HIV na UBS, sendo estes transferidos para o SAE.

Observamos que na realidade local, os usuários são, em sua maioria, encaminhados da US para o SAE; não só para o acompanhamento do HIV/AIDS, mas em todos os casos de coinfeção. Por outro lado, o SAE encontra dificuldade para acompanhamento dos usuários coinfectados. Faz contato com as coordenações dos PMCT e PMAIDS para que estes estabeleçam a comunicação com o usuário e realizem o acompanhamento. Caso contrário, o usuário é hospitalizado como forma de garantir o tratamento.

A dificuldade de acompanhamento dos usuários coinfectados na AB, revelada neste estudo, demonstra os obstáculos enfrentados pelos usuários do acompanhamento prioritário, os quais acabam sendo encaminhados para o SAE. Essa transferência evidencia a não implementação desta rotina de diagnóstico e tratamento nas UBS.

De acordo com Mendes (2004), a qualidade da AB é um requisito que evidencia ações primárias priorizadas pelo SUS, como eixo organizador das práticas sanitárias alcançando melhores indicadores de saúde, menos custos e maior satisfação dos usuários. Visto que na rede básica de Boa Vista os usuários tentam ser hospitalizados como forma de garantir um tratamento satisfatório, o custo desse tratamento eleva-se de forma abusiva, além de tirar o usuário do convívio familiar e social.

Visto que para atender as diretrizes da atenção básica os profissionais da ESF – foco prioritário de atenção à saúde – devem desenvolver ações voltadas à promoção, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, necessários à reorganização da atenção prestada aos usuários coinfectados TB/HIV na rede básica de saúde de Boa Vista para que os profissionais se caracterizem como modelo de atenção à saúde.

Tomando como referência o Quadro 7 – Matriz de Julgamento da Avaliação da Qualidade da Assistência à Coinfecção TB / HIV/AIDS na Atenção Básica de Boa Vista – RR e o Quadro 8 – Grau de Implantação Assistência à Coinfecção TB/HIV/AIDS na Atenção Básica de Boa Vista – RR, fica notório perceber o quão problemático é o diagnóstico e acompanhamento com usuários coinfectados na ESF.

QUADRO 7. Matriz de Julgamento da Avaliação da Qualidade da Assistência à Coinfecção TB/HIV/AIDS na Atenção Básica de Boa Vista – RR

Dimensão	Critérios / Indicadores	Padrão	Valor máximo esperado = 100 pontos	Valor Observado
Conformidade	% de usuários TB que realizaram o teste para HIV	= ou > 90%	10	4
	% de usuários HIV que realizaram PPD no último ano	= ou > 90%	10	2
	% de usuários coinfectados que fizeram que realizassem	= ou > 90%	5	3

	quimioprofilaxia.			
	Realiza PPD na rede básica de saúde	3 vezes na semana	5	5
	Realiza exames de cultura de escarro na rede básica	Sim	2	1
	Existência de fluxo de referência e contrarreferência SAE e Atenção Básica	Sim	10	5
	% de usuários que realizaram os diagnósticos de TB/HIV na atenção básica	= ou > 90%	10	2
	Pontuação Máxima Esperada		52 pontos	22
	Pontuação Mínima Esperada		0 pontos	
Disponibilidade	Ter exame de HIV disponível na rede laboratorial municipal	Sim	2	2
	Ter ARV disponível para o tratamento	Sim	2	2
	Ter o esquema para tratamento de TB disponível na rede básica	Sim	2	2
	Ter material para coleta de exames de HIV	Sim	2	2
	Ter potes para coleta de escarro.	Sim	2	2
	Tempo do recebimento do resultado do exame de HIV	= ou < 20 dias	5	2
	Tempo do recebimento do resultado do exame de baciloscopia	= ou < 1 dia	5	1
	Pontuação Máxima Esperada		20 pontos	13
	Pontuação Mínima Esperada		7 pontos	
Qualidade Técnica	Preenchimento correto dos livros de controle da TB	Sim	8	4
	Os profissionais capacitados em aconselhamento para o HIV	Sim	5	5
	Os profissionais capacitados no novo esquema de tratamento de TB.	Sim	5	5

	Prontuário com registros do acompanhamento dos usuários	Sim	5	2
	Preenchimento das fichas de notificação	Sim	5	5
	Pontuação Máxima Esperada		28 pontos	21
	Pontuação Mínima Esperada		8 pontos	

QUADRO 8. Grau de Implantação da Assistência à Coinfecção TB/HIV/AIDS na Atenção Básica de Boa Vista – RR e o Grau de Implementação

Dimensão	Componentes	Pontuação Máxima	Pontuação Observada	Grau de Implantação
Qualidade	Conformidade	52	22	Insatisfatório
	Disponibilidade	20	13	
	Qualidade Técnica	28	21	
Total Geral		100	56	

Durante a análise dos dados, constatamos que as atividades de assistência aos doentes estiveram presentes nas falas dos profissionais de saúde. Porém, essa assistência não foi observada na prática diária destes. Nos critérios e indicadores de conformidade, esperávamos encontrar um valor de 52 pontos, mas só observamos 22. Merecem ser destacados os critérios referentes ao diagnóstico observados na US 1 e na US 2, que ofertam os exames diagnósticos para TB e para o HIV. O valor ali observado foi muito baixo. Para todos os exames esperávamos encontrar 10 pontos, mas observamos 2 para o percentual de usuários HIV que realizaram PPD no último ano; 4 pontos para o percentual de usuários TB que realizaram anti-HIV e 2 pontos para o percentual de usuários coinfectados que realizaram o diagnóstico na atenção básica.

Mesmo a rede básica ofertando teste PPD três vezes por semana, atingindo a pontuação máxima esperada, a realização de exames para usuários HIV ainda está abaixo do esperado. Isso demonstra o desconhecimento ou não cumprimento dos protocolos de assistência a usuários HIV.

A realização de anti-HIV em usuários HIV também é um fator alarmante. Observamos durante a pesquisa que 100% dos profissionais de saúde são capacitados em aconselhamento pré e pós-teste para o HIV. Mas também observamos que é insatisfatória a realização deste exame nas UBS pesquisadas de acordo com os livros de registro, prontuários dos usuários e entrevista com estes. Demonstra-se, assim, a ineficiência do acesso ao diagnóstico.

Quanto à realização de baciloscopia e exames de escarro, segundo a coordenação do PMCT, são realizados na rede básica de saúde. Contudo, durante a pesquisa, os exames estavam suspensos devido a dificuldades logísticas com material e profissionais qualificados. Nesse período, os usuários estavam sendo encaminhados para o serviço de referência (Hospital Geral de Roraima e Policlínica Cosme e Silva). Como não existe um fluxo de encaminhamento estabelecido para o serviço laboratorial, os usuários realizam o exame e acabam sendo diagnosticados e acompanhados pelo serviço de referência e, algumas vezes, por opção do próprio doente que não acredita na assistência prestada na US.

Ao analisarmos os critérios/indicadores de disponibilidade, vimos que as US tinham medicação para o tratamento e material para coleta dos exames de HIV e TB disponíveis. O entrave observado foi em relação ao tempo de recebimento dos exames anti-HIV e resultados da baciloscopia. Em relação ao exame anti-HIV, ambas as US pesquisadas realizam o teste rápido do HIV. Na US 1, o teste rápido é ofertado, mas como a demanda é grande e o exame não é realizado diariamente, mas às terças e quintas-feiras, o resultado algumas vezes não é entregue ao usuário no mesmo dia, mas é realizado o agendamento ao médico ou enfermeiro para a semana seguinte. Na US 2, o exame também não é realizado diariamente, mas o resultado é entregue no mesmo dia. Já o Elisa também está disponível na rede básica e o tempo de recebimento do resultado é de aproximadamente 60 dias. Para o exame de baciloscopia, o tempo médio de recebimento do resultado do exame é de 21 dias.

Com os resultados dessa forma configura-se o diagnóstico tardio, uma grande falha da organização dos serviços de saúde, a qual, por sua vez, dificulta a notificação e o controle da doença. Isso contribui para o aumento do risco de transmissão e diminui a chance de controle da coinfeção.

Quanto à qualidade técnica, foram analisados cinco critérios/indicadores. Desses, três atingiram a nota máxima: os indicadores de capacitação dos profissionais em aconselhamento pré e pós-teste para o HIV, capacitação no novo esquema de tratamento para TB – para o qual todos os profissionais de saúde que atuam na rede municipal são capacitados – e o indicador

de preenchimento das fichas de notificação, quando todos os usuários são devidamente notificados na ficha do SINAN NET.

Em relação ao preenchimento correto dos livros de controle, estes não são preenchidos corretamente. Faltam informações de identificação de usuários, exames e acompanhamento. Verificamos também que nem todos os usuários notificados constam nos livros de registro. O mais preocupante é que os médicos não tinham conhecimento dos livros e formulários de registro das ESF e não são os enfermeiros que realizam os acompanhamentos e anotações nos livros. Tal demanda foi repassada para os técnicos em enfermagem das equipes.

Conforme discutimos anteriormente, o Quadro 8 foi elaborado com as informações encontradas nos prontuários dos usuários. Estas foram organizadas de forma a facilitar a observação e análise dos dados.

As falhas nos registros também foram identificadas nos prontuários dos usuários conforme o Quadro 9. Dos quatro prontuários avaliados, todos estavam incompletos em relação ao diagnóstico e tratamento. Identificamos que informações essenciais e básicas referentes às identificações do usuário estavam incompletas ou desatualizadas, dificultando a identificação do doente. Estas falhas no registro do prontuário também foram observadas no SAE. Para conseguir informações suficientes para identificação do usuário no domicílio, foi necessária a busca do prontuário no Hospital Geral de Roraima. Com as informações do hospital, SAE e US puderam identificar o usuário e realizar a visita domiciliar para a entrevista e adesão a esta pesquisa.

QUADRO 9. Informações Encontradas nos Prontuários dos Usuários

	Usuário 1	Usuário 2	Usuário 3	Usuário 4
Identificação do Usuário	Completo	Incompleto	Incompleto	Completo
Endereço Atualizado	Desatualizado	Desatualizado	Atualizado	Desatualizado
Sinais Vitais	Completo	Completo	Incompleto	Completo
Anamnese	Completo	Incompleto	Completo	Incompleto
Exame Físico	Incompleto	Completo	Incompleto	Incompleto
Exames Laboratoriais	Incompleto	Incompleto	Incompleto	Incompleto
Tratamento	Incompleto	Incompleto	Incompleto	Incompleto
Situação da Alta	Incompleto	Incompleto	Incompleto	Incompleto

Em relação ao acompanhamento do tratamento, faltava nos prontuários a referência ao acompanhamento ou nos mesmos não estavam completos os registros dos achados clínicos, laboratoriais e indicação de tratamento. Tudo isso confirma ainda mais a pouca preocupação dos profissionais junto a estes usuários de grande relevância epidemiológica.

Ao analisarmos os instrumentos, identificamos os fatores que influenciam a qualidade da assistência. Tais fatores serão expostos em tópicos para uma melhor compreensão. Eles foram observados durante as visitas nas UBS pesquisadas, entrevistas realizadas com os profissionais e usuários envolvidos na pesquisa e a estrutura e organização da estrutura das UBS. Todos os fatores servirão como base para a construção das recomendações nesse estudo.

a) Fatores Favoráveis

- Profissionais de saúde capacitados para o diagnóstico e tratamento de TB;
- Busca ativa permanente de sintomáticos respiratórios na unidade de saúde e em visitas domiciliares;
- Postos de coleta de escarro para exame de baciloscopia;

- Oferta do teste anti-HIV para todos os doentes de tuberculose, independente da idade;
- Investigação e controle dos contatos com tratamento quando indicado;
- Salas de vacina para realização do BCG Id quando indicado;
- Oferta do PPD na UBS;
- Facilidade de encaminhamento ao serviço de referência quando indicado;
- Acesso ao tratamento na UBS.

Os fatores favoráveis demonstram uma iniciativa de descentralização das diretrizes propostas pelos Programas de HIV/AIDS e Programa de Tuberculose para facilitar o acesso integral aos usuários na rede básica de saúde.

Entretanto, destacamos também os entraves e dificuldades encontradas para a garantia da qualidade da assistência à coinfeção na AB.

b) Fatores Desfavoráveis

- Demora na entrega do resultado de baciloscopia;
- Dificuldade de acesso a exames clínico-radiológicos devido ao fato de a oferta ser somente em nível hospitalar;
- Dificuldade de acesso ao exame anti-HIV por conta do número reduzido de profissionais capacitados;
- Ausência de controle diário ou semanal dos faltosos pelas ESF;
- Ausência de triagem nas UBS, dificultando o acesso dos doentes ao diagnóstico precoce;
- Baixo ou inadequado preenchimento dos instrumentos de controle (fichas de notificação, livros de registro de sintomáticos respiratórios e de acompanhamento);
- Ausência de apoio aos doentes em relação às questões psicossociais e trabalhistas;
- Baixa integração da ESF com a equipe de assistência farmacêutica;
- Número reduzido de profissionais qualificados para análise dos exames.

Os fatores desfavoráveis são, em sua maioria, rotinas básicas de acompanhamento dos usuários e de desenvolvimento dos programas. O que mais chama a atenção é a relação dos fatores com a rotina dos profissionais de saúde de nível superior (médicos e enfermeiros). Estes são os que coordenam e conduzem as atividades dos programas. Por outro lado, são os que apresentam as maiores dificuldades no acompanhamento dos usuários.

Outro ponto fundamental são as dificuldades estruturais que garantam o acesso precoce ao diagnóstico e tratamento. Elas dizem respeito não somente à qualidade técnica profissional, mas também à organização administrativa das UBS.

Quanto às análises dos roteiros de entrevista com os profissionais de saúde, vimos que, entre os médicos, a média de anos de atuação é de 3,5 anos; entre os enfermeiros, de 4,25 anos; entre os técnicos em enfermagem, 9 anos e entre agentes comunitários de saúde, 8 anos. Sendo que todos os profissionais de saúde trabalham no serviço por mais de 3 anos, em média. Um ponto fundamental para os resultados é que os profissionais médicos e enfermeiros desconheciam o diagnóstico de coinfeção dos usuários acompanhados no serviço, tendo conhecimento somente do diagnóstico de TB. Por não ser realizado tratamento diretamente observado pelas equipes, o acompanhamento do usuário é restrito às entregas de medicação que acontecem na UBS uma vez por mês e à visita domiciliar do ACS.

Na caracterização do atendimento ao usuário coinfectado, observamos que os profissionais recebem atualizações frequentes para o atendimento aos usuários. Contudo, em se tratando de usuários com HIV, os profissionais médicos e enfermeiros relatam que não se sentem aptos para o acompanhamento, encaminhando-os para o serviço de referência. Fato preocupante, haja vista que, após o encaminhamento para o SAE, o usuário é considerado de média complexidade, não sendo mais de responsabilidade da ESF. Ele, portanto, não recebe nenhum tipo de intervenção da equipe, a não ser a visita domiciliar do ACS que, muitas vezes, desconhece o diagnóstico positivo para o HIV.

Em relação à notificação dos usuários, todos são notificados, sendo a ficha de notificação preenchida pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem da sala do programa de TB na UBS, que disponibiliza a sala. Enquanto que nos livros de controle, não existe registro sistemático e os enfermeiros sabiam da existência do livro, mas não o preenchiam ou preenchiam no final do mês, quando se encerrava a produção mensal da equipe, na US 1. Os livros de controle ficam na sala do programa sob a responsabilidade do técnico de enfermagem, sem o acompanhamento dos profissionais de nível superior.

As atividades de saúde realizadas para TB e/ou HIV/AIDS, estas não têm regularidade e também não são planejadas pelas equipes. As atividades são idealizadas e programadas pelas coordenações dos programas municipais. Também não há a participação de todos os profissionais da equipe e são realizadas na própria unidade de saúde.

É possível perceber no Quadro 10 que, dos três usuários, dois foram diagnosticados no pronto-socorro. O usuário 1 relatou que ao iniciarem os sintomas, procurou logo o serviço de emergência por não acreditar na resolutividade da UBS; o usuário 2 chegou a ir à UBS, mas os profissionais não suspeitaram de TB, mesmo o usuário apresentando todos os sintomas característicos. O usuário 3 foi diagnosticado pela ESF depois de 3 meses do início dos sintomas e com um quadro clínico avançado que o levou à hospitalização.

Ao serem questionados quanto à sorologia para o HIV, os usuários foram unânimes em relatar que não abriram seu estado sorológico para os profissionais da ESF por medo de exposição, falta de confiança e por considerarem os profissionais médicos e enfermeiros despreparados no que se refere a prover assistência ao usuário soropositivo. Este questionamento foi impulsionado pelos dados no livro de acompanhamento do programa onde constam estes usuários com exame em andamento desde o início do tratamento.

QUADRO 10. Síntese dos Resultados da Pesquisa com Usuários coinfectados

	Usuário 1	Usuário 2	Usuário 3
Informações sociodemográficas	Feminino, Ensino Fundamental Incompleto, Casada, 43 anos, Parda, Alugada, Alvenaria, Renda familiar 1 salário mínimo, Recebe bolsa família, Sem transporte.	Feminino, Ensino Fundamental Incompleto, Casada, 47 anos, Parda, Cedida, Madeira, Renda familiar menor de 1 salário mínimo, Recebe bolsa família, Sem transporte.	Masculino, Ensino Médio Completo, Casado, 39 anos, Pardo, Própria, Madeira, Renda familiar 1 salário mínimo, Recebe bolsa família, Sem transporte.
Informação sobre porta de entrada	Primeiro diagnóstico HIV, ao apresentar os primeiros sintomas procurou o pronto-socorro, onde foi diagnosticado para TB, leva em média seis dias para conseguir uma consulta na UBS, frequenta há um mês a UBS mais próxima de casa devido à transferência do pronto-socorro para o tratamento de TB, se pudesse escolher mudaria de UBS devido à falta de acolhimento, demora no agendamento de consultas médicas, falta de apoio para o tratamento, nunca recebeu visita domiciliar, não recebe orientação sobre o tratamento por profissionais da UBS, acha o atendimento da UBS ruim.	Primeiro diagnóstico HIV, ao apresentar os primeiros sintomas procurou a UBS cinco vezes, foi diagnosticado para TB no pronto-socorro, leva em média dez dias para conseguir uma consulta na UBS, frequenta há quatro meses a UBS mais próxima de casa devido à transferência do SAE que não realiza tratamento para TB, se pudesse escolher mudaria de UBS devido à demora no agendamento de consultas médicas, falta de apoio para o tratamento, recebe visita domiciliar do ACS, não recebe orientação sobre o tratamento por profissionais da UBS, acha o atendimento da UBS regular.	Primeiro diagnóstico HIV, ao apresentar os primeiros sintomas procurou a UBS três vezes, onde foi diagnosticado para TB, leva em média dez dias para conseguir uma consulta na UBS, frequenta há cinco meses a UBS mais próxima de casa devido a tratamento de TB, recebeu visita domiciliar do ACS, não recebe orientação sobre o tratamento por profissionais da UBS, acha o atendimento da UBS regular.

Informações gerais sobre o diagnóstico e tratamento	Foi oferecido o anti-HIV na UBS, não realizou por conhecer a sorologia, tempo dos primeiros sintomas para o diagnóstico de TB dois meses, os contatos não foram examinados, não foi ofertado PPD, foi hospitalizado duas vezes e não teve contato com os profissionais da ESF após a alta.	Foi oferecido o anti-HIV na UBS, não realizou por conhecer a sorologia, tempo dos primeiros sintomas para o diagnóstico de TB três meses, os contatos foram examinados, não foi ofertado PPD, foi hospitalizado uma vez e teve contato com o ACS após a alta.	Foi oferecido o anti-HIV na UBS, não realizou por conhecer a sorologia, tempo dos primeiros sintomas para o diagnóstico de TB três meses, os contatos foram examinados, não foi ofertado PPD, foi hospitalizado uma vez e teve contato com o ACS após a alta.
--	---	--	--

7. DISCUSSÃO

Esta pesquisa se propôs a avaliar a qualidade da assistência a usuários coinfectados por tuberculose em duas unidades de Saúde da Família de Boa Vista – RR. Os achados da pesquisa direcionam para uma análise das ações de controle da TB e do HIV na AB por meio da ESF.

Para a implantação e ampliação da ESF no município levou-se em consideração dados epidemiológicos e demográficos, priorizando bairros que apresentavam maior risco epidemiológico. Durante a implantação, as ESF foram alocadas nos prédios de UBS já existente que possuem boa estrutura física e contavam com equipe de apoio como auxiliares administrativos, serviços gerais, vigilantes e diretores que administravam o serviço.

De acordo com Carvalho et al (2001), as UBS são a porta de entrada para populações com maior ou menor grau de vulnerabilidade ao HIV e TB. A ESF integra o cuidado, atendendo o indivíduo e comunidade de forma integral e resolutiva com a criação de vínculos entre os profissionais de saúde e a família.

Para toda esta integração junto à comunidade os diretores das UBS foram fundamentais, pois já conheciam a população e as necessidades das famílias que procuravam por aquele serviço. Segundo Lemos (2010), os gerentes dos serviços de saúde, ao atuarem incorporam conhecimentos e experiências relacionados à organização e gerenciamento das ações de saúde. Essa agregação torna-os sujeitos importantes para viabilizar as ações estratégicas de controle de TB e HIV.

Em relação ao cadastro e atendimento dos usuários, não existe um fluxograma assistencial para os atendimentos dos usuários coinfectados, dificultando o acesso ao diagnóstico e tratamento. De acordo com Castanheira (2002), o fluxograma assistencial possibilita visualizarmos qual a disposição dos agentes no desenho assistencial, qual função assumem, que possíveis ligações estabelecem e quais as possibilidades de caminho podem ser percorridas com maior frequência pelos usuários.

O horário de funcionamento e atendimento da ESF pode ser considerado restritivo para o atendimento, pois o agendamento de consulta é presencial e o funcionamento para atendimento médico e de enfermagem ocorre somente em horário comercial. Elias et al. (2006) consideram que as formas quase sempre presenciais de marcação de consultas

funcionam como constrangimento ao efetivo acesso à AB, onde parcelas importantes da população passam o dia longe do seu local de moradia.

A ESF trouxe grandes avanços para a saúde básica da capital por ter possibilitado uma maior oferta de serviços e diagnósticos. No entanto, a falta do fluxograma assistencial interfere diretamente no diagnóstico do doente, uma vez que o usuário custa o serviço diversas vezes apresentando sintomatologia e não é diagnosticado. Quando diagnosticada a coinfeção, não há definição se o usuário será acompanhado pelo SAE ou ESF. Estas indefinições levam ao afastamento do usuário dos serviços da AB, deixando-o mais vulnerável a outras complicações da coinfeção.

Esta questão da falta de fluxograma gera uma grande complexidade no atendimento aos usuários, considerando que a ESB e farmacêutica não interagem com a ESF no acompanhamento dos usuários. As ações de rotina são realizadas pela ESB sem o conhecimento do diagnóstico. Mas a assistência farmacêutica que é indispensável não existe. A dispensação de medicamentos é feita pela entrega de medicamentos no balcão com esclarecimentos pontuais, sem conferência de adesão ou restrições dos usuários.

Lima (2006) aponta que para os usuários coinfectados, a atenção deve ser redobrada, pois os preditores de não adesão para o tratamento da AIDS somam-se aos preditores para não adesão ao tratamento da TB, levando o usuário a ser pré-qualificado como não aderente, visto que para estes usuários preconiza-se o tratamento supervisionado, que não está sendo realizado pelas equipes da ESF.

Uma fonte de informação valiosa é o prontuário. Chama a atenção que na análise dos prontuários dos usuários coinfectados foi constatada a falta de registros de atendimento das equipes da ESF, bem como falta de registros de acompanhamento do tratamento.

Para Castanheira (2002), a dificuldade de acesso à informação chama a atenção pela importância que se tem o registro adequado para a avaliação das atividades de um programa. Nesse sentido, verificamos que o acompanhamento dos usuários não era sistemático do acompanhamento e tratamento da coinfeção TB/HIV, pois não havia registros completos nos prontuários.

A faixa etária predominante foi de 40 a 49 anos, correspondendo à faixa etária produtiva, sendo que o acometimento de doenças neste período da vida provoca perdas financeiras e sociais importantes. Quanto à escolaridade, os dados encontrados coincidem com o perfil social da epidemia, que atinge indivíduos com menos escolaridade. Este retrato,

segundo Rodrigues Junior et. al. (2004), sinaliza uma pior cobertura dos sistemas de vigilância entre os menos favorecidos. Bowkalowski e Bertolozzi (2010) corroboram e ainda apontam que a baixa escolaridade evidencia uma vulnerabilidade social de maneira geral e mais especificamente sobre a TB, aumentando a preocupação com a coinfeção.

Um fato que chama a atenção é que todos os usuários entrevistados são casados. De acordo com Neves (2010), estudos realizados em São Paulo e Ribeirão Preto mostram que com a cronificação da AIDS e o aumento da sobrevida, é cada vez mais frequente que os usuários soropositivos para o HIV mantenham relacionamentos estáveis.

Uma queixa relatada por todos os entrevistados foi o tempo de até três meses entre o início dos sintomas e o diagnóstico da coinfeção, uma vez que grande parte dos usuários acaba sendo diagnosticada na rede hospitalar. Estes usuários chegaram aos serviços de saúde apresentando deficiência imunológica. A interação existente entre TB e o HIV resulta em progressão mais rápida de ambas as doenças, aumentando a letalidade delas (MARUZA; XIMENES; LACERDA apud NEVES, 2010).

Verificamos que a AB enfrenta obstáculos na reorganização devido a dificuldades logísticas com a irregularidade de abastecimento de insumos logísticos e a pouca autonomia dos gestores dos cargos de coordenação para o planejamento e execução das ações planejadas, resultando em baixa resolutividade por parte da ESF, fazendo com que os usuários busquem a unidade hospitalar para fechar o diagnóstico, pois estão visualizando estas dificuldades, retrocedendo no processo de saúde.

Para Oliveira (2007), apesar do pioneirismo no desenvolvimento de uma rede de atenção básica, percebe-se que o modelo centrado na assistência hospitalar, presente por muito tempo nos municípios, deixa marcas na oferta de serviços.

De acordo com Monroe et al. (2008), um elemento que prejudica a manutenção de equipes da ESF para lidar com a TB e que merece atenção dos responsáveis pela formulação de políticas de RH é a rotatividade dos profissionais, relacionada à descontinuidade político-partidária nos sistemas municipais de saúde, trazendo como consequência a dificuldade para o estabelecimento de vínculo entre a equipe e os doentes.

Com relação à autonomia, este é um problema observado em outros serviços. Ao avaliarem alguns aspectos da atenção básica em grandes municípios paulistas, encontram com relação à sustentabilidade, pouca ou nenhuma autonomia na maior parte e falta de estabilidade dos profissionais da coordenação (VIANA ET AL. apud OLIVEIRA, 2007). A falta de

estabilidade dos profissionais foi ressaltada. Fato este identificado nesta pesquisa durante a visita nas UBS e entrevista com os profissionais e coordenadores dos programas.

A rotatividade de profissionais, principalmente médicos, é mencionada como uma grande dificuldade dos coordenadores dos programas de TB e HIV para a continuidade da assistência. Essa rotatividade pode ser devida à sobrecarga de trabalho, a falta de estrutura para o atendimento ou por dificuldade de relacionamento entre os profissionais. (OLIVEIRA, 2007).

Esta rotatividade e a pouca autonomia dos coordenadores dos programas resulta em outro problema, que é a inexistência de referência e contrarreferência entre a ESF e o SAE. Como o tratamento é realizado de forma paralela – o tratamento de TB na ESF e o acompanhamento do HIV/AIDS no SAE – esta forma de acompanhamento não proporciona a formação de vínculo e sugere barreiras burocráticas que podem resultar em abandono do tratamento, pela pouca resolutividade das equipes da ESF para coinfeção.

Oliveira (2007) explana que diversos estudos corroboram as dificuldades de articulação da ESF com a rede local, do fluxo de usuários do sistema de referência e contrarreferência, apontando fatores como desconhecimento às formas de acesso e rotina dos serviços especializados, a carência de especialistas, e a forma burocrática de referência que dificulta o acesso a todos os níveis de complexidade.

As situações acima expostas nos faz refletir sobre a integralidade do atendimento. Cecílio apud Sousa (2001) retoma a discussão relatando que apesar de a rede de serviços estar estruturada para atender ao fluxo, a mesma não está permitindo a realização do processo de forma ágil e resolutiva. Outro problema é que esta dificuldade pode desenvolver expectativas ou outras reações emocionais nos usuários coinfectados.

No que se refere ao diagnóstico, conforme citado anteriormente, o diagnóstico tardio é um grande entrave para o controle da coinfeção TB/HIV. Os usuários encontram diversas dificuldades para o diagnóstico, sendo elas: horário de atendimento, falta de kits laboratoriais, cota de exames insuficiente para a demanda, UBS que não ofertam o serviço laboratorial, entre outros. Essas dificuldades fazem com que os usuários retornem diversas vezes ao mesmo serviço ou se direcionam a unidades hospitalares para a realização dos exames clínicos e laboratoriais.

Dados parecidos foram identificados pelo estudo realizado por Rodrigues (2007), onde foi possível verificar que os doentes coinfectados vivenciaram maiores dificuldades em

relação ao acesso ao diagnóstico nas seguintes questões: número de vezes que procuraram o posto de saúde para conseguir atendimento, dificuldade de deslocamento e busca por unidades que possuíam maior estrutura física.

Uma pesquisa desenvolvida no município de Petrópolis avaliou a dimensão do acesso aos sistemas e serviços na atenção básica, identificou como barreira no acesso o horário de atendimento das unidades, somente até 18h. (MACINKO; ALMEIDA; OLIVEIRA apud RODRIGUES, 2007).

O fato de os coinfectados não terem acesso aos serviços de saúde contribui para muitos casos não serem diagnosticados, afetando diretamente do controle dos agravos TB e HIV/AIDS, assim como, aumentando a letalidade.

Com relação ao baixo envolvimento dos profissionais com os usuários coinfectados, os profissionais da ESF têm um acúmulo de atendimento de todos os programas de saúde preconizados pelo MS, visto que foi observado que estas equipes seguem um cronograma de atendimento semana contemplando 10 períodos, sendo cinco pela manhã e cinco pela tarde. Este cronograma é descrito da seguinte forma: dois períodos de atendimento ao pré-natal, um período de atendimento à prevenção do câncer de colo uterino com a coleta de exames preventivos, um período de atendimento ao puerpério, um período de atendimento a usuários portadores de hipertensão e diabetes, dois períodos de atendimento clínico geral, dois períodos de visita domiciliar e um período de reunião da equipe.

Segundo Monroe et al. (2008), a sobrecarga de funções também pode ocorrer pela designação de múltiplas atividades, programas e tecnologias para a AB, sem o adequado preparo e perfil do profissional, dificultando a sensibilização e organização do processo de trabalho para incorporarem as ações de controle da TB.

Os usuários coinfectados são agendados para o atendimento no período de clínica geral, não sendo priorizado seu atendimento em outros períodos da semana, exceto se eles necessitarem de visita domiciliar, não sendo ampliado o acesso de forma efetiva. Em estudo realizado em Campina Grande por Figueiredo et al. (2009), considera-se que apesar da ampliação do PSF, percebe-se que as equipes da ESF não assumiram o tratamento do doente de TB em sua totalidade, o que corrobora com o encontrado em Boa Vista – RR.

A não priorização afeta também a oferta e realização dos exames como já descrito, consequentemente leva o usuário a um diagnóstico tardio. Como o usuário não consegue o

atendimento no início dos sintomas e as informações dos prontuários são incompletas, é complicado afirmar se o exame foi ou não solicitado aos usuários.

Lucca (2008) reforça o achado, pois, muito embora o MS recomende a realização dos exames de HIV e TB, em Ribeirão Preto no período de 2003-2006, 30% dos casos de TB não realizam o exame de HIV, levantando a dúvida com relação ao fato do teste não estar sendo oferecido ou então, a própria recusa do doente em realizá-lo. Outro aspecto que interfere na incorporação do controle da TB é a qualificação dos profissionais, uma vez que estes passaram a assumir ações e programas de saúde. As equipes da ESF têm dificuldade em realizar as ações de controle de TB, pois não estão sensibilizadas e preparadas para detectar os sinais e sintomas da TB. (MONROE et al. , 2008).

6. RECOMENDAÇÕES

A seguir, relacionamos algumas recomendações que consideramos importante a partir dos resultados do estudo e que podem servir de subsídios para os gestores e profissionais de saúde.

- Discutir sobre o papel da Atenção Básica na vigilância epidemiológica do HIV/AIDS, Tuberculose e principalmente sobre coinfecção TB/HIV;
- Discutir com os profissionais sobre descentralização de serviços básicos para a Atenção Básica e equipes da Estratégia de Saúde da Família;
- Rever e discutir sobre a qualidade dos cursos ofertados;
- Construção de um fluxo de referência e contrarreferência para o atendimento aos usuários coinfectados;
- Realizar monitoramento frequente das ações e diretrizes propostas para os programas;
- Manter suporte técnico às ações das equipes da ESF;
- Inserir os profissionais de forma efetiva nas ações de planejamento e monitoramento;
- Sensibilizar os profissionais para a utilização de protocolos vigentes;
- Monitorar sistematicamente o SINAN NET;
- Disponibilizar material institucional para realização de atividades educativas e informativas;
- Garantir forma de reduzir a rotatividades dos profissionais nas ESF;
- Sensibilizar e promover a interação dos gestores dos programas para construção de pautas e ações integradas;
- Ampliar a rede laboratorial de diagnóstico rápido;
- Implantar a triagem nas UBS, facilitando o acesso aos usuários;
- Inserir a assistência farmacêutica aos usuários da ESF.

8. CONCLUSÃO

A TB e a coinfecção pelo HIV se apresentam como um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo, pois a interação entre as duas doenças aumenta a morbimortalidade. Os doentes muitas vezes se deparam com barreiras relacionadas à organização gerencial e cultural dos serviços de saúde.

Com o fortalecimento da Atenção Básica no Brasil através na expansão das equipes da Estratégia de Saúde da Família, os programas de saúde pública sofreram adequações para que ocorresse a descentralização dos programas de saúde pública e vigilância epidemiológica.

A atenção básica no município de Boa Vista é considerada pelos gestores uma prioridade para a melhoria da saúde no município; as UBS apresentam uma boa estrutura física e o quantitativo de funcionários é satisfatório para o bom andamento do serviço. Em todas as UBS estão implantadas ações dos programas de TB e HIV/AIDS, mas com funcionamento pouco regular com a prática de ações pontuais e de campanhas.

Os resultados apresentados e avaliados a qualidade da assistência à coinfecção TB/HIV na atenção básica de Boa Vista foi insatisfatória, visto que não há priorização dos profissionais da ESF no acompanhamento dos usuários coinfectados, quando não o desconhecimento destes usuários pelos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem das equipes. O único acompanhamento regular que o usuário recebe são as domiciliares dos ACS.

Com a baixa valorização dos doentes é compreensível porque os mesmos consideram atendimento da UBS regular ou ruim e também entender o interesse que os usuários demonstram em realizar o atendimento em outro serviço, se fosse possível.

Fica evidente com este estudo que melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários coinfectados implica em mudanças de ordem organizacional e estrutural, uma vez que não existem ações integradas entre os programas municipais de TB e HIV/AIDS, ficando as ações sem direcionamento, conforme preconizado em protocolos e diretrizes, o que aumenta as expectativas e angústia dos profissionais quando se deparam com um usuário em sua unidade à procura de assistência à saúde e cura da doença.

Portanto, os resultados evidenciam a importância de um olhar ampliado para o problema da coinfecção, não somente com a sensibilização dos profissionais que já estão capacitados, mas principalmente com aspectos relacionados a acesso a atendimento médico e

de enfermagem e diagnóstico, realização de atividades educativas e busca ativa de casos novos e dos contados não examinados.

Assim, os esforços empregados nacionalmente para diminuir a morbimortalidade pela coinfeção TB/HIV devem ir além da detecção e controle da doença. Controlar estas epidemias significa abarcar no processo de trabalho em saúde da ESF novos meios e conhecimento para o acompanhamento dos doentes.

Enfim, deveria haver uma grande interação entre os programas de TB e HIV/AIDS no município, visto que os principais problemas no controle são a descoberta precoce e o acompanhamento dos casos. O planejamento articulado das ações otimizaria recursos e evitaria duplicação de esforços.

Esperamos que este estudo possa estimular os profissionais da ESF a repensar a prática cotidiana, gerando assistência de qualidade e possibilitando avaliações precisas da assistência prestada aos usuários usuários do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. II CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE: Diretrizes brasileiras para tuberculose, 2004. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. São Paulo, Suplemento 1, v.30, p. S2-S56, jun. 2004.
2. BATAIERO, M. O. *Acesso, vínculo de adesão ao tratamento para a tuberculose: dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde*. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
3. BOWKALOWSKI, C.; BERTOLOZZI, M. *Vulnerabilidades em pacientes com tuberculose no distrito Santa Felicidade – Curitiba, PR*. Curitiba: Cogitare Enfermagem, v. 15, n.1, p.92-9, 2010.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral das Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. Programa Nacional de Controle de Tuberculose. Brasília, 2004.
5. _____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Análise da Situação da Tuberculose no Brasil. Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde*. Brasília, 2006.
6. _____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV*. Brasília, 2006.
7. _____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Manual da oficina de capacitação em avaliação com foco na melhoria do programa*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília, 2007.
8. _____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em Saúde: Dengue, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2 ed. Ver. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

9. _____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília, 2010.
10. BUNGE, M. Os conceitos do modelo. Modelos na ciência teórica. In: BUNGE, M. *Teoria e realidade*. São Paulo: Perspectivas, p. 11-40, 1974. In: HARTZ, M.A., SILVA, L.M.V. *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos as práticas na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 275, 2005.
11. CARVALHO, J. R.; JUNIOR, I. F.; CALAZANS, G. J. *AIDS, Vulnerabilidade e Prevenção*. Mimeo. 2001.
12. CASTANHEIRA, E. R. L. *Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/AIDS em serviços públicos no estado de São Paulo: relação entre qualidade e organização do processo de trabalho*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
13. CHEADE, M. F. M. et al. Caracterização da tuberculose em portadores de HIV/AIDS em um serviço de referência do Mato Grosso do Sul. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. Brasília, DF, v.42, n.2, p. 119-125, 2009.
14. CONTANDRIOPOULOS, A. P. F.; CHAMPAGNE, F. DENIS, J. L. & PINEAULT, R. A 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: Editora Fiocruz, p. 29-48.
15. CRUZ, M. M. *Avaliação de Programas de Prevenção de DST/AIDS para Jovens: Estudo de Caso numa Organização Governamental e numa Organização Não Governamental do município do Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), 2006.
16. ELIAS P. E. et al. A atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciências & saúde coletiva*, Rio de Janeiro: ABRASCO, v.11 (3), p. 633-641, 2006.
17. FELDMAN, L.B.; GATTO, M.A.F.; CUNHA, I.C.K.O. *História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação*. Acta Paul Enferm, 18(2), p. 213-9, 2005.

18. FIGUEIREDO, T. M. R. M.; VILLA, T. C. S.; SCATENA, L. M.; GONZALES, R. I. C.; RUFFI NO-NETTO, A.; NOGUEIRA, J. A.; OLIVEIRA, A. R.; ALMEIDA, S. A. Desempenho da Atenção Básica no Controle da Tuberculose. *Rev. Saúde Pública*, 43(5), p. 825-31, 2009.

19. GARCIA, M. L. G.; GOMEZ, J. L. V.; SANCHO, M. C. G.; ALVAREZ, R. A. S.; ZACARÍAS, F. e AMOR, J. S., 1994. *Epidemiologia da SIDA e tuberculosis*. Bol. Oficina Sanit. Panam., 116 (4), p. 546-565.

20. GAZETTA, C. E. et al. *Aspectos epidemiológicos da tuberculose em São José do Rio Preto – SP a partir de notificação da doença em um hospital escola (1993-1998)*. Pulmão: RJ, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 155-162, 2003.

21. GOMES, R; SILVA, C. M. F. P; DESLANDES, S. F.; SOUZA, E. R. Avaliação da assistência ambulatorial a portadores de HIV/AIDS no Rio de Janeiro, segundo a visão do usuário. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(4), p. 789-797, out-dez, 1999.

22. HARRIES A, MAHER D, GRAHAM S. TB/HIV: A clinical manual. 2. ed. World Health Organization library. Geneva, 2004. In: CHEADE, M. F. M; IVO, M. L., SIQUEIRA, P. H. G. S., SÁ, R. G., HONER, M. R. Caracterização da tuberculose em portadores de HIV/AIDS em um serviço de referência de Mato Grosso do Sul. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 42(2), p. 119-125, mar-abr. 2009.

23. HARTZ, Z. M. A. (Org.), 1997. *Avaliação de Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na análise de Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

24. IBAÑEZ, N. et al. Avaliação de desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 683-703, 2006.

25. LEMOS, M. *Atraso no diagnóstico da tuberculose na percepção dos gerentes da atenção básica a saúde de Ribeirão Preto – São Paulo. Ribeirão preto, 2010*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2010.

26. LIMA, H. M. M. *Adesão ao tratamento de HIV/AIDS por pacientes com AIDS, tuberculose e usuários de drogas de São Paulo*. São Paulo, 2006. 185F. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2006.

27. LUCCA M.E.S. *Análise epidemiológica da Tuberculose e coinfeção HIV/TB, em Ribeirão Preto – SP, de 1998 a 2006*. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2008.
28. MARIN N., IVAMA A.M., BARBANO D.B.A., SANTOS M.R.C., LUIZA V.L.; Ministério da Saúde (BRASIL); OPAS/OMS. *Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados*. Brasília: Ministério da Saúde OPAS/OMS, p. 260, 2005.
29. MENDES, E.V. O SUS que temos e o que queremos: uma agenda para a saúde. *Revista Mineira de Saúde Pública*, Belo Horizonte, v. 3, n. 4, p. 4-26, 2004.
30. MONROE, A. A.; GONZALES, R. I. C.; PALHA, P. F.; SASSAKI, C. M.; RUFFINO NETTO, A.; VENDRAMINI, S. H. F.; VILLA, T. C. S. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. *Rev. Escola De Enfermagem USP*, 42(2), p. 262-7, 2008.
31. NEVES, L.A.S. *Qualidade de vida de indivíduos com coinfeção HIV/tuberculose no município de Ribeirão Preto – SP*. Tese (doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, 2010.
32. OLIVEIRA, L.G.D. *Avaliação do programa de controle da tuberculose no município de Niterói – RJ: A integração entre a unidade de saúde da família*, Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2007.
33. População Residente em Roraima. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poprr.def> Acesso em 02 de fev de 2012.
34. Programa Estadual de Controle da Tuberculose de Roraima: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Acesso em 01 de jun de 2010
35. Programa Municipal de DST/AIDS, Boa Vista/Roraima: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Acesso em 23 de jan de 2012.
36. RENGGER, R.; TITCOMB, A. A Three-Step Approach to Teaching Logic Models. *American Journal of Evaluation*, v. 23, n.4, p. 493-503, 2002. In HARTZ, M.A., SILVA, L.M.V.,

Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos as práticas na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 275, 2005.

37. RODRIGUES, A. M.S. *Avaliação do acesso ao diagnóstico e tratamento de tuberculose na perspectiva dos indivíduos coinfectados ou não pelo HIV*. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós Graduação Em Enfermagem Fundamental – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade De São Paulo – USP, São José do Rio Preto, SP, 2009.
38. RODRIGUES JÚNIOR, A.L.; RUFFUNO-NETTO, A.; CASTILHO, E.A.A. Distribuição espacial da coinfeção Tuberculosis/HIV no Estado De São Paulo, 1991-2001. *Rev. Saúde Pública*, v.40, n. 2, p. 265-70, 2006
39. ROWAN, M.S. Logic models in primary care reform: navigating the evolution. *Canadian Journal of Program Evaluation*, v.15, n.2, p. 81-92, 2002. In: HARTZ, M.A., SILVA, L.M.V. *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos as práticas na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 275, 2005.
40. RUFFINO NETTO A.. A Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Brasília, v. 35, n. 1, p. 51-58, 2002.
41. SAMICO, I., FELISBERTO, E., FIGUEIRO, A. C., FRIAS, P. G. *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: Editora MedBook, 2010.
42. SMSA. Papel da Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista. Disponível em: <http://www.boavista.rr.gov.br/secret_smsa.php> Acesso em 22 de ago de 2012.
43. STYBLO, K. Impacto potencial del SIDA sobre la situación y la tuberculosis en los países desarrollados y em desarrollo. *Bol. Union Int. Tuberc.*, 63 (2), p. 26-29, 1988. In: RUFFINO-NETTO, A. *Avaliação do excesso de casos de tuberculose atribuídos à infecção HIV/AIDS: ensaio preliminar*; Departamento de Medicina Social – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, SP.
44. SZWARCOWALD C. L., et al. AIDS: O Mapa Ecológico do Brasil, 1982 – 1994. In: BRASIL, Ministério da Saúde. *A epidemia da AIDS no Brasil: situação e tendência*, p. 27–44. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
45. VENDRAMINI, S. H. F. *O programa de controle da tuberculose em São José do Rio Preto – SP, p 1985-2004: do contexto epidemiológico à dimensão social*. 2005. 251f. Tese

(Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

46. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Quadro geral estratégico para reduzir o peso da TB/HIV. Geneva, 2002b. Disponível em: <http://who.int/hq/2003/who_cds_tb2002.296_spa.pdf> Acesso em 15 de abr de 2010.
47. _____. Stop TB Partnership and World Health Organization. Global Plan to Stop TB 2006-2015. Geneva, 2006b. (WHO/HTM/STB/2006,35). Disponível em: <<http://www.stoptb.org/globalplan/asses/documents/GlobalPlanFinal.pdf>> Acesso em 20 de mai de 2010.
48. WORTHEN, B. R., SANDERS, J. R., FITZPATRICK, J. L. *Avaliação de programas: concepções e práticas*. Tradução: Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo: Editora Gente, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE 1



Roteiro de Observação Direta da Unidade de Saúde

Unidade de Saúde/USF: _____

Pesquisador de Campo: _____

Data: _____

Horário de início: _____ Horário de término: _____

I. Caracterização da Unidade

1. Tipo de Unidade de Saúde: _____
2. Local da sede da US: _____
3. Nome do programa: _____
4. Público-alvo: _____

II. Infraestrutura: Área física

5. Local para sentar na sala de espera: ☐ Sim ☐ Não
6. Iluminação natural na sala de atendimento: ☐ Sim ☐ Não
7. Ventilação na sala de atendimento: ☐ Sim ☐ Não
8. Atendimento com porta fechada: ☐ Sim ☐ Não
9. Tem água ou bebedouro na sala de espera: ☐ Sim ☐ Não
10. Enquanto esperam os usuários participam de alguma atividade educativa? Qual?
☐ Sim ☐ Não
☐ Palestra ☐ Orientação Individual ☐ Orientação Coletiva
☐ Vídeos Educativos ☐ Outros: _____
11. Existe no local/espço apropriado para a realização do atendimento individual? E de grupo? ☐ Sim ☐ Não
12. Tem cadeiras para usuários sentarem na sala de espera? ☐ Sim ☐ Não
13. Tem cadeiras no consultório? ☐ Sim ☐ Não
14. Horário de funcionamento da unidade turno manhã: _____ às _____
15. Horário funcionamento da unidade turno tarde: _____ às _____
16. Tem laboratório na unidade: ☐ Sim ☐ Não
17. Horário de funcionamento do laboratório turno manhã: _____ às _____
18. Horário de funcionamento do laboratório turno tarde: _____ às _____

III. Quadro de profissionais da Unidade de Saúde:

19. Número de médicos: 20H: _____ 40H: _____
20. Os médicos que trabalham 20H atendem os programas TB e HIV/AIDS
☐ Sim ☐ Não Por que? _____
21. Número de enfermeiros: _____
22. Número de técnicos/auxiliares de enfermagem: _____
23. Assistentes sociais _____
24. Psicólogos: _____
25. Farmacêuticos: _____
26. Outras categorias profissionais atuando no PMTB e PMAIDS: _____

IV. Registros da Coinfecção

27. Quem notifica os casos?
28. Onde ficam as fichas de notificação?
29. Quem preenche o livro preto?
30. Onde ficam armazenados os prontuários?
31. Quem faz busca ativa?
32. Onde são feitos os registros dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)?
33. Quem faz o aconselhamento pré e pós-teste para o exame de HIV?
34. Quem entrega os resultados de exame de HIV?
35. Quem entrega o resultado de exame de TB?
36. Onde ficam armazenados os resultados de HIV?
37. A USF realiza teste rápido?
38. A USF realiza PPD?
39. A USF realiza baciloscopia?
40. Quem realiza o teste rápido?
41. Onde é realizado o teste rápido?
42. Quem realiza o PPD?
43. Onde é realizado o PPD?
44. Qual o tempo esperado para o recebimento do resultado do HIV?

Teste Rápido: _____ Elisa e IFI: _____

45. Existe material educativo específico para Coinfecção?
46. Tipo(s) de material(is) educativo(s) existentes?
47. Quantitativo de material suficiente?
48. De que forma o material é utilizado?
49. Os materiais têm linguagem clara?
50. Tem UVE na USF?

Observações:

51. Número de usuários notificados com tuberculose no SINAN?
52. Número de usuários notificados com AIDS no SINAN?
53. Número de usuários em tratamento convencional para TB (data coleta de informações):
54. Número de usuários em tratamento convencional para AIDS (data coleta de informações):
55. Número de usuários em tratamento para coinfecção (data coleta de informações):
56. Existe fluxo de referência e contrarreferência USF/SAE e/ou SAE/USF?
57. Quem faz o encaminhamento dos usuários?

APÊNDICE 2



Roteiro para Análise do prontuário

No. Prontuário Examinado: _____

A-Identificação do usuário:	
Nome completo	S () N ()
Endereço atualizado com referência	S () N ()
2. Idade	S () N ()
B-Anamnese:	
B. 1 - Sinais Vitais:	B. 2 - Anamnese:
Peso S () N ()	Descrição de sinais e sintomas (tosse e expectoração)
PA S () N ()	S () N ()
Temperatura S () N ()	História de tratamento anterior S () N ()
	História de contato S () N ()
	Doença associada S () N ()
	História de alergia a medicamentos S () N ()
	História de uso de álcool S () N ()
B.3 - Exame Físico:	B. 4. Exames Laboratoriais:
13. Exame do aparelho respiratório	15. Baciloscopia de escarro S () N ()
S () N ()	16. RX de tórax S () N ()
14. Exame Físico Completo S () N ()	17. HIV S () N ()
	18. Outros _____
C - Tratamento/evolução terapêutica:	
19. Registro do esquema terapêutico indicado	S () N ()
20. Registro de doses mensais	S () N ()
21. Registro de efeitos adversos	S () N ()
22. Registro de outras ocorrências e encaminhamentos (até negativos)	S () N ()
23. Registro de resultados de exames solicitados	S () N ()
24. Data início do tratamento	S () N ()
25. Tratamento Esquema I ou III	S () N ()
26. Tratamento supervisionado ou autoadministrado	S () N ()
27. Número de baciloskopias solicitadas na evolução	S () N ()
28. Mês de solicitação das baciloskopias	S () N ()
29. Solicitação do HIV	S () N ()
30. Terapêutica ARV	S () N ()
31. Realização do PPD	S () N ()
32. Reator do PPD	S () N ()
4- Alta terapêutica:	
33. Registro do tipo de alta do tratamento: cura, abandono, óbito, falência.	S () N ()
34. Outras saídas (transferido, alta estatística, mudança de diagnóstico)	S () N ()
35. Data da alta: ____/____/____	
36. Solicitado baciloscopia na alta	S () N ()
5- Demais Observações	

APÊNDICE 3



ROTEIRO DE ENTREVISTA

USUÁRIO DO SERVIÇO DE TUBERCULOSE/HIV

Projeto de Pesquisa: “Avaliação da Qualidade da Assistência à Coinfecção Tuberculose/HIV na Atenção Básica do Município de Boa Vista – Roraima”

A – INFORMAÇÕES GERAIS			
Nº _____	do _____	questionário: _____	Data da Coleta de Dados: ____/____/____
UBS: _____			
Iniciais: _____		Tem ficha de notificação no SINAN: () 1 – Sim () 2 – Não	
Profissão: _____		Ocupação: _____	
B – INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS			
1	Sexo:	1 – Masculino 2 – Feminino	()
2	Como você se considera?	1 - Homossexual 2 - Heterossexual 3 – Bissexual	()
3	Escolaridade:	1 – Analfabeto 2 - Fundamental Incompleto 3 - Fundamental Completo 4 - Médio Incompleto 5 - Médio Completo 6 - Superior Incompleto 7 - Superior Completo	()
4	Estado Civil	1 – Solteiro 2 – Casado 3 – Separado/Divorciado 4 – Viúvo 5 – Outro _____	()
5	Idade:	1 - 18– 29 anos 2 - 30 39 anos 3 – 40 – 49 anos 4 – 50 – 59 anos 5 – 60 anos ou mais	()
6	Como o(a) Sr(a) se considera?	1 – Branco 2 – Preta 3 – Amarelo 4 – Indígena 5 – Parda	()
7	O local onde o(a) Sr(a) vive é?	() 1 – Alugada () 2- Própria () 3 – Cedida () 4 – Outra _____	()
8	Tipo de Moradia	1 – Alvenaria 2 – Madeira 3 – Taipa 4 – Outro _____	()
9	Número de cômodos incluindo banheiros:	1- 1 - 2 cômodos 2- 3 - 4 cômodos 3- 4 – 5 cômodos 4- 6 ou mais	()
10	Número de pessoas residentes em sua casa?	1- menos de 3 pessoas	()

		2- 4 -6 pessoas	
		3- 7 ou mais pessoas	
11	Número de adultos maiores de 60 anos?	1- 1 pessoa	()
		2- 2 -3 pessoas	
		3- 4 ou mais pessoas	
12	Número de crianças menores de 12 anos?	1- 1 pessoa	()
		2- 2 -3 pessoas	
		3- 4 ou mais pessoas	
13	O (A) Sr(a) recebe algum benefício do governo?	1 – Não recebe	()
		2 – Bolsa Família	
		3 – Vale Alimentação	
		4 – Outros _____	
14	Qual a renda familiar? R\$ 545, 00	1 – Sem renda	()
		2 – Até 1 salário mínimo	
		3 – 1 a 3 salários mínimos	
		4 – 3 a 5 salários mínimos	
		5 – mais de 5 salários mínimos	
15	Qual o meio de transporte da família?	1 – Não tem	()
		2 – Carro	
		3 – Motocicleta	
		4 – Outro _____	
C – INFORMAÇÕES SOBRE A PORTA DE ENTRADA			
16	Diagnóstico	1-Tuberculose (TB)	()
		2-HIV/AIDS	
		3-Coinfecção TB/HIV	
17	Qual foi o primeiro serviço de saúde que procurou quando apresentou os primeiros sintomas?	1 – UBS	()
		2 – UBS / ESF	
		3 – Centro de Referência – HCM	
		4 – Pronto-socorro	
		5 – Consultório Particular	
18	Em qual serviço de saúde seu caso foi diagnosticado?	1 – UBS	()
		2 – UBS / ESF	
		3 – Centro de Referência – HCM	
		4 – Pronto-socorro	
		5 – Consultório Particular	
19	Quando o(a) Sr(a) começou a ter os sintomas, quantas vezes precisou procurar o serviço de saúde para conseguir uma consulta?	1 – 1 – 3 dias	()
		2 – 4 – 7 dias	
		3 – 8 dias ou mais	
		4 – Não sabe/Não lembra	
20	Quando o(a) Sr(a) começou a ter os sintomas, quantas vezes precisou procurar o serviço de saúde para conseguir descobrir sua doença?	1 – Menos de 1 mês	()
		2 – 1 e 2 meses	
		3 – 3 a 4 meses	
		4 – Mais de 4 meses	
21	Há quanto tempo o(a) Sr(a) utiliza este serviço?	1 - Há 1 mês	()
		2 - Há 6 meses	
		3 - Sempre utilizou	
		4 - Nunca utilizou	
22	Mora na área de abrangência dessa unidade de saúde?	1-Sim	()
		2-Não	
23	O(A) Sr (a)	1-Escolheu este serviço por conta própria	()
		2-Foi encaminhado para ele.	
	Se foi encaminhado, por quem? _____		
24	O senhor(a) mudaria deste serviço para outro local?	()1-Sim	()
		()2-Não	
		Por que? _____	
25	Quanto tempo o senhor(a) percorreu para chegar até aqui?	1-15 minutos	()
		2-30 minutos	
		3-1 hora	
		Outros _____	

26	O senhor(a) tem que esperar um longo tempo para marcar uma consulta neste serviço?	1 – Sim 2 – Não	()
27	O (A) Sr(a) estava trabalhando quando descobriu o diagnóstico?	1 – Sim 2 – Não	()
28	O (A) Sr(a) precisou se afastar do trabalho por conta do diagnóstico?	1 – Sim 2 – Não	()
Por quanto tempo o(a) Sr(a) precisou se afastar do trabalho por conta do diagnóstico? _____ dias			
29	Quando tem que vir a este serviço, o senhor perde o dia de trabalho?	1 – Sim 2 – Não	()
30	Quando o(a) Sr(a) começou a ter os sintomas teve dificuldades para pedir informações na Unidade de Saúde?	1 – Sim 2 – Não	()
31	Quando o(a) Sr(a) começou a ter os sintomas teve dificuldades para agendar consulta médica na Unidade de Saúde?	1 – Sim 2 – Não	()
32	Quanto tempo o senhor(a) espera neste serviço para ser consultado pelo Médico?	1 - < de meia hora 2 - 30 a 60 min 3 - 1 a 2 h 4 - > de 2 h 5 - Não Sabe	()
33	Quanto tempo, em média, dura a consulta médica?	1 - 10 minutos 2 - 20 minutos 3 - 30 minutos	()
34	Quanto tempo o senhor(a) espera neste serviço para ser consultado pelo Enfermeiro?	1 - < de meia hora 2 - 30 a 60 min 3 - 1 a 2 h 4 - > de 2 h 5 - Não Sabe	()
35	Quanto tempo, em média, dura a consulta de enfermagem?	1 - 10 minutos 2 - 20 minutos 3 - 30 minutos	()
36	O médico ou enfermeiro responde às suas perguntas de maneira que o senhor(a) entenda?	1 – Sim 2 – Não 3 - Algumas vezes	()
37	O senhor(a) acha que o médico ou enfermeiro entendem o que o senhor(a) fala?	1 – Sim 2 – Não 3 - Algumas vezes	()
38	O senhor(a) acha que os profissionais deste serviço conhecem os problemas de saúde da sua comunidade?	1 – Sim 2 – Não	()
39	Já recebeu visita domiciliar?	1 – Sim 2 – Não	()
Em caso positivo, de qual profissional? _____			
40	Que assuntos são abordados durante a visita domiciliar? _____		
41	Os profissionais de saúde da unidade explicam sobre os medicamentos utilizados em seu tratamento?	1 – Sempre 2 – Quase sempre 3 – Às vezes 4 – Quase nunca 5 – Nunca 6 – Não sabe	()
42	O (A) Sr(a) já pensou em mudar da unidade de saúde por causa de algum profissional?	1 – Sempre 2 – Quase sempre 3 – Às vezes 4 – Quase nunca 5 – Nunca 6 – Não sabe	()
43	Algum usuário desta unidade queixou-se do atendimento de algum profissional?	1 – Sempre 2 – Quase sempre 3 – Às vezes 4 – Quase nunca 5 – Nunca	()

		6 – Não sabe	
44	Qual é a sua opinião sobre a equipe de saúde que o(a) atende? Dê uma nota.	1 – Péssimo 2 – Ruim 3 – Regular 4 – Bom 5 – Ótimo	()
45	Os profissionais de saúde pegam o prontuário do(a) Sr(a) durante a consulta?	1 – Sempre 2 – Quase sempre 3 – Às vezes 4 – Quase nunca 5 – Nunca 6 – Não sabe	()
46	Durante o atendimento os profissionais de saúde anotam suas queixas em seu prontuário?	1 – Sempre 2 – Quase sempre 3 – Às vezes 4 – Quase nunca 5 – Nunca 6 – Não sabe	()
47	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. 5-ACS 6- Outros _____	()
48	Quais são as suas dúvidas sobre a sua doença?		
49	Quais as principais dificuldades desta UBS: _____ _____		
AOS USUÁRIOS DE TUBERCULOSE			
50	Foi oferecido teste de HIV?	1-Sim 2-Não	()
51	Em qual consulta de acompanhamento para o tratamento de Tb foi solicitado o exame de HIV?	1 - 1 – 2 consulta 2 - 3 – 4 consulta 3 - 5 – 6 consulta 4 - Não foi solicitado	()
52	O senhor(a) fez o exame?	1 – Sim 2 – Não	()
	Se _____ não, _____ por que? _____		
53	Se realizou o teste para HIV qual foi a metodologia?	1 - Exame Elisa 2 - Teste Rápido	()
54	O senhor(a) fez o exame do escarro para diagnóstico?	1 – Sim 2 – Não	()
	Se _____ não, _____ por que? _____		
55	Quantas amostras o senhor(a) colheu?		()
56	Onde _____ colheu?		
57	A UBS forneceu coletor para o senhor(a)?	1 – Sim 2 – Não	()
58	Por quanto tempo o senhor (a) está em tratamento?	1 - 1 – 2 meses 2 - 3 – 4 meses 3 - 5 – 6 meses 4 - 6 ou mais	()
59	As pessoas que moram com o senhor(a) foram convocados para fazerem	1 – Sim	()

	exame na US?	2 – Não	
60	E foram examinados? () ()	1 – Sim 2 – Não	()
61	Resultado do tratamento: _____		
AOS USUÁRIOS DE HIV			
62	Foi oferecido teste de PPD?	1 – Sim 2 – Não	()
63	O senhor(a) fez o exame?	1 – Sim 2 – Não	()
	Se _____ não, _____ por que? _____		
64	Qual o resultado do seu exame de PPD?	1 - Reator Fraco 2 - Reator Forte	()
65	O senhor(a) realizou quimioprofilaxia para TB?	1 – Sim 2 – Não	()
66	O senhor(a) fez o exame do escarro para diagnóstico?	1 – Sim 2 – Não	()
	Se _____ não, _____ por que? _____		
67	Quantas amostras o senhor(a) colheu?		()
68	Onde _____ colheu?		
69	A UBS forneceu coletor para o senhor(a)?	1 – Sim 2 – Não	()
70	O senhor(a) faz o exames de controle?	1 – Sim 2 – Não	()
71	O senhor(a) foi encaminhado para outro serviço?	1 – Sim 2 – Não	()
	Se _____ sim, _____ por que? _____		
72	Para qual serviço o senhor(a) foi encaminhado?	1 – SAE 2 – HCM 3 – HGR 4 – Outros	()
73	Depois que o(a) senhor(a) foi encaminhado voltou a UBS?	1 – Sim 2 – Não	()
	Se sim. Para qual atendimento? _____		
74	Depois que o(a) senhor(a) foi encaminhado, recebeu visita da equipe da ESF?	1 – Sim 2 – Não	()
75	Qual profissional realizou a visita?	1-Médico 2-Enf 3-Téc. de Enf. 4 – ACS	()
76	Qual foi o motivo da visita domiciliar? _____		
77	Recebeu algum apoio da ESF?	1-Sim 2-Não	()
	De qual profissional _____		
78	Foi internado alguma vez?	1-Sim 2-Não	() ()
	Por que? _____		
79	Quanto tempo durou a internação?	1 - < 1mes 2 - 1 – 2 meses 3 - 3 ou mais	()
80	No momento da alta recebeu orientação para voltar à UBS?	1-Sim 2-Não	()
81	O senhor (a) voltou à UBS após a alta?	1-Sim	()

		2-Não	
	Por que _____		
82	Teve contato com a equipe da ESF após a alta?	1-Sim	()
		2-Não	
	Qual profissional? _____		
83	Qual foi o contato?	1 - Visita domiciliar	()
		2 - UBS	
		3 – Outros	
AOS USUÁRIOS DE COINFECÇÃO TB/HIV			
84	Qual foi o primeiro diagnóstico que o senhor(a) recebeu?	1 - Tuberculose	()
		2 – HIV/AIDS	
		3 - TB/HIV	

Gostaria de fazer algum comentário? _____

Observação do pesquisador: _____

APÊNDICE 4

**ROTEIRO DE ENTREVISTA****PROFISSIONAL DE SAÚDE DO SERVIÇO DE TUBERCULOSE/HIV**

Projeto de Pesquisa: “Avaliação da Qualidade da Assistência à Coinfecção Tuberculose/HIV na Atenção Básica do Município de Boa Vista – Roraima”

A – INFORMAÇÕES GERAIS			
Nº _____ do _____ questionário: _____		Data da Coleta de Dados: ____/____/____	
UBS: _____			
Iniciais: _____			
1	Tipo de Unidade	1 – Casa de Saúde da Família 2 – Posto de Saúde 3 – Centro de Saúde 4 – Centro de Referência (CREM/SAE) 5- Hospital	()
2	Ocupação	1- Médico 2- Enfermeiro 3- Farmacêutico/Bioquímico 4- Cirurgião-Dentista 5 - Técnico em enfermagem 6- Agente Comunitário de Saúde 7 – – Outros ()	()
3	Número de anos que trabalha nesta função	_____ anos	
4	Tempo que trabalha neste Serviço	1 - Menos de 1 ano 2 - De 1 a 2 anos 3 - De 3 a 5 anos 4 - Mais de 5 anos	()
5	Tempo que atende usuário com TB e/ou HIV	1 - Menos de 1 ano 2 - De 1 a 2 anos 3 - De 3 a 5 anos 4 - Mais de 5 anos	()
6	Como se dá o agendamento dos Usuários para primeira consulta?	1- Pessoalmente 2- Telefone 3- Central de regulação 4- Agente Comunitário de Saúde	()
7	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB/AIDS, quanto tempo demora para conseguir consulta?	1 – 1 – 3 dias 2 – 4 a 7 dias 3 – 8 a 14 dias 4 – 15 ou mais dias	()
8	Neste serviço é realizada a triagem de usuários?	1 – Sim 2 – Não	()
8.1	Se sim, quem realiza a triagem: _____		
9	Serviços ofertados nesta unidade	1 – Consulta médica 2 – Consulta de enfermagem 3 – Vacina 4 – Dispensação de medicamentos 5 – Exames laboratoriais 6 – Posto de Coleta de BAAR 7 – PPD 8 – Teste rápido para o HIV 9 – Tratamento odontológico 10 – Outros ()	() () () () () () () () ()
B – CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO			

10	Quais profissionais realizam o atendimento aos programas de TB e/ou HIV	1 – Somente médico	()
		2 – Somente enfermeiro	
		3 – Somente técnico em enfermagem	
		4 – Médico, Enfermeiro e Téc. Enfermagem	
		5 – Médico e enfermeiro	
		6 – Enfermeiro e téc. enfermagem	
11	As atividades dos programas de TB e/ou HIV são planejadas?	1 – Sim 2 – Não	()
11.1	Se sim, descreva como se dá esse processo e quem participa dele. _____ _____		
12	Os usuários do programa são cadastrados?	1 - Sim 2 – Não	()
12.1	Se sim, como? _____ _____		
13	Os usuários são notificados?	1 - Sim 2 – Não	()
13.1	Se sim, quando? _____ _____		
14	Qual o primeiro serviço de saúde que o usuário procura quando apresenta os primeiros sintomas de TB e/ou AIDS?	1 – UBS/ESF	()
		2 – Serviço de referência: CREM/SAE	
		3 – HCM	
		4 – HGR / PAAR	
		5 – Outros (_____)	
15	Qual o fluxo realizado com a ficha de notificação de tuberculose? _____ _____		
16	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB/AIDS, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para conseguir atendimento?	1- 1 vez	()
		2 -2 – 4 vezes	
		3 – 5 ou mais vezes	
17	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB/AIDS, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para realizar o diagnóstico de TB e/ou HIV/AIDS?	1- 1 vez	()
		2 -2 – 4 vezes	
		3 – 5 ou mais vezes	
18	Quando o usuário apresente sinais/sintomas de TB e/AIDS, quanto tempo leva para receberem o diagnóstico de TB?	1 – 1 semana	()
		2 – 2 a 3 semanas	
		3 – 4 a 5 semanas	
		4 – 6 ou mais semanas	
19	Para consulta de diagnóstico de TB e/ou HIV/AIDS os usuários procuram a unidade de saúde mais próxima da casa deles?	1 – Sempre	()
		2 – Quase sempre	
		3 – Às vezes	
		4 – Quase Nunca	
		5 – Nunca	
20	Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB, esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?	1 – Sempre	()
		2 – Quase sempre	
		3 – Às vezes	
		4 – Quase Nunca	
		5 – Nunca	
21	Quem faz o registro de acompanhamento dos usuários no livro preto?	1 – Médico	()
		2 – Enfermeiro	
		3 – Téc. Enfermagem	
		4 – Outros _____	
22	Onde fica o livro preto?	1 – Consultório Médico	()
		2 – Consultório de Enfermagem	
		3 – Sala dos programas	
		4 – Outros _____	
23	Qual o fluxo realizado aos usuários diagnosticados na unidade de saúde para o HIV/AIDS? _____ _____		
24	Existe livro de acompanhamento de registro dos usuários?	1 - Sim	()

		2 – Não	
25	Quem faz o acompanhamento e registro nos livros?	1 – Médico	()
		2 – Enfermeiro	
		3 – Téc. Enfermagem	
		4 – Outros	
PARA AS QUESTÕES 26 A 47 RESPONDA: 1 – SEMPRE, 2 – QUASE SEMPRE, 3 – ÀS VEZES, 4 – QUASE NUNCA, 5 – NUNCA			
26	A medicação para o tratamento de TB é disponibilizada na unidade de saúde		()
27	Se os doentes em tratamento passarem mal por causa da medicação ou da TB ou do HIV/AIDS, conseguem uma consulta médica na unidade de saúde no prazo de 24h?		()
28	Os profissionais realizam visitas domiciliares mensalmente? (Médico e/ou enfermeiro)		()
29	Durante o tratamento de TB, os doentes perdem o turno de trabalho ou compromisso para serem atendidos?		()
30	Durante os últimos 12 meses, houve falta de medicamentos para TB?		()
31	Os profissionais têm conhecimento sobre o estado sorológico para HIV dos usuários com TB?		()
32	Os doentes de TB são examinados pelos mesmos profissionais cada vez que consultam?		()
33	Se os doentes de TB e/ou HIV tiverem dúvidas sobre seu tratamento, conseguem falar com os profissionais que os atendem neste serviço?		()
34	O tratamento é aceito pelos doentes de TB?		()
35	Os doentes necessitam de incentivos para o enfrentamento da doença e a continuidade do tratamento?		()
36	Com que frequência a unidade de saúde oferece os seguintes serviços?	A - Pote de exame de escarro para o diagnóstico de TB	()
		B – Exame de HIV	()
		C – Cesta básica	()
		D – Vale transporte	()
		E - Materiais disponíveis para a realização das atividades do programa?	()
		F - Capacitação para realizar PPD	()
		G – Capacitação para teste rápido para o HIV	()
37	Você realiza atividade de grupo?		()
38	São realizadas visitas domiciliares durante o tratamento?		()
39	Disponibilidade de profissional da unidade sempre que o doente procura?		()
40	Os profissionais utilizam prontuários quando estão examinando os doentes?		()
41	As queixas dos doentes são registradas nos prontuários?		()
42	Os resultados dos exames dos doentes ficam disponíveis para o doente na unidade de saúde?		()
43	Quando os doentes apresentam algum outro problema de saúde, conseguem ser encaminhados para outro serviço de saúde?		()
44	Quando o doente é encaminhado para outro serviço de saúde, os profissionais da unidade fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?		()
45	Quando o doente retorna à unidade de saúde, ele traz informações escritas sobre a consulta realizada no outro serviço?		()
46	Os profissionais da unidade de saúde se preocupam com a assistência prestada por outros serviços aos doentes de TB e/ou HIV/AIDS?		()
47	Os profissionais de saúde solicitam exames de escarro e/ou raio-X e/ou PPD para as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família?		()
48	Com que finalidade são realizadas as atividades em grupo?	1 – Educação continuada	()
		2 – Busca de casos novos	
		3 – Informatizar as comunidades	
		4 – Outras ()	
49	Qual a regularidade das atividades de grupo?	1 – Semana	()
		2 – Quinzenal	
		3 – Mensal	
		4 – Bimensal	
		5 – Semestral	
		6 – Eventual	
50	Existe algum mecanismo na unidade para facilitar o atendimento de quem tem TB e HIV (no laboratório ou nas outras clínicas)?	1 - Sim	()
	2 – Não		
50.1	Se sim, quais? _____		

51	São feitas reuniões de equipe?	1 – Semana 2 – Quinzenal 3 – Mensal 4 – Outros ()	()
51.1	Quem participa das reuniões? _____ _____		
52	São realizadas supervisões das atividades realizadas na unidade com os programas de TB e HIV/AIDS?	1 – Semana 2 – Quinzenal 3 – Mensal 4 – Bimensal 5 – Semestral 6 – Eventual	()
52.1	Se sim, quem realiza? _____ _____		
52.2	Qual a finalidade? _____ _____ _____		

Gostaria de fazer algum comentário? _____

Observação do pesquisador: _____

APÊNDICE 5



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRO E ESCLARECIDO USUÁRIO

Prezado (a) Senhor (a),

Estamos pedindo seu consentimento para participar de uma pesquisa que está sendo desenvolvida com a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista (SMSA), a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e a Fundação Oswaldo Cruz.

O estudo pretende avaliar a qualidade da assistência à coinfeção TB/HIV na atenção básica de Boa Vista, com o objetivo de melhorar o atendimento às pessoas em tratamento de tuberculose e HIV/AIDS.

A pesquisa abordará aspectos sobre suas condições de nível de instrução, atenção ao tratamento de tuberculose e/ou AIDS que você recebeu e comportamentos que influenciam na sua saúde, bem como sobre a testagem de HIV e o PPD durante o acompanhamento de sua doença.

Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper a sua participação nela a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

Você será convidado a participar de uma entrevista com duração de 1 (uma) hora, onde o pesquisador irá utilizar um questionário com perguntas abertas e fechadas e todas as suas dúvidas referentes a esse procedimento serão esclarecidas. O pesquisador utilizará um gravador de voz para conduzir a entrevista.

O estudo não envolve nenhum risco para o entrevistado. As informações fornecidas serão mantidas em sigilo e não serão divulgadas em qualquer hipótese. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos e a unidade que dele participaram, devido à utilização de identificação fictícia.

Os benefícios aos participantes da pesquisa podem ser pensados como a potencial melhoria na qualidade da assistência prestada ao usuário coinfetado com TB/HIV, uma vez que esta é uma avaliação que tem caráter de facilitar o acesso do gestor às dificuldades enfrentadas pelos usuários e profissionais de saúde.

Todos os dados coletados serão armazenados no computador do pesquisador, protegido com senha e arquivos com chave durante cinco anos. As entrevistas serão realizadas em ambientes fechados na Secretaria Municipal de Saúde ou local de escolha dos entrevistados, para preservar a confidencialidade dos participantes da pesquisa.

Todos os dados coletados serão analisados e consolidados ao final em forma de dissertação de mestrado. Os resultados serão encaminhados por meio de relatório à Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista (SMSA) e à Unidade Básica de Saúde (UBS) pesquisada, para que seu conteúdo seja utilizado pelos profissionais da gestão e da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Reitero que todas as informações coletadas nesta pesquisa serão mantidas em sigilo.

Declaro estar ciente das informações deste Termo de Consentimento e concordo em participar desta pesquisa.

Boa Vista, RR, _____ / _____ / _____

Assinatura da usuário: _____

O participante concordou e assinou o termo de consentimento informado ou recusou?

1. Concordou e assinou () 2. Concordou e não assinou () 3. Recusou ()

Coordenador da Pesquisa

Enfª Jacqueline Voltolini de Oliveira

Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista – Rua Coronel Mora, 418 – Bairro Centro – Boa Vista - RR – CEP: 69.301-100; Fone: 3623-2210

Dra. Marly Marques Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ – Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Térreo – Manguinhos - CEP: 21041-210 - Rio de Janeiro – RJ; Tel: (021) 2598-2969

Dr. Sonia Beatriz dos Santos

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ – Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Térreo – Manguinhos - CEP: 21041-210 - Rio de Janeiro – RJ; Tel: (021) 2598-2969

APÊNDICE 6



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRO E ESCLARECIDO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Prezado(a) Profissional,

Estamos pedindo seu consentimento para participar de uma pesquisa que está sendo desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista (SMSA), a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e a Fundação Oswaldo Cruz.

O estudo pretende avaliar a qualidade da assistência à coinfeção TB/HIV na atenção básica de Boa Vista, quanto à testagem sorológica para o HIV na rede pública de saúde aos usuários em tratamento de tuberculose, associando a magnitude entre a infecção pelo HIV e a tuberculose, contribuindo para a elaboração de ações mais eficazes para o controle dos agravos.

Serão aplicados questionários voltados aos profissionais da UBS – médico, enfermeiro, farmacêutico, bioquímico, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde – envolvidos nos procedimentos e atendimentos dos usuários em tratamento de tuberculose e/ou pessoas vivendo com HIV/AIDS e, que abordam conhecimentos e condutas relativas à coinfeção TB/HIV. Serão realizadas verificações quanto ao procedimento: análise de prontuário e livros de registro e controle dos programas de tuberculose e HIV/AIDS; e quanto à estrutura da Unidade Básica de Saúde (UBS): laboratório, farmácia, sala de controle do programa de tuberculose e sala de PPD.

Você será convidado a participar de uma entrevista com duração de 1 (uma) hora, onde o pesquisador irá utilizar um questionário com perguntas abertas e fechadas e todas as suas dúvidas referentes a esse procedimento serão esclarecidas. O pesquisador utilizará um gravador de voz para conduzir a entrevista.

O estudo não envolve nenhum risco para o entrevistado. As informações fornecidas serão mantidas em sigilo e não serão divulgadas em qualquer hipótese. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos e a unidade que dele participaram, devido à utilização de identificação fictícia.

Os benefícios aos participantes da pesquisa podem ser pensados como a potencial melhoria na qualidade da assistência prestada ao usuário coinfestado com TB/HIV, uma vez que esta é uma avaliação tem caráter de facilitar o acesso do gestor às dificuldades enfrentadas pelos usuários e profissionais de saúde; e ainda, a elaboração e estruturação de um fluxo de atendimento para usuários coinfestados com TB/HIV na atenção básica.

Todos os dados coletados serão armazenados no computador do pesquisador, protegido com senha e arquivos com chave durante cinco anos. As entrevistas serão realizadas em ambientes fechados na Secretaria Municipal de Saúde ou local de escolha dos entrevistados, para preservar a confidencialidade dos participantes da pesquisa.

Todos os dados coletados serão analisados e consolidados ao final em forma de dissertação de mestrado. Os resultados serão encaminhados por meio de relatório à Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista (SMSA) e à Unidade Básica de Saúde (UBS) pesquisada, para que seu conteúdo seja utilizado pelos profissionais da gestão e da Estratégia de Saúde da

Família (ESF). Reitero que todas as informações coletadas nesta pesquisa serão mantidas em sigilo.

Declaro estar ciente das informações deste Termo de Consentimento e concordo em participar desta pesquisa.

Boa Vista, RR, _____ / _____ / _____

Assinatura do profissional de saúde: _____

O participante concordou e assinou o termo de consentimento informado ou recusou?

1. Concordou e assinou () 2. Concordou e não assinou () 3. Recusou ()

Coordenador da Pesquisa

Enfª Jacqueline Voltolini de Oliveira

Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista – Rua Coronel Mora, 418 – Bairro Centro – Boa Vista - RR – CEP: 69.301-100 - Fone: 3623-2210

Dra. Marly Marques Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ – Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Térreo – Manguinhos - CEP: 21041-210 - Rio de Janeiro – RJ; Tel: (021) 2598-2969

Dr. Sonia Beatriz dos Santos

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ – Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Térreo – Manguinhos - CEP: 21041-210 - Rio de Janeiro – RJ; Tel: (021) 2598-2969

APÊNDICE 7

Matriz de Informação da Avaliação da Qualidade da Assistência à Coinfecção TB/HIV/AIDS na Atenção Básica de Boa Vista – RR.

Pergunta Avaliativa	Dimensão	Indicadores	Desenho e Métodos de Coleta	Procedimentos			
				Instrumento	Amostra	Estratégia e Fontes	Cronograma
Qual é a qualidade da assistência à coinfecção HIV/TB na atenção básica de Boa Vista – Roraima?	Conformidade	% de usuários TB que realizaram o teste para HIV	Estudo de caso	Análise de documento	Amostragem de unidades de saúde participantes da pesquisa.	Livro de registro do laboratório	Fev/2011 a Jun/2011
		% de usuários HIV que realizaram PPD no último ano		Análise de documento		Livro de registro do laboratório	
		% de usuários coinfectados que realizaram quimioprofilaxia	Métodos qualitativos	Análise de documento		Prontuário	
		Realizar PPD na rede básica de saúde	Avaliação formativa / normativa	Roteiro de Observação		PMCT / Observação	
		Realizar exames de cultura de escarro na rede básica	Entrevista exploratória estruturada	Roteiro de Observação		Laboratório	
		Existência de fluxo de referência e contrarreferência SAE e Atenção Básica	Análise dos dados por meio de programa específico para comparação de medidas e de pontuação	Roteiro de Observação		Unidades de Saúde	
		% de usuários que realizaram os diagnósticos de TB/HIV na atenção básica		Análise de documento		Prontuário	
	Disponibilidade	Ter exame de HIV disponível na rede laboratorial municipal		Roteiro de Observação		Laboratório	
		Ter ARV disponível para o tratamento		Roteiro de Observação		SAE	
		Ter o esquema para tratamento de TB disponível na rede básica		Roteiro de Observação		Unidades de Saúde	

ANEXOS

ANEXO 1



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

**PROJETO DE PESQUISA: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA A
COINFEÇÃO TUBERCULOSE/HIV NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE BOA
VISTA- RORAIMA**

O presente estudo tem por objetivo avaliar a qualidade da assistência à coinfeção TB/HIV na atenção básica do município de Boa Vista – RR na obtenção do diagnóstico e tratamento precoce. Visa sistematizar o conhecimento acerca desse processo, identificar os fatores do contexto institucional que o influenciam e as estratégias que possam contribuir com a melhoria da qualidade da atenção a prestadas pelas Equipes de Saúde da Família - ESF aos pacientes em tratamento para Tuberculose e Pessoas que Vivem com HIV e AIDS.

Serão examinados dados institucionais disponíveis em documentos como relatórios técnicos e gerenciais, livros de registros e de acompanhamento dos programas de saúde, análise de prontuário dos pacientes, observação da rotina das ESF e Unidades Básicas de Saúde, banco de dados SINAN, além da aplicação de um questionário semi-estruturado por meio de entrevistas a serem realizadas pela própria pesquisadora. Constituem sujeitos da pesquisa: coordenador do programa de controle da Tuberculose, coordenador do programa de DST e AIDS, profissionais de saúde das ESF, pacientes portadores de TB.

Todos os gastos inerentes a pesquisa serão custeados pela pesquisadora.

É responsabilidade do avaliador o fornecimento de qualquer esclarecimento antes, durante e após a pesquisa. As informações resultantes serão sigilosas, os resultados para os usuários potenciais da avaliação serão apresentados na forma de relatórios parciais, sumários executivos e relatório final da avaliação. As dúvidas sobre a pesquisa serão esclarecidas por e-mail jvoltolini@hotmail.com

Se a instituição estiver de acordo com esse termo, participará da pesquisa fornecendo autorização para revisão dos documentos citados neste termo e concordará em participar das entrevistas.

Eu, Maria Natalia Pinto.....declaro ter
entendido os esclarecimentos e concordo voluntariamente em incluir a Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista - RR no estudo.

Boa Vista, 26 de Janeiro de 2011

Assinatura e Carimbo
Maria Natalia Pinto
Secretaria Municipal de Saúde

Rua Coronel Mota, 418 – Centro.

Fax: (095) 3623-2005 – Fone: (095) 3623-2210 – CEP 69.301-031 – Boa Vista - RR

ANEXO 2



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde

Boa Vista, DF, 26 de Janeiro de 2011

A Sua Senhoria a Senhora
MARÍLIA NATÁLIA PINTO REGINATTO
Secretária Municipal de Saúde Adjunta – SMSA/PMBV
Boa Vista - RR

Assunto: Termo de autorização Institucional

Senhora Secretária

Ao tempo em que cumprimento cordialmente Vossa Senhoria, conforme é de vosso conhecimento que participo do curso de mestrado profissional em avaliação em saúde/DF.

Estou no momento de qualificação da proposta do projeto de avaliação, que durante sua elaboração colaboraram técnicos-chave dessa Secretaria. O projeto objetiva avaliar a qualidade da assistência à infecção TB/HIV na atenção básica do município de Boa Vista – RR na obtenção do diagnóstico e tratamento precoce. Visa sistematizar o conhecimento acerca desse processo, identificar os fatores do contexto institucional que o influenciam e as estratégias que possam contribuir com a melhoria da qualidade da atenção a prestadas pelas Equipes de Saúde da Família - ESF aos pacientes em tratamento para Tuberculose e Pessoas que Vivem com HIV e AIDS.

É de minha responsabilidade o fornecimento de qualquer esclarecimento antes, durante e após a pesquisa. As informações resultantes serão sigilosas, os resultados para os usuários potenciais da avaliação serão apresentados na forma de relatórios parciais, sumários executivos e relatório final da avaliação. As dúvidas sobre a pesquisa serão esclarecidas por e-mail jvoltolini@hotmail.com ou pelo telefone (95) 3623-2210 / 8111-6313.

Entretanto, para que seja efetivado esse estudo, faz-se necessário examinar também, nesse Departamento, dados institucionais disponíveis em documentos como relatórios técnicos e gerenciais, livros de registros e de acompanhamento dos programas de saúde, análise de prontuário dos pacientes, observação da rotina das ESF e Unidades Básicas de Saúde, banco de dados SINAN.

Diante do exposto, solicito a Vossa Senhoria autorização para proceder à pesquisa

Respeitosamente,

Jacqueline Voltolini de Oliveira
Jacqueline Voltolini de Oliveira
Pesquisadora

De Acordo, em 26 de Janeiro de 2011.

ASSINATURA E CARIMBO

Marília Natália Pinto
Secretária Adj. Municipal de Saúde
DF nº 055.4481-11

Rua Coronel Mota, 418 – Centro.

Fax: (095) 3623-2005 – Fone: (095) 3623-2210 – CEP 69.301-031 – Boa Vista - RR

ANEXO 3



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

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



Rio de Janeiro, 07 de julho de 2011.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 22/11
CAAE: 0031.0.031.000-11

Título do Projeto: "Avaliação da Qualidade da Assistência a Coinfecção Tuberculose/HIV na Atenção Básica do Município de Boa Vista – Roraima"

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Jacqueline Voltolini de Oliveira

Orientadores: Marly Marques da Cruz e Sonia Beatriz dos Santos (co-orientadora)

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

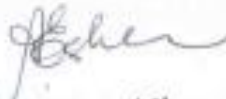
Data de recebimento no CEP-ENSP: 07 / 02 / 2011

Data de apreciação: 16 / 02 / 2011

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


Preta Angela Esher
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP

