



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Avaliação de implementação do tratamento diretamente observado para  
pacientes com tuberculose em unidades de saúde do município de  
Manaus - AM”***

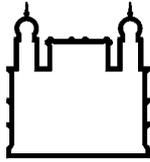
*por*

***Otávia Nascimento de Souza***

*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  
Assistente da orientadora: Prof.ª Luisa Gonçalves Dutra de Oliveira*

*Rio de Janeiro, abril de 2012.*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*Esta dissertação, intitulada*

***“Avaliação de implementação do tratamento diretamente observado para  
pacientes com tuberculose em unidades de saúde do município de  
Manaus - AM”***

*apresentada por*

***Otávia Nascimento de Souza***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marina Atanaka dos Santos

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosely Magalhães de Oliveira

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marly Marques da Cruz – Orientadora principal

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

S729 Souza, Otávia Nascimento de  
Avaliação de implementação do tratamento  
diretamente observado para pacientes com tuberculose  
em unidades de saúde do município de Manaus - AM.  
/ Otávia Nascimento de Souza. -- 2013.  
107 f. : il. ; tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Cruz, Marly Marques da  
Oliveira, Luisa Gonçalves Dutra de  
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde  
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013

1. Tuberculose-terapia. 2. Vulnerabilidade. 3.  
Promoção da Saúde. 4. Avaliação de Programas e  
Projetos de Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed.

Dedico aos meus avós Osvaldina Cardoso Borges e José Pereira do Nascimento, “in memoriam” pelo exemplo de força e perseverança e pelo orgulho que demonstravam ter dos netos.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pela fortaleza e iluminação para redigir esse trabalho.

A minha família pelo apoio, em especial minha mãe por sempre me dar força na luta diária da vida.

A professora Marly Marques Cruz pelo apoio constante incentivo e segura orientação, dedicação e competência no direcionamento deste trabalho.

A Luisa Gonçalves Dutra de Oliveira pela disponibilidade, respeito e tempo dedicado à orientação e revisão deste trabalho. Principalmente por partilhar seu saber.

Ao Jair dos Santos Pinheiro que, com conhecimento, segurança e dedicação, contribuiu desde o início do projeto com apoio e sugestões para realização deste trabalho.

Aos amigos e companheiros do Mestrado pelo apoio nesta jornada, em especial às amigas Auxiliadora Gidrão, Jacqueline Voltolini e Simone Escudero, companheiras de jornada e de vida.

Aos colegas da Municipal de Saúde de Manaus que tanto se dedicam para que os pacientes recebam o melhor atendimento, especialmente aos que trabalham na Ação de Controle de Tuberculose.

A Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, por ter permitir que seus servidores se qualifiquem, desenvolvendo suas competências.

A todos do LASER, pelo apoio recebido.

Educação gera conhecimento, conhecimento gera sabedoria, e, só um povo sábio pode mudar seu destino.

“Samuel Lima”

## RESUMO

Este trabalho apresenta o resultado da pesquisa que avalia o nível de implantação do Tratamento Diretamente Observado (TDO) para tuberculose em unidades de saúde municipais de Manaus identificando os fatores de contexto externo e interno facilitadores e dificultadores de sua implementação. Realizou-se uma avaliação normativa, do tipo formativa e interna para a verificação da qualidade, considerando a dimensão conformidade e as subdimensões disponibilidade e qualidade técnico-científica. Como estratégia de pesquisa foi adotado o estudo de casos múltiplos, sendo uma unidade de saúde tradicional e uma unidade de saúde da família. Em cada unidade foram observados: percentual de casos novos bacilíferos em TOD, número de supervisões na 1ª e na 2ª fase do tratamento, percentual de contatos examinados, horário de funcionamento da unidade de saúde, profissionais treinados, disponibilidade de realização de baciloscopia e teste de HIV, presença de incentivos aos pacientes, visita domiciliar, uso adequados dos prontuários, livro de sintomáticos respiratórios e de acompanhamento do tratamento. Os dados foram coletados por observação direta, análise de documentos e aplicação de questionários semi-estruturados, em seguida consolidados e distribuídos em uma matriz de análise e julgamento para o cálculo do nível de implementação. A classificação do grau de implementação de ambas as unidades de saúde, tradicional e unidade de saúde da família, foram consideradas parcialmente implementada com 80% e 71,50% da pontuação esperada, respectivamente.

**PALAVRAS CHAVE: Tuberculose, Tratamento, Avaliação de implementação.**

## ABSTRACT

This paper presents the results of research that evaluates the level of implementation of the Directly Observed Treatment (DOT) for Tuberculosis in municipal health units in Manaus, identifying the factors external and internal context that facilitate or hamper its implementation. there was a normative assessment, formative and internal type for checking the quality, considering the dimension, compliance, and sub-dimensions, availability and quality technical-scientific. As a research strategy was adopted multiple cases study, being a traditional health unit and a unit of family health. In each unit were observed: the percentage of new cases of active tuberculosis baciliferous DOT, the number of supervisions in the first and second phase of treatment, percentage of contacts investigated, hours of operation of the health unit, trained personnel, availability and performance of bacilloscopy test HIV, the presence of incentives to patients, home visits, use of appropriate records, book of respiratory symptoms and follow-up treatment. Data were collected by direct observation, document analysis and application of questionnaires semi-structured, consolidated and then distributed in an matrix of analysis and judgment to calculate the level of implementation. The degree of implementation of both health facilities, traditional and family health unit, were considered partially implemented with 80% and 71.50% respectively of the expected score.

**KEY-WORDS:** Treatment, tuberculosis, evaluated.

## SUMÁRIO

	CAPÍTULO I	
	INTRODUÇÃO.....	2
	CAPÍTULO II	
II.1.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
II.1.1.	O Tratamento Diretamente Observado para o Controle da Tuberculose.....	10
II.1.1.1	O Tratamento Diretamente Observado como estratégia de controle.....	10
II.1.1.2.	A promoção à saúde no controle da tuberculose.....	11
II.1.1.3.	Detecção dos casos de tuberculose.....	12
II.1.1.4.	A Estratégia de Tratamento Diretamente Observado – DOTS.....	12
II.1.1.4.1.	O Tratamento Diretamente Observado – TDO.....	13
II.1.1.4.2.	As vulnerabilidades à tuberculose e o TDO.....	16
II.1.1.4.3	A co-infecção tuberculose/HIV e o TDO	18
	CAPÍTULO III	
III.1.	OBJETIVOS.....	19
III.1.1	Objetivo geral.....	19
III.1.2.	Objetivos específicos.....	19
	CAPÍTULO IV	
IV.1.	METODOLOGIA DA AVALIAÇÃO.....	20
IV.1.1.	Modelo Teórico da Avaliação....	20
IV.1.2.	Modelo Lógico da Intervenção.....	20
IV.1.3.	Desenho da avaliação.....	21
IV.1.3.1.	Unidade de análise.....	26
IV.1.3.2.	Critérios de inclusão e exclusão.....	27
IV.1.3.3.	Método de coleta dos dados.....	27
IV.1.3.4.	Organização, análise e julgamento dos dados.....	28
IV.1.3.5.	Aspectos Éticos.....	29
	CAPÍTULO V	

V.1.	Resultados.....	31
VI.1	Descrição do Contexto Externo do PCT em Manaus.....	31
V.1.1.1.	Zona Lesta de Manaus.....	31
V.1.2.	Descrição do Contexto Político-Organizacional.....	33
V.1.2.1.	Autonomia político, administrativa e capacidade técnica gerencial.....	33
V.1.2.2.	Descrição do Contexto Organizacional do PCT Manaus.....	34
V.1.2.3.	Análise da Situação do PMCT.....	38
V.1.3.	Avaliação do grau de implementação do TDO.....	39
V.1.3.1.	Unidade de Saúde Ambulatorial Alfredo Campos.....	39
V.1.3.1.1.	Perfil dos pacientes atendidos na USA Alfredo Campos.....	42
V.1.3.1.2.	Avaliação do Grau de Implementação do TDO da USA Alfredo Campos.....	44
V.1.3.2.	Estratégia Saúde da Família Leste -11.....	47
V.1.3.2.1.	Avaliação do Grau de Implementação do TDO na ESF L – 11.....	48
	CAPÍTULO VI	
VI.1.	Discussão.....	52
	CAPÍTULO VII	
VII.1.	Conclusão e Recomendações.....	61
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AB – Atenção Básica.  
ACS – Agente Comunitário de Saúde.  
BK (+) – Baciloscopia positiva.  
BK (-) – Baciloscopia negativa.  
CNCT – Campanha Nacional Contra Tuberculose.  
CNS – Conselho Nacional de Saúde.  
DISAL – Distrito de Saúde Leste.  
DISAN – Distrito de Saúde Norte.  
DISAO – Distrito de Saúde Oeste.  
DISA – Distrito de Saúde Sul.  
DISAR – Distrito de Saúde Rural.  
DOTs – Directly Observed Treatment Short Course (Estratégia do Tratamento Diretamente Observado).  
ESF – Estratégia Saúde da Família.  
EP – Extra-Pulmonar.  
Hab. – Habitantes.  
Lab. - Laboratório  
LAT – Livro de Acompanhamento do Tratamento para Tuberculose.  
LSR – Livro de Sintomático Respiratório.  
MS – Ministério da Saúde.  
OMS – Organização Mundial de Saúde.  
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde.  
OSC – Organizações da Sociedade Civil.  
PA – Pronto Atendimento.  
PCT – Programa de Controle da Tuberculose.  
PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose.  
P(+) – Pulmonar positiva.  
P(-) – Pulmonar negativa.  
P+E – Pulmonar e Extrapulmonar.  
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação.  
SNT – Serviço Nacional de Tuberculose.  
SUSAM – Secretária de Saúde do Estado do Amazonas.  
TB – Tuberculose.  
TDO – Tratamento Diretamente Observado.  
UBS – Unidade Básica de Saúde.  
USA – Unidade de Saúde Ambulatorial.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Incidência de TB de todas as formas Brasil/Amazonas/Manaus, 2007.....	4
Gráfico 2 – Incidência de TB (casos por 100.000 hab.) nos municípios prioritários do Amazonas, 2001 – 2009.....	5
Gráfico 3 – Participação das UBS nas notificações de casos novos de TB bacilífera em Manaus, 2005 a 2009.....	7
Gráfico 4 – Cobertura do TDO entre os casos novos de TB bacilífera em Manaus, 2007 a 2010.....	7

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição dos Stakeholders.....	25
Quadro 2 – Matriz de Julgamento do Grau de Implementação do TDO na USA Alfredo Campos.....	45
Quadro 3 – Matriz de Julgamento da Implementação do TDO na USA Alfredo Campos e o Grau de Implementação.....	47
Quadro 4 – Matriz de Julgamento do Grau de Implementação do TDO na ESF L-11.....	49
Quadro 5 – Matriz de Julgamento da Implementação do TDO ESF L-11 e o Grau de Implementação.....	51

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição da taxa de incidência de TB (casos por 100.000 hab.), Brasil, 2001 – 2009.....	4
Figura 2 – Princípios Básicos do Tratamento Supervisionado.....	14
Figura 3 – Modelo Lógico da Intervenção.....	22
Figura 4 – Divisão de Manaus por distritos sanitários, 2010.....	35
Figura 5 – Organograma de funcionamento do PCT no município de Manaus.....	36
Figura 6 – Fluxo de Notificação e acompanhamento de casos do PCT Manaus.....	36

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Unidades Municipais com atendimento do Programa de Controle da Tuberculose em Manaus segundo atividade, 2010.....	6
Tabela 2 – Situação de encerramento dos casos de tuberculose de todas as forma em Manaus.....	8
Tabela 3 – Cobertura da ESF por distrito de saúde de Manaus, 2010.....	37
Tabela 4 – Estrutura do PCT do Distrito Leste.....	38
Tabela 5 – Descrição do perfil sócio-demográfico e aspectos relacionados ao doente e ao TDO na UBS Alfredo Campos .....	42

### I.1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença causada por um bacilo álcool-ácido resistente, o *Mycobacterium Tuberculosis* (bacilo de Koch) e tem como principal reservatório o homem. Sua transmissão se dá por via respiratória através da tosse, fala ou espirro. Tem como principal complicação os distúrbios respiratórios, infecções respiratórias de repetição, bronquiectasias, atelectasias, além de levar à invalidez e à morte. Em média de 10 a 15 pessoas/ano são infectadas por um paciente bacilífero (BRASIL, 2005).

A doença é considerada uma das mais antigas do mundo. Hijjar et al. (2006), descrevem que múmias egípcias de 3.400 anos A.C. apresentavam claras evidências de lesões ósseas de origem tuberculosa e Lopes et al. (2006) referem que na Grécia antiga também já havia relatos da tísica. Inicialmente o homem domesticou o gado e foi infectado por um bacilo mutante do *M. Bovis*, o *M. tuberculosis*, e a partir desse momento a doença vem se desenvolvendo na humanidade. Com a explosão industrial e o advento do capitalismo se desenvolve uma epidemia conhecida como peste branca e nos dias atuais nos países em desenvolvimento a doença continua com características de epidemia (GAZZETA et al., 2007).

Algumas características sociais estão relacionadas à tuberculose, como renda familiar baixa, educação precária, habitação ruim, famílias numerosas, aglomerados populacionais, má alimentação, abuso de drogas e álcool e infecções associadas. Jansen et al. (2006) referem que a tuberculose apresenta-se multifacetada como a “tuberculose de sempre”, a tuberculose que mais nos aflige é filha da pobreza, da má distribuição de renda, das iniquidades e das desigualdades entre os povos, a “tuberculose da AIDS”, a “tuberculose de outra forma de imunodepressão (*diabetes mellitus* e também hemopatias, nefropatias, hematopatias, transplantes e terapêutica anti-TFN-alfa”, a “tuberculose dos ricos”, as melhores condições nutricionais e sociais das classes médias e ricas alteram a história natural da tuberculose. A tuberculose já foi chamada de a “grande imitadora”, por ser confundida com pneumonia, abscesso, neoplasia (formas tumorais), bronquiectasias e muitas outras doenças.

Segundo Hijjar et al. (2004), a TB no Brasil predomina no sexo masculino, na proporção de 2 para 1, em relação ao sexo feminino. Apesar de ocorrer predominantemente na faixa etária do adulto jovem, ela vem se mantendo em elevados coeficientes, na faixa etária do idoso. Estudos demonstram que a razão de acometimento de tuberculose dos homens em relação às mulheres, de

1998 a 2000, foi de 1,8:1 (FROES, 2003). Martinez et al apud Queiroz et al. (2010) discute que os motivos para as diferenças nas epidemiologias e na adesão ao tratamento em relação ao sexo são, até o momento, desconhecidos.

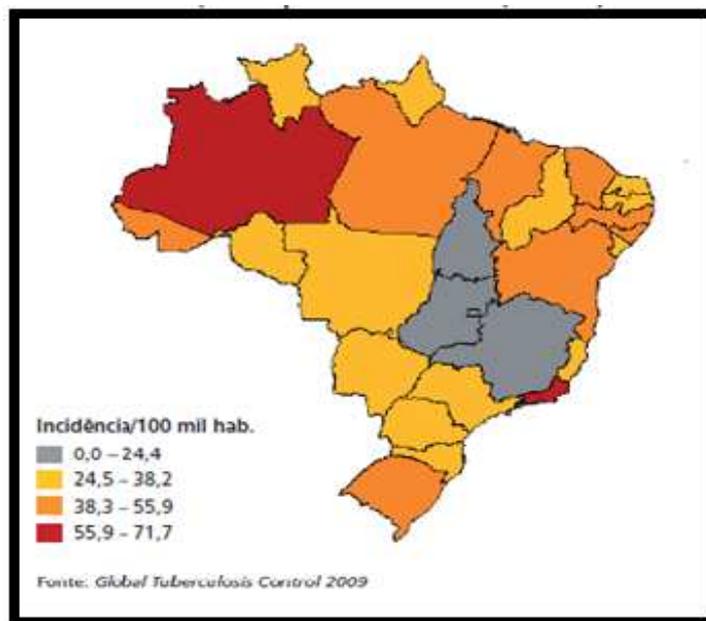
Jansen et al. (2006) destaca que a tuberculose não está re-emergindo, mas que na realidade, esta é uma meia-verdade, é um conceito propagado pelos momentos de exaltação da mídia, escandalizada pela descoberta de bolsões de misérias. Para voltar, a tuberculose precisaria ter desaparecido e, no Brasil, como em muitas outras partes do mundo, ela nunca desapareceu. Há muitas décadas, seu desaparecimento é esperado, mas esse fato reluta em acontecer, mesmo com todos os progressos feitos em microbiologia, métodos de imagem, diagnóstico por técnica molecular, técnicas de DNA e terapêutica.

De acordo com a OMS, aproximadamente 9,27 milhões de casos novos (139 casos por 100.000 habitantes) ocorreram em 2007 no mundo. Desses, 14,8% (1,37 milhão) são co-infectados pelo HIV. Um grupo de 22 países é responsável por 80% da carga de TB no mundo, desses, Índia, China, Indonésia, Nigéria e África do Sul ocupam as cinco primeiras posições. O Brasil é o 19º país do mundo em número de casos novos de TB (BRASIL, 2010).

A OMS estima que em 2007 havia 92 mil casos novos e 49 mil casos novos BAAR+ no país, com uma incidência de 48 e 26 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. Além disso, espera-se que 14% dos casos de TB (todas as formas) sejam HIV+. Quanto à mortalidade, estima-se que ocorram cerca de 8.400 óbitos atribuídos à TB, ou seja, 4,4 mortes por 100.000 habitantes. Na distribuição de casos por unidade federada, observa-se que os estados do Rio de Janeiro, Amazonas, Pernambuco, Pará, Rio Grande do Sul, Bahia, Ceará, Acre, Alagoas e Maranhão possuem taxas de incidência superiores a 38,2 casos por 100.000 habitantes. O estado do Rio de Janeiro e Amazonas têm as maiores incidências de tuberculose com 71,7 e 66,9 (Figura 1), respectivamente (BRASIL, 2009).

Análises do sistema de informação de agravos de notificação (SINAN) do Amazonas mostram que o coeficiente de incidência de tuberculose de todas as formas de 69,7/100 mil/hab. estagnou ao longo dos anos. No município de Manaus observamos o aumento do coeficiente de incidência de tuberculose de todas as formas de 75,3 /100 mil/hab. em 2003 para 94,3 em 2007 e do coeficiente de incidência de tuberculose pulmonar positiva de 69,0/100 mil/hab. em 2003 para 85,6/100 mil/hab. em 2007, taxas superiores à média nacional.

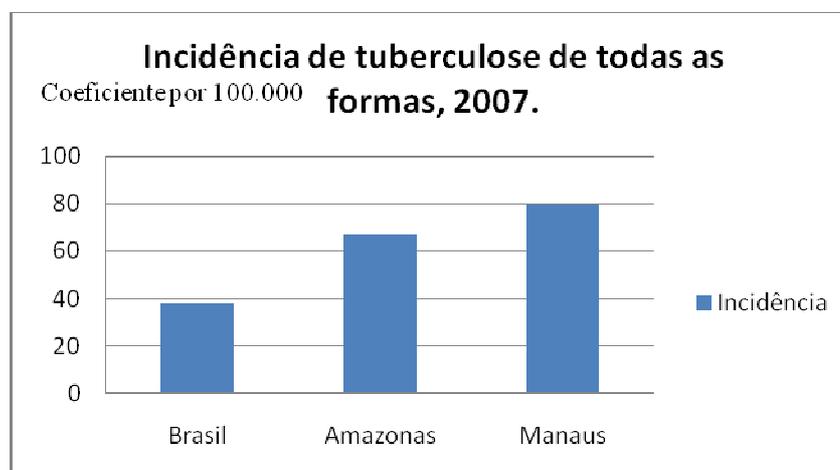
Figura 1 - Distribuição da taxa de incidência de tuberculose (casos por 100.000 hab.). Brasil, 2007.



Fonte: Ministério da Saúde, 2009.

De acordo com dados do Ministério da Saúde no Boletim Eletrônico Epidemiológico (2009) do Ministério da Saúde, o coeficiente de incidência de tuberculose de todas as formas no Brasil foi de 38/100 mil/hab. e o coeficiente de tuberculose pulmonar positiva foi de 20/100 mil/habitantes (Gráfico 1). Diante da magnitude do problema, constatamos a necessidade da disponibilização do tratamento supervisionado de qualidade para os pacientes com tuberculose na região.

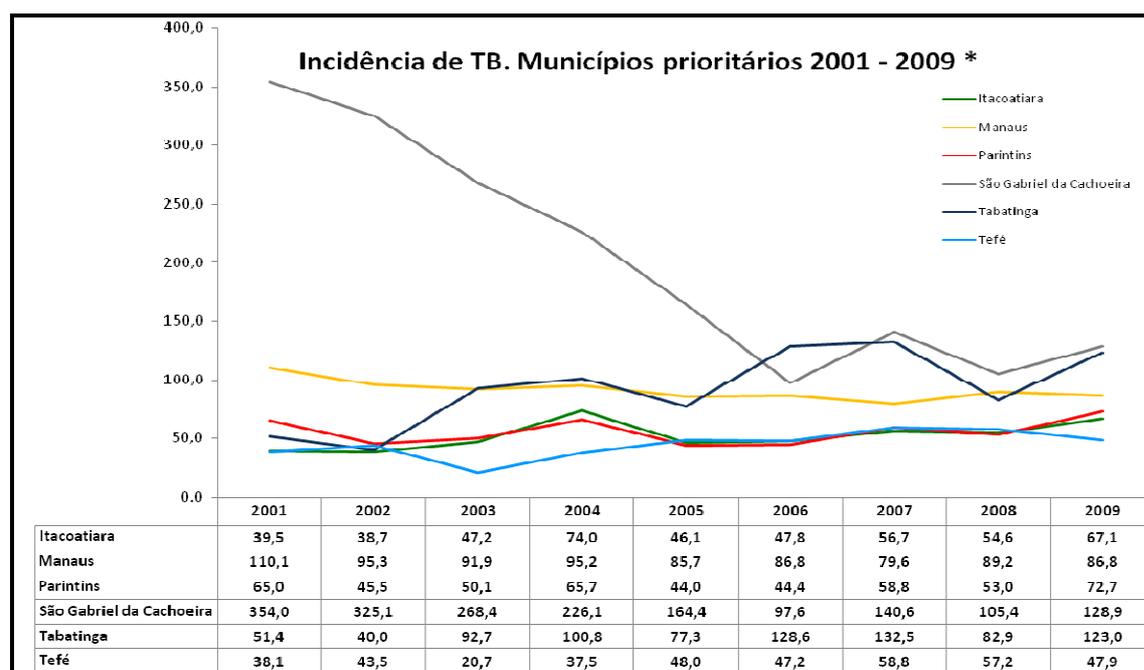
Gráfico 1 – Incidência de tuberculose de todas as formas Brasil/Amazonas/Manaus, 2007.



Fonte: (SUSAM, 2010).

Nas 27 unidades federadas do país existem municípios com altíssimos coeficientes de incidência, onde foram priorizados 315 municípios que concentram 70% de todos os casos notificados (GAZZETA et al., 2007). Dentre os 315 municípios o Estado do Amazonas tem seis municípios considerados prioritários pelo Ministério da Saúde: Itacoatiara, Manaus, Parintins, São Gabriel da Cachoeira, Tabatinga e Tefé, sendo que o total de casos no município de Manaus corresponde em média 66%, dos totais de casos do estado do Amazonas no ano de 2009. Os Municípios de São Gabriel, e Tabatinga têm incidências consideradas altas, acima de 123 por 100.000 hab. seguido de Manaus com incidência de 86,8 por 100.000 hab., ainda consideradas médias superiores à nacional que vem mantendo uma série histórica de incidência menor que 50 por 100.000 hab. desde 2009 (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Incidência de tuberculose (casos por 100.000 hab.) nos Municípios prioritários do Amazonas, 2001-2009.



Fonte: (SUSAM, 2010)

Marreiro et al, (2009), relata que durante várias décadas, o atendimento dos casos de tuberculose esteve centralizado na Policlínica Cardoso Fontes, centro de referência estadual para o controle da doença. O processo de descentralização teve início na década de 90, mas, até o fim de 2002, das 9.628 notificações existentes no banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), somente 385 (4%) haviam sido notificadas nas Unidades Básicas (UBS) do município de Manaus. No ano de 2003, as ações de controle da tuberculose foram expandidas para a rede básica

de saúde de Manaus. Os casos diagnosticados e notificados pelas unidades de referências (Policlínica Cardoso Fontes, Fundação de Medicina Tropical do Amazonas e Ambulatório Araújo Lima) passam a ser encaminhados para a continuidade do tratamento nas UBS e encerrados por transferências nas unidades de origem. Os índices de cura e transferência, até o momento da descentralização (antes de 2003), apresentavam resultados próximos aos recomendados pelo Ministério da Saúde.

Atualmente o Programa de Controle da Tuberculose de Manaus está estruturado da seguinte forma (Tabela 1): das 245 unidades de saúde da rede municipal de saúde, 235 têm o PCT correspondendo a um percentual de 95,1% (45 Unidades Básicas de Saúde – UBS tradicionais, 06 Policlínicas, 06 Unidades Básicas de Saúde e Pronto-atendimento – UBS/PA, 169 Estratégia Saúde da Família – ESF, 04 Módulo de Estratégia Saúde da Família – ESF (agrupamentos de várias unidades de ESF em uma única estrutura física) e 05 Posto de Saúde Rural – PSR).

Tabela 1 – Unidades Municipais com atendimento do Programa de Controle da Tuberculose em Manaus segundo atividade, 2010.

Tipologia	Total	C/PCT	% C/PCT	C/TDO	%C/TDO	C/ Lab.	Lab c/ BK	% c/ BK
UBS	45	45	100,0	40	88,9	20	16	34%
POLICLÍNICA	8	6	75,0	6	100,0	8	8	100%
UBS/PA	6	6	100,0	6	100,0	6	6	100%
UBSF	169	169	100,0	90	53,3	-	-	0%
MÓDULO ESF	4	4	100,0	3	75,0	-	-	0%
PSR	15	5	33,3	2	40,0	-	-	0%
TOTAL	247	235	95,1	147	62,6	34	30	12%

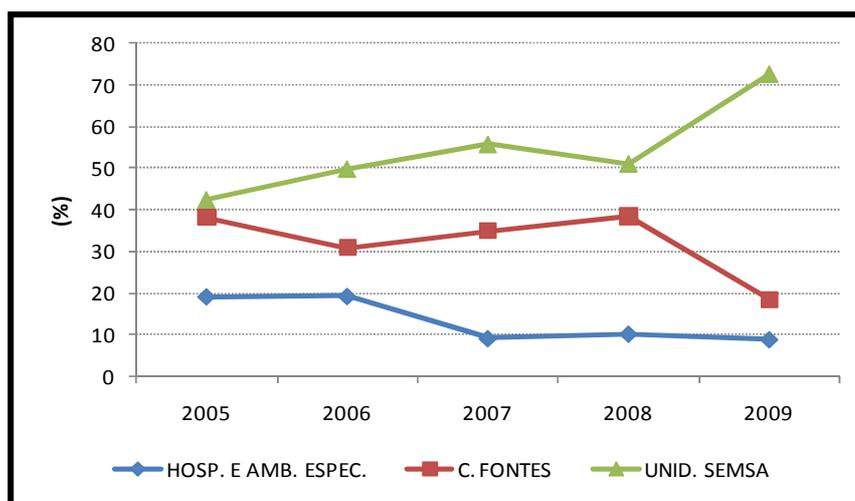
Fonte: Relatório PCT Manaus (novembro de 2010)

Dentre as 235 unidades de saúde com o PCT implantado, 62,6% (147 unidades) têm a Estratégia de Tratamento Diretamente Observado implantado, sendo 40 Unidades Básicas de Saúde – UBS tradicionais, 06 Policlínicas, 06 Unidades Básicas de Saúde e Pronto-atendimento – UBS/PA, 90 Estratégia Saúde da Família – ESF, 03 Módulo de Estratégia Saúde da Família – ESF e 02 Posto de Saúde Rural – PSR. Das 45 Unidades Básicas de Saúde, 88,9% têm a Estratégia de Tratamento Diretamente Observado – TDO, já a Estratégia Saúde da Família e o Módulo de Estratégia Saúde da Família respectivamente têm 53,3% e 75%. Dos 34 laboratórios existentes, 20 estão em Unidades Básicas de Saúde, 08 nas Policlínicas, 06 Unidades Básicas de Saúde e Pronto-atendimento, sendo que 30 realizam o diagnóstico laboratorial para tuberculose.

Do total das 245 Unidades de Saúde existentes apenas 12% tem diagnóstico laboratorial (baciloscopia) para tuberculose, o que mostra uma limitada oferta de baciloscopia.

Com a descentralização das ações de tuberculose da referência estadual e dos laboratórios especializados para as unidades municipais percebemos uma maior participação das unidades básicas municipais de 40% em 2005 para 70% em 2009 (Gráfico 3). Mesmo assim, há dificuldade diagnóstica das unidades de saúde municipal e a demora no resultado, sendo a maioria dos casos de tuberculose diagnosticados na Policlínica Cardoso Fontes.

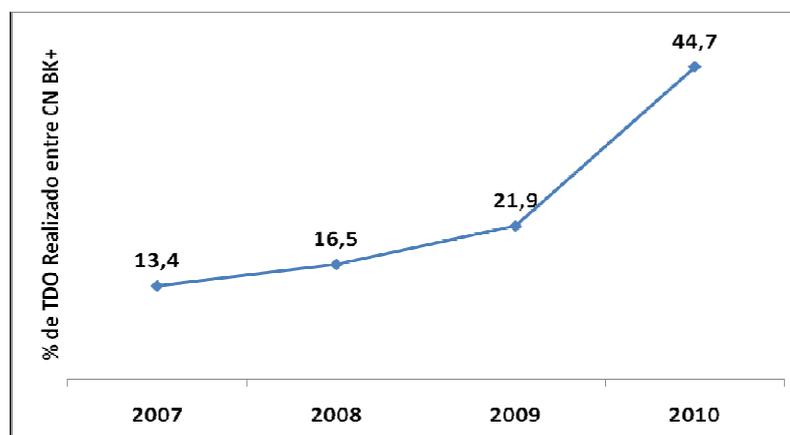
Gráfico 3 – Participação da UBS na Notificação de Casos Novos de TB bacilífera, Manaus 2005 a 2009.



Fonte: Relatório PCT Manaus, 2010.

A implantação da Estratégia do Tratamento Diretamente Observado em Manaus foi iniciada em 2007, e a cobertura do Tratamento Diretamente Observado entre os casos novos com baciloscopia positiva subiu de 13,4% no ano de 2007 para 44,7% no ano de 2010 (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Cobertura do TDO entre os Casos Novos BK+ em Manaus, 2007-2010



Fonte: SEMSA (outubro de 2010).

Até o ano de 2009 todos os casos de tuberculose eram diagnosticados e notificados na Policlínica Cardoso e só depois chegavam às unidades básicas municipais para acompanhamento do tratamento, tínhamos então um grande número de transferências para as unidades municipais, mas a partir do mês de abril de 2009 os casos diagnosticados passaram a ser encaminhados, após o diagnóstico, para as unidades municipais. Esse encaminhamento ocorre através do preenchimento de uma guia de encaminhamento desses pacientes até a unidade de saúde mais próxima de sua casa e o mesmo inicia o tratamento levando medicação para tomar por 15 dias, uma via desse encaminhamento é enviado para o programa de controle de tuberculose municipal para que o mesmo tome conhecimento e faça busca do paciente, caso o mesmo não apareça para continuar o tratamento.

Observamos na Tabela – 2 que o número de casos curados tem diminuído, o número de abandono tem se mantido e que o número de casos encerrados por transferência e por óbito por tuberculose e por outras causas tem aumentado.

Tabela 2 – Situação de encerramento dos casos de tuberculose de todas as formas.

Situação Encerra.	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ign/Branco	1	0	3	1	8	14	0	1	2	17
% Cura	1305	1164	1107	1134	1060	1146	1002	1140	1215	1255
% Abandono	173	138	124	155	187	174	167	162	182	164
Óbito por tuberculose	1	2	2	14	3	25	52	74	85	104
Óbito por outras causas	105	87	68	76	87	57	39	41	30	25
Transferência	20	47	91	108	72	47	45	53	35	48
TB Multirresistente	0	0	1	1	1	1	2	2	8	1
<b>Total</b>	<b>1605</b>	<b>1438</b>	<b>1396</b>	<b>1489</b>	<b>1418</b>	<b>1464</b>	<b>1307</b>	<b>1473</b>	<b>1557</b>	<b>1614</b>

Fonte: Relatório da Equipe Técnica do PMCT/SEMSA, 2011.

Partindo da situação problema de grande incidência de casos de TB pulmonar positiva, baixo índice de cura e alto índice de abandono, problemas geográficos sérios como a distância entre os domicílios dos pacientes e as unidades de saúde, devido à baixa cobertura das unidades de saúde e a distribuição desigual das mesmas nos bairros, e baixa cobertura diagnóstica em Manaus, é que decidimos avaliar o grau de implementação do TDO oferecido nas unidades de saúde municipais de Manaus. Tendo como pressuposto de que a organização inerente ao processo de implantação do TDO melhore a organização e a qualidade dos diferentes tipos de unidades de saúde, e que não só o contexto interno, mas também o contexto externo influencia no grau de implantação do TDO. Portanto esta dissertação justificou-se pela necessidade de avaliar de que forma está ocorrendo a

implementação do TDO e de que forma o contexto interno e externo interferem nesta implementação.

### II.1. REFERENCIAL TEÓRICO

#### II.1.1. O Tratamento Diretamente Observado para o controle da tuberculose

##### II.1.1.1. O Tratamento Diretamente Observado como estratégia de controle

Inicialmente as terapias para tratamento da tuberculose eram embasadas por sangrias, purgativos, infusões. Em um segundo momento, são criados os sanatórios que isolavam os pacientes com o objetivo de realizar um controle coletivo, reduzindo assim a taxa de contato e as cirurgias e na década de 80 houve a introdução do esquema de tratamento de curta duração. No século XX, as ações de saúde da TB foram direcionadas à reabilitação do paciente, cujas intervenções voltavam-se ao “aumento da resistência” do paciente de TB com dietas especiais e repousos em sanatórios. O tratamento em sanatórios era mais caro e somente estava disponível para uma parte da população mundial, fazendo com que pelo menos metade dos pacientes morressem dessa enfermidade (WHO apud ARCÊNCIO, 2006).

A Estratégia do Tratamento Diretamente Observado - DOTS foi indicada com o objetivo de melhorar as condições de controle da tuberculose em 1991, durante a quadragésima quarta Assembléia Mundial da Saúde, devido à persistência da tuberculose como problema de saúde, principalmente devido ao advento da epidemia do HIV/AIDS no mundo, pobreza e migrações (WHO apud VENDRAMINI et al, 2007). A estratégia é pautada em cinco pilares: compromisso político, detecção de casos por baciloscopia, esquemas de tratamento padronizados e supervisionados, suprimento regular e ininterrupto dos medicamentos padronizados e sistema de registro e notificação de casos. O elemento chave da DOTS é o Tratamento Diretamente Observado – TDO, onde o profissional treinado passa a observar a tomada da medicação do paciente desde o início do tratamento até a sua cura (BRASIL, 2010).

Em 1993, com a preconização da estratégia como o instrumento técnico e gerencial de controle da TB, o GTB desenvolveu necessariamente ferramentas, bem como guias técnicos e materiais de treinamentos para a propaganda e implementação da DOTS. Envolveu-se em intensos processos de assistência técnica para 60 países, focando principalmente em grandes países, justamente os 22 países com maior carga de TB (WHO apud ARCÊNCIO, 2006).

### **II.1.1.2. A promoção à saúde no controle da tuberculose**

A saúde da população não está livre das mudanças que ocorrem na sociedade. Sicole (2003), supõe uma concepção de promoção à saúde que não restringe a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes e que incida sobre as condições de vida da população, extrapolando a prestação de serviços clínico-assistenciais, supondo ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais à saúde.

Para que ocorra a promoção da saúde é importante a participação de diversos setores da sociedade, que abracem esta causa, pois é impossível que apenas os órgãos sanitários respondam pela saúde no seu contexto pleno. A política Nacional da Promoção da saúde refere à promoção da saúde como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuem na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

O pensar ampliado sobre os determinantes do processo saúde-doença amplia as possibilidades de intervir na saúde e essas possibilidades estão relacionadas a outros setores e atores sociais, que devem agir integradamente para resolver os problemas e para o fortalecimento do sistema de saúde.

A promoção da saúde no tratamento da tuberculose acontece nas ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social, com enfoque na promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde. A sustentação político social, objetivando sensibilizar e mobilizar os setores políticos, para a priorização da luta antituberculose, apoio financeiro e articulação na execução das ações e atividades de vigilância e controle da doença, através do assessoramento e apoio à elaboração e implantação dos planos de ação estaduais e dos municípios prioritários; estímulo à criação de mecanismos que permitam a participação da Sociedade Civil Organizada e Encontros de Avaliação que fomentem sua organização.

O empoderamento da comunidade sobre o problema da tuberculose é uma ação importante de promoção da saúde, e deve ocorrer através da discussão da situação da tuberculose na comunidade, desconstruir ideais ultrapassados sobre a doença, capacitar à comunidade e os líderes comunitários na necessidade de intervir junto às políticas públicas.

O Programa de Controle da Tuberculose no Brasil tem primado pela promoção da saúde com a criação de comitês metropolitanos de combate à tuberculose, projetos de DOTS em algumas comunidades, experiências de atividades educativas e de tratamento de doentes em prisões, Rede

Brasileira de Monitoramento e Avaliação Tuberculose Brasil e de fóruns com a participação do movimento social.

### **II.1.1.3. Detecção dos casos de tuberculose**

O diagnóstico da tuberculose junto com o tratamento são as principais medidas de combate à doença. É importante que os profissionais conheçam os sinais e sintomas da Tuberculose, e compreendam a importância da identificação precoce dos casos, principalmente dos casos bacilíferos.

A busca de Sintomático Respiratório – SR, é orientada para identificar precocemente pessoas com tosse por tempo igual ou superior a três semanas – chamado de sintomático respiratório, visando à descoberta de casos bacilíferos (BRASIL, 2011).

A busca na demanda deve acontecer diariamente nos serviços de saúde, onde a clientela dos serviços deve ser interrogada sobre a presença e a duração da tosse. Podendo ocorrer também na comunidade da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, nos serviços de atendimento à população com HIV/AIDS, nos hospitais em geral, no sistema prisional, albergues, em populações em situação de rua, população indígenas e principalmente entre os contatos.

É inegável que a avaliação dos contatos tem grande importância para a quebra da cadeia de transmissão da tuberculose, pois possibilita descoberta de casos e prevenção ou tratamento da infecção latente. É importante lembrar que as pessoas com tuberculose não vivem isoladamente, portanto devemos ofertar um serviço de saúde focado na família.

Para que a busca e identificação de casos de tuberculose aconteçam, o serviço de saúde tem que estar organizado, os profissionais capacitados e sensibilizados para a ação e as estratégias e os fluxos bem definidos e funcionantes para que se tenha uma boa resolução, e se for o caso, os profissionais devem lançar mão de estratégias como a visita domiciliar.

### **II.1.1.4. A Estratégia de Tratamento Diretamente Observado – DOTS**

A atuação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose compreende estratégias inovadoras que visam ampliar e fortalecer a estratégia DOTS, com o enfoque na articulação com outros programas governamentais para ampliar o controle da tuberculose e de outras comorbidades,

como, por exemplo, a AIDS. Descentralizando as medidas de controle para a Atenção Básica, ampliando o acesso da população em geral e das populações mais vulneráveis e articula com organizações não governamentais, para fortalecer o controle social e garantir a sustentabilidade das ações de controle (BRASIL, 2010).

O Brasil assumiu em 2002 junto a ONU, a meta de reduzir à metade a incidência e a mortalidade por tuberculose até 2015 e, como meta de longo prazo, eliminar a TB como problema de saúde pública até o ano 2050. Para alcançar essas metas é necessário se apropriar de algumas estratégias, com a finalidade de tratar e reduzir os casos de tuberculose, entre as estratégias está a Estratégia de Tratamento Diretamente Observado – DOTS.

A DOTS propõe um conjunto de boas práticas para o controle da TB e fundamenta-se em cinco componentes como citado anteriormente: 1- Compromisso político com fortalecimento de recursos humanos e garantia de recursos financeiros, elaboração de planos de ação (com definição de atividades, metas, prazos e responsabilidades) e mobilização social; 2- Diagnóstico de casos por meio de exames bacteriológicos de qualidade; 3- Tratamento padronizado com a supervisão da tomada da medicação e apoio ao paciente; 4- Fornecimento e gestão eficaz de medicamentos; 5- Sistema de monitoramento e avaliação ágil que possibilite o monitoramento dos casos, desde a notificação até o encerramento do caso (BRASIL, 2010), sendo que a DOTS tem um cunho político, já o Tratamento Diretamente Observado – TDO, (que faz parte da Estratégia de Tratamento Supervisionado) tem um caráter operacional.

Gazzeta et al (2007), discutem que a implantação da Estratégia do Tratamento Diretamente Observado serviu para reorganização do Programa de Controle da Tuberculose melhorando significativamente os indicadores de cura e abandono.

#### **II.1.1.4.1. O Tratamento Diretamente Observado – TDO.**

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

O TDO não significa apenas observar o paciente engolir o medicamento, mas também acompanhar o paciente desde o início até a sua cura, tornando assim a responsabilidade pela cura não só do doente, também do serviço de saúde que deve ter a cura do paciente como meta.

Montero & Skazufka, (2001), descrevem que os princípios básicos do Tratamento Supervisionado são (Figura 2): 1º Observar o doente ingerir o medicamento, 2º Equipe de saúde capacitada e interessada, 3º Oferecer incentivos ao paciente para encorajar a sua adesão, 4º Rede laboratório equipada e com recursos humanos e 5º Sistema de informação para monitorar os casos, tratamento, evolução e resultados.

Figura 2 – Princípios Básicos do Tratamento Supervisionado.



Fonte: Adaptado de Monteiro & Skazufka, 2001.

O Tratamento Supervisionado deve ser oferecido a todos os pacientes, mas principalmente aos doentes com tuberculose bacilífera, pacientes com história de abandono de tratamento, etilistas, drogaditos, moradores de rua, e pacientes com co-infecção TB/HIV. O MS (2010) indica que todo o caso de tuberculose, novo ou em retratamento, deve realizar o TDO, pois não é possível prever quais casos irão aderir ao tratamento.

Para o Ministério da Saúde (2010) a escolha da modalidade de TDO a ser adotada deve ser decidida conjuntamente entre a equipe de saúde e o paciente, considerando a realidade e a estrutura de atenção à saúde existente. É desejável que a tomada observada seja diária, de segunda à sexta-

feira. No entanto, se para o doente a opção de três vezes por semana for a única possível, deve ser exaustivamente a ele explicada.

Na perspectiva do Ministério da Saúde (2010) as modalidades de Supervisão do TDO são:

- a) Domiciliar: observação realizada na residência do paciente ou em local por ele solicitado.
- b) Na Unidade de Saúde – observação em unidades de ESF, UBS, Serviço de atendimento de HIV/AIDS ou Hospitais.
- c) Prisional: observação no sistema prisional.
- d) Compartilhada: quando o doente recebe a consulta médica em uma unidade de saúde e faz o TDO em outra unidade.

E excepcionalmente, se não for possível escolher entre as modalidades acima citadas, a unidade poderá propor ao doente que a observação seja realizada por uma pessoa da família ou da comunidade treinada e supervisionada por profissional de saúde para realizar esse procedimento. Nesses casos, a unidade deverá visitar o doente e o seu responsável semanalmente para monitorar o tratamento. Atenção reforçada deve ser dispensada nessas situações, uma vez que estudos de Mathema et al (2001) e Pragrassami et al (2002) demonstram menores taxas de cura e maior abandono quando um familiar faz a observação do tratamento.

Para que o TDO dê bons resultados é necessária uma boa estrutura física das unidades de saúde. Gonzales et al (2008), abordam que problemas na organização interna dos serviços causam atraso na saída do profissional para realizar a supervisão do tratamento, afetando assim a qualidade da assistência prestada ao paciente e que para um efetivo controle da TB é necessário organizar os serviços, considerando a flexibilidade das equipes no acompanhamento do paciente, podendo a supervisão ocorrer no domicílio ou mesmo no local de trabalho, além de poder ser realizada por alguém disposto, treinado, responsável, que o paciente aceite, e sob a responsabilidade dos Programas de Controle da TB.

Montero & Skazufka (2001), referem que a operacionalização do TS inclui a flexibilidade do atendimento, onde os pacientes comparecem nas unidades para receber o tratamento diariamente (de segunda à sexta-feira). Caso o paciente não possa comparecer diariamente pode se optar para que a supervisão aconteça no mínimo três vezes por semana nos dois primeiros meses de tratamento e que haja visita de profissionais de saúde ou Agente Comunitário de Saúde ao domicílio para monitoramento do tratamento. Através da supervisão diária há um estreitamento da relação entre profissional e paciente, através da supervisão, principalmente a que é realizada no domicílio do paciente, podemos conhecer realmente a realidade do mesmo e intervir o mais rápido possível.

Além disso, a responsabilidade pelo tratamento é compartilhada entre o paciente e os profissionais de saúde.

O TDO permite maior tempo para o profissional de saúde orientar o paciente quanto à doença e ao tratamento, incentivar para a realização das baciloscopias de acompanhamento, verificar a ocorrência de efeitos adversos relacionados à medicação, avaliar o peso, reajustar as doses, encaminhar para consultas, observar a regularidade da tomada da medicação e ampliar as relações de respeito e confiança.

A unidade de saúde deve se organizar e colocar a disposição do paciente água potável e copos descartáveis, viabilizar os incentivos facilitadores, questionar a respeito de efeitos colaterais e incentivar à adesão ao tratamento a cada supervisão, estabelecer fluxo de visitas e supervisão dos ACS e outros profissionais de saúde, caso a supervisão não seja na unidade de saúde e o paciente falte, tem que entrar em contato telefônico e/ou visita domiciliar o mais breve possível (BRASIL, 2010).

O incentivo aos pacientes com isenção tarifária (metrô, ônibus e trem) ou vale-transporte para os doentes que não puderem utilizar a isenção, lanches para serem utilizados após a ingestão dos medicamentos e kit alimentação como incentivo mensal podem ser oferecidos ao paciente pela assiduidade. Sabemos que a tuberculose tem ligações com fatores sociais como pobreza, má alimentação e uso de drogas. Os incentivos aos pacientes com relação a transporte e alimentação dão condições mínimas para que os pacientes possam realizar o tratamento (MONTERO & SKAZUFKA, 2001).

O PCT utiliza instrumentos de informação como o Livro de Sintomático Respiratório, o Livro de Acompanhamento do Tratamento, a Ficha de Notificação do Agravo, Controle dos Comunicantes e o Cartão do TDO. São a partir desses instrumentos que são geradas as informações que serão inseridas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan, portanto é importante que todos os instrumentos sejam preenchidos adequadamente possibilitando informações de qualidade.

#### **II.1.1.4.2. As vulnerabilidades à tuberculose e o TDO**

Reorganizações constantes das atividades realizadas pelas equipes executoras do TDO no domicílio são necessárias frente aos fatores sociais, culturais e econômicos (inserção no mercado de trabalho, alcoolismo, desemprego, dentre outros) da população atendida e disponibilidade dos

recursos humanos e materiais nos serviços de saúde. A prática do TDO implica necessariamente no resgate da individualidade e no conhecimento da história de vida de cada doente, os quais devem ser examinados e levados em consideração no processo de planejamento e implementação da assistência para o adequado desempenho das ações de controle da tuberculose.

Segundo Sbarbaro apud Ribeiro (2003), a TB não é uma doença individual, mas sim social, que se espalha através do ar aos outros membros da sociedade (sem o seu consentimento e sem o seu conhecimento), prevenível e curável, desde que diagnosticada e tratada corretamente e, portanto, o sucesso do tratamento depende de um departamento de saúde responsável. Outras medidas como educação dos pacientes, vale-transporte e fornecimento de cestas básicas ajudam a aumentar a adesão ao tratamento. Na verdade, quaisquer incentivos que sejam incorporados às práticas atualmente existentes na rotina dos serviços ajudam no aumento da adesão ao Tratamento da tuberculose.

Fatores do contexto externo são imprescindíveis para que os pacientes tenham acesso aos serviços disponibilizados, entre eles podemos citar a distância até a unidade de saúde, disposição do paciente em ir até a mesma, os custos do transporte, os vínculos empregatícios.

Oliveira & Natal (2007), referem que no contexto externo, os aspectos que podem facilitar ou dificultar a permanência da endemia, são a densidade demográfica, população habitando aglomerados subnormais, locais com condições desfavoráveis de saneamento, favorecendo assim a doença. Portanto temos que tratar a tuberculose como uma doença biológica sim, mas também devemos tratá-la como uma doença social, relacionadas com o uso de drogas, baixa escolaridade, pessoas com baixa renda, e com condições insalubres de vida.

Além das vulnerabilidades individuais dos pacientes, temos que nos preocupar com a vulnerabilidade institucional, onde o paciente de tuberculose busca o serviço de saúde e encontra unidades sem estrutura adequada, dificuldade em marcar consultas e profissionais de saúde despreparados.

Dantas et al (2011) identificaram que a ausência de condições estruturais e organizacionais das unidades de saúde são uma importante barreira para o diagnóstico precoce da tuberculose e o estudo de Cardozo-Gonzalez et al (2011), cita que a falta de informação dos profissionais de saúde ou o estigma da doença ocasionam retardo no diagnóstico e conseqüente agravamento da doença e aumento do risco de contágio.

#### **II.1.1.4.3. A co-infecção tuberculose/HIV e o TDO**

Há conjecturas de que a associação entre HIV e TB tenha ocasionado um desastre no cenário mundial da TB, bem como um desmantelamento dos programas de controle. Entre doenças associadas com a infecção pelo HIV, a tuberculose tem particular importância porque é contagiosa, tratável, além de ser frequentemente, a primeira manifestação clínica da deficiência imunológica. É tão importante essa associação que, a identificação e tratamento dos indivíduos portadores da coinfeção HIV/TB torna-se de crucial importância, principalmente no que concerne ao controle da infecção tuberculosa (SANTOS E BECK, 2009).

O Ministério da Saúde estima que embora a oferta de testagem seja de 70%, apenas cerca de 50% tem acesso ao seu resultado em momento oportuno, com uma prevalência de positividade de 15%. Além disso, a tuberculose é a maior causa de morte entre pessoas que vivem com HIV, sendo a taxa de óbito da co-infecção de 20%. Portanto, o controle da co-infecção exige a implantação de um programa que permita reduzir a carga de ambas as doenças e que seja baseado numa rede de atenção integral, ágil e resolutiva (BRASIL, 2010)

O diagnóstico da infecção pelo HIV deve ser ofertado a 100% dos pacientes com diagnóstico de Tuberculose, e seu objetivo é conseguir diagnosticar os casos de co-infecção mais cedo, reduzindo a transmissão do HIV e sua morbimortalidade.

Para Ponce et al, a TB e o HIV são doenças historicamente estigmatizadas e o impacto negativo que uma traz a outra pode trazer consequências drásticas como o abandono do tratamento e elevadas taxas de mortalidade.

O indivíduo co-infectado encontra maior dificuldade na adesão ao tratamento devido a reações medicamentosas e à dificuldade da escolha de medicamentos para o tratamento da TB que possam ser associados aos antirretrovirais sem diminuir sua efetividade. Além disso, o alcoolismo, a drogadição, as crenças do próprio doente, a falta de vínculo com os profissionais e o fato dos pacientes esconderem a doença podem levar a não aceitação ao TDO.

### III.1. OBJETIVOS

#### III. 1.1. Objetivo Geral

Avaliar o nível de implementação do Tratamento Diretamente Observado para tuberculose em unidades de saúde municipais de Manaus, identificando os fatores do contexto externo e interno facilitadores e dificultadores de sua implementação.

#### III. 1.2. Objetivos Específicos

1. Descrever o contexto político-organizacional e externo relacionado ao Tratamento Diretamente Observado na cidade de Manaus;
2. Caracterizar o Tratamento Diretamente Observado – TDO, nas unidades de saúde;
3. Verificar se o TDO implementado está de acordo com o preconizado;
4. Estimar o nível de implementação do TDO nas unidades de saúde;
5. Analisar como os contextos interferem na implementação do TDO, identificando aspectos facilitadores e barreiras.

### **IV. 1. METODOLOGIA DA AVALIAÇÃO**

Neste capítulo descreveremos detalhadamente todas as ações desenvolvidas para realizarmos esta avaliação. Utilizaremos a avaliação não só com o objetivo de julgar o tratamento diretamente observado, mas também estudando os materiais, os recursos e os eventos relacionados como facilitadores e dificultadores ao alcance dos resultados da operacionalização do TDO.

#### **IV.1.1. Modelo Teórico da Avaliação**

O Modelo Teórico de Avaliação é uma maneira de expor a forma de pensar a avaliação a partir da teoria do programa. Na visão de Bunge apud Hartz (2005), o modelo teórico é, pois, um sistema hipotético-dedutivo que concerne a um objeto-modelo, que é, por sua vez, uma representação conceitual esquemática de uma coisa ou situação real ou suposta como tal.

#### **IV.1.2. Modelo Lógico da Intervenção**

Para avaliar a Estratégia do Tratamento Diretamente Observado, é importante se ter uma descrição da racionalidade dessa intervenção, sendo assim buscou descrevê-la e apresentá-la através do Modelo Lógico de Intervenção (MLI). O Manual da Oficina de Capacitação em Avaliação com Foco na Melhoria do Programa do Ministério da Saúde (2007) define o Modelo Lógico (Figura 3) como uma maneira visual e sistemática de apresentar as relações entre intervenção e efeito. Ele deve incluir as relações entre os recursos necessários para operacionalizar o programa, as atividades planejadas e os efeitos que o programa pretende alcançar. Ele é uma representação da racionalidade do programa e é frequentemente apresentado como um fluxograma ou uma tabela, que explicita a sequência de passos que conduzem aos efeitos do programa.

O Modelo Lógico do TDO foi construído com base nas informações do funcionamento (processo) do TDO, considerando as portarias, protocolos e materiais disponíveis. Resumindo os

mecanismos de funcionamento do TDO, com base em uma sequência lógica e ideal, considerando os insumos, as atividades, os produtos e os efeitos que o TDO pretende alcançar.

#### **IV.1.3. Desenho da Avaliação**

O Desenho da Avaliação é a descrição detalhada e exata de todas as ações desenvolvidas para a realização da avaliação.

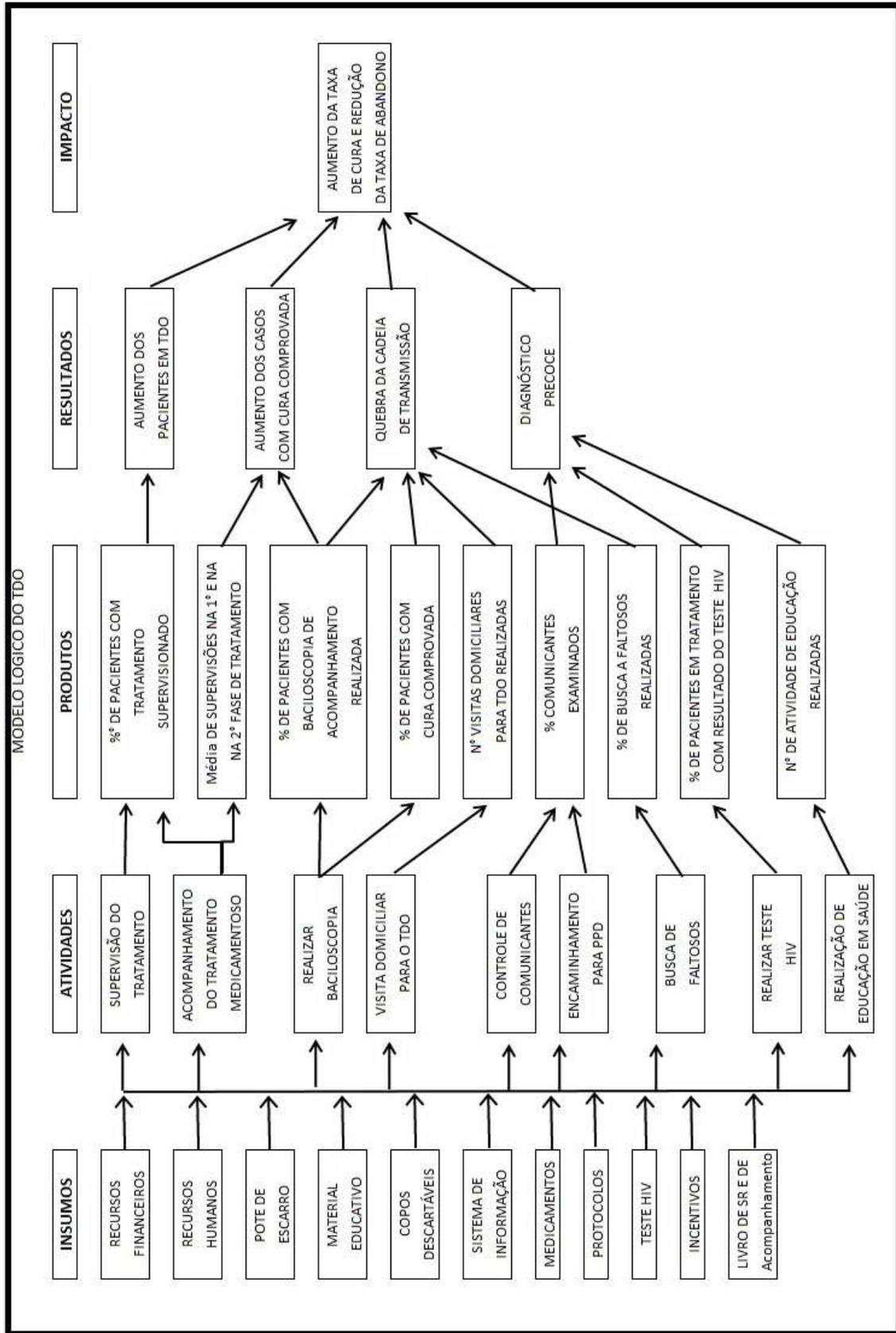
Scriven (1967) define avaliação como julgamento de valor ou mérito de alguma coisa. Observou também que há cerca de sessenta termos diferentes para a avaliação que se aplicam num ou noutro contexto. Estes incluem: avaliar, julgar, analisar, criticar, inspecionar, classificar, pontuar, estudar e assim por diante (FITZPATRIK, SANDERS & WORTHEN, 2008).

Aguilar & Ander (1994), conceituam avaliação como uma forma de pesquisa social, aplicada, sistemática e dirigida; destinada a obter e proporcionar de maneira válida e confiável dados e informação suficientes e relevantes para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor de diferentes componentes de um programa, ou de um conjunto de atividades específicas que se realizam, foram realizadas, ou se realizarão com o propósito de produzir efeitos e resultados concretos; comprovando a extensão e o grau em que se deram essas conquistas, de forma tal que sirva de base ou guia para a tomada de decisão racional e inteligente entre cursos de ação ou para solucionar problemas e promover o conhecimento ou a compreensão dos fatos associados ao êxito ou a fracasso de seus resultados.

Patton (2002), ao desenvolver uma abordagem da avaliação focada para a utilização, inclui na sua definição a maneira de fazer a avaliação que corresponderia à coleta sistemática de informações sobre as atividades, características e resultados dos programas; o propósito da avaliação, ou seja, fazer julgamentos sobre os programas e/ou para subsidiar o processo de tomada de decisões sobre futuras programações. Este autor discute três objetivos primários para avaliação de programas: a) para fazer julgamento; b) para facilitar o seu desenvolvimento; c) para contribuir com o conhecimento.

Para Hartz (2005), a análise de implantação ou implementação tem exatamente como foco da avaliação a relação entre a intervenção (políticas, programas, serviços, ações) e seu contexto de inserção na produção dos efeitos, o que se torna particularmente importante quando a intervenção é complexa, com múltiplos componentes e contingenciais.

Figura 3 - Modelo Lógico da Intervenção.



A seleção dos atributos dos programas a serem avaliados contribui para o aprofundamento no processo de definição do foco da avaliação. As análises de implantação são muito relevantes para a avaliação de programas de saúde porque permitem ao investigador estudar os processos relacionados à operacionalização dos mesmos (HARTZ, 2005).

Essa se trata de uma avaliação normativa, formativa e interna, pois foi avaliado o cumprimento de normas, objetivos e critérios preestabelecidos como desejáveis ou como orientadores de uma intervenção, componente ou programa global de ações, como um desdobramento dos processos ou gestão administrativa convencionais das organizações (VASCONCELOS, 2009); foi conduzida durante a implementação de um programa e que tem por objetivo apoiar o desenvolvimento do mesmo (SCRIVEN apud HARTZ, 2005) e o pesquisador estava inserido dentro do PCT municipal como Responsável Técnico pelo PCT no Distrito de Saúde Sul.

Como essa avaliação é voltada para a utilização, é importante a participação dos stakeholders. Cada avaliação é um caso particular que requer criatividade por parte do investigador/avaliador na formulação da melhor estratégia, na seleção da abordagem, na definição de níveis e atributos, bem como na seleção de critérios e padrões. Principalmente na hipótese de tratar-se de uma avaliação voltada para gestão dos serviços, há que incorporar os agentes do programa (stakeholders) em muitas das definições do foco da avaliação (GUBA; LINCOLN, 1989; PATTON, 1997; FETTERMAN, 1997 apud HARTZ, 2005).

Contandriopoulos (2005, p.32) cita que “é preciso entender que os objetivos de uma avaliação são numerosos que eles podem ser oficiais ou oficiosos, explícitos ou implícitos, consensuais ou conflitantes, aceito por todos os atores ou somente por alguns”. Os objetivos podem: ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção; fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer; determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida. Os administradores que pedem uma avaliação podem querer: atrasar uma decisão, legitimar uma decisão já tomada, ampliar seu poder ou o controle que eles exercem sobre a intervenção e satisfazer as exigências dos organismos financiadores. Os avaliadores podem buscar: ampliar o conhecimento, ampliar prestígio e poder, obter uma promoção ou promover uma ideia que lhes é cara. Os usuários podem buscar: benefícios com serviços diferentes dos possíveis atualmente ou reduzir sua dependência perante profissionais. O pessoal de uma organização pode buscar: atropelar regras hierárquicas ou obter um adiantamento.

Citaremos os stakeholders desta avaliação, seu papel na avaliação e os possíveis conflitos entre os sujeitos da avaliação:

a) Coordenador do PNCT: Dentro do PNCT formula as diretrizes para o tratamento e o controle da TB, seu interesse na avaliação é de verificar se as ações estão sendo seguidas de acordo com o proposto e não participará diretamente nesta avaliação;

b) Coordenador Estadual do PCT: está envolvido no planejamento e na elaboração das ações do PCT no estado do Amazonas e com isso de forma indireta no PCT no município de Manaus, seu interesse é de verificar se as diretrizes preconizadas estão sendo seguidas e sua participação nesta avaliação será de ajudar a determinar os pontos relevantes;

c) Secretário Municipal de Saúde: está envolvido na implantação das ações do PCT em Manaus, seu interesse é de verificar se as ações realizadas estão de acordo com o proposto, sua participação nesta avaliação é de apoiar a realização da mesma nas unidades de saúde;

d) Coordenador Municipal do PCT: está envolvido diretamente na elaboração e implantação das ações do PCT e do TDO em Manaus, seu interesse é de verificar se as ações realizadas estão de acordo com o proposto, sua participação nesta avaliação é contribuir com o contexto organizacional, ajudar a determinar os pontos relevantes nesta avaliação, apoiar a avaliação nas unidades, fornecer informações relevantes a essa avaliação;

e) Técnicos Responsáveis pelo PCT nos Distritos de Saúde: estão envolvidos diretamente na elaboração e implantação das ações do PCT e do TDO nos distritos sanitários de Manaus, seus interesses são de verificar se as ações realizadas estão de acordo com o proposto ou não querer ser avaliados, sua participação nesta avaliação é de ajudar a determinar os pontos relevantes, apoiar a avaliação nas unidades e fornecer informações relevantes a essa avaliação;

f) Profissionais técnicos envolvidos com o PCT nas unidades de saúde: estão envolvidos diretamente na operacionalização das ações do PCT nas unidades de saúde, podem ter interesses conflitantes, como não querer ser avaliados ou de verificar se as ações realizadas estão de acordo com as diretrizes, sua participação será de proporcionar informações durante a realização da avaliação;

g) Financiadores do TDO: estão envolvidos no financiamento no TDO, seu interesse na avaliação é de verificar se as ações financiadas estão sendo realizadas de acordo com o previsto;

h) Comitê Metropolitano de combate a TB: está envolvido principalmente com as ações de monitoramento e avaliação do PCT em Manaus, seu interesse é de verificar se as ações realizadas estão de acordo com o proposto.

Todos os stakeholders foram identificados considerando sua inserção no TDO, o seu papel, o seu interesse e os possíveis conflitos de interesse na avaliação.

Quadro 1 - Descrição dos Stakeholders.

Sujeito	Instituição	Papel no Programa	Papel na Avaliação	Interesse na Avaliação	Possíveis conflitos entre os sujeitos da avaliação
Coordenador do PNCT	Ministério da Saúde	Formula diretrizes para o tratamento e controle da tuberculose	Não há	Verificar se as diretrizes preconizadas estão de acordo com o preconizado	Conflitos entre se a diretriz está realmente atingindo os objetivos
Coordenador Estadual do PCT	Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas	Planejamento e na elaboração das ações do PCT no estado do Amazonas	Ajudar a determinar os pontos relevantes desta avaliação	Verificar se as diretrizes preconizadas estão sendo seguidas	Conflitos entre se a diretriz está realmente atingindo os objetivos
Secretário Municipal de Saúde	Secretaria municipal de Saúde de Manaus	Implantação das ações do PCT em Manaus	Apoiar a realização da mesma nas unidades de saúde	Verificar se as ações realizadas estão de acordo com o proposto	Não querer a avaliação
Coordenador e Responsáveis Técnicos Municipais do PCT	Secretaria municipal de Saúde de Manaus	Estão envolvidos diretamente na elaboração e implantação das ações do PCT e do TDO em Manaus	Contribuir com o contexto organizacional, ajudar a determinar os pontos relevantes nesta avaliação, apoiar a avaliação nas unidades, fornecer informações	Verificar se as ações realizadas estão de acordo com o proposto	Não querer a avaliação
Profissionais técnicos envolvidos com o PCT nas unidades de saúde	Secretaria municipal de Saúde de Manaus	Operacionalização das ações do PCT nas unidades de saúde	Proporcionar informações para a avaliação	Verificar se as ações realizadas estão de acordo com as diretrizes	Não querer a avaliação
Financiadores do TDO	Organização não governamental	Financiamento no TDO	Não há	Verificar se as ações financiadas estão sendo realizadas de acordo com o previsto	Saber se o dinheiro gasto não poderia ser empregado em outro projeto.
Comitê Metropolitano	Organização não governamental e Governamental	Ações de apoio ao planejamento das ações, monitoramento e avaliação do PCT em Manaus, além da influência política no PCT	Participar principalmente na matriz de relevância	Verificar se as ações realizadas estão de acordo com o proposto	Conflitos entre se a diretriz está realmente atingindo os objetivos

Realizamos um estudo de casos múltiplos com o objetivo de avaliar o grau de implementação das ações do TDO em unidades de saúde de Manaus onde consideramos a conformidade como dimensão do grau de implementação e como subdimensão: oportunidade, disponibilidade e qualidade técnico-científica. A escolha por trabalharmos com estudo de caso, e o fato de o mesmo contribuir de forma inigualável, para a compreensão que temos dos fenômenos individuais, organizacionais e políticos, permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real - tais como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a maturação de alguns setores (YIN, 2001).

Neste trabalho a oportunidade foi considerada como ações que são oportunas ou o que é considerado apropriado, a disponibilidade corresponde à magnitude e o tipo de recursos oferecidos em relação às necessidades dos usuários (CRUZ, 2006) e a qualidade técnico-científica na qual as ações são em conformidade com o conhecimento disponível.

A escolha por trabalhamos com métodos mistos, como a observação direta, exames de documentos e questionários empregados a pacientes e profissionais das unidades de saúde, e a possibilidade de coletar e registrar dados com o objetivo de responder "de que forma está ocorrendo a implementação do TDO e de que forma o contexto interno e externo interferem nesta implementação."

As variáveis definidas para a avaliação do grau de implementação foram o percentual de casos novos bacilíferos em TDO, número de supervisões na 1º e na 2º fase do tratamento, percentual de contatos examinados, horário de funcionamento da unidade de saúde, profissionais treinados, disponibilidade de realização de baciloscopia e teste HIV, presença de incentivos aos pacientes, visita domiciliar, uso adequado dos prontuários, livros de sintomáticos respiratórios e de acompanhamento do tratamento.

Em anexo temos uma matriz de informação onde podemos observar de onde retiramos cada informação utilizada nesta pesquisa

#### **IV.1.3.1. Unidade de Análise**

As unidades de análise foram 01 unidade básica tradicional e unidade de Estratégia Saúde da Família, por serem modelos assistenciais distintos sem a pretensão de comparação. O Distrito de Saúde Leste foi escolhido por se tratar do distrito onde se iniciou a implantação do TDO na cidade de Manaus.

#### **IV.1.3.2. Critérios de Inclusão e Exclusão**

Para este estudo foram definidos critério de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram os seguintes:

- a) Unidade Básica de Saúde tradicional ou de ESF pertencer ao Distrito Leste, que tiveram o maior número de pacientes em TDO no período de oito meses anterior ao início da pesquisa e que no início da mesma, tiveram pacientes nesta modalidade de tratamento;
- b) Profissionais de Saúde atuantes no PCT das unidades básicas de saúde selecionadas e que desejaram participar da pesquisa após explicação da mesma e preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido;
- c) Todos os pacientes que estavam em TDO das unidades de saúde selecionadas e desejaram participar da pesquisa após explicação da mesma e preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido.

No que se refere aos critérios de exclusão foram considerados os seguintes:

- a) Unidade básica de saúde tradicional ou de ESF não pertencente ao Distrito Leste e que não tiveram o maior número de pacientes em TDO no período de oito meses anterior ao início da pesquisa;
- b) Profissionais de saúde que não atuaram no PCT, nas unidades selecionadas e que se abstiveram de participar da pesquisa;
- c) Pacientes que não tinham feito o TDO, ou pacientes em TDO de unidades de saúde não selecionada ou que não desejaram participar da pesquisa.

#### **IV.1.3.3. Método de Coleta dos Dados**

Os dados foram coletados através da observação direta nas unidades de saúde para levantamento e coleta sistemática de informações (APÊNDICE 1 – Roteiro de Observação Direta), onde o pesquisador foi até a unidade de saúde selecionada e acompanhou o funcionamento do TDO, o pesquisador foi à Unidade de saúde Alfredo Campos dez (10) dias e na ESF L- 11 sete (07) dias,

sendo essas visitas em dias da semana e horários (manhã e tarde) alternados, até conseguir extrair o máximo de dados sobre o funcionamento das ações de tuberculose. A busca de informações em prontuários (APÊNDICE 2 – Roteiro para análise de prontuário), Livro de Sintomático Respiratório e Livro de Acompanhamento de Tratamento Observado e Ficha de Tratamento Diretamente Observado foram também observados e os formulários preenchidos durante as visitas de observação.

Para adequação dos questionários semiestruturados para profissionais e usuários (APÊNDICE 3 e 4) e minimizar os vieses foi realizado um piloto em 02 (duas) unidades de saúde. A aplicação propriamente dita do questionário dos profissionais de saúde das unidades básicas de saúde se deu, de preferência, ao final do expediente do funcionário afim de não prejudicar o serviço.

A aplicação de questionário semiestruturado aos pacientes em TDO ocorreu, sempre que possível na casa do usuário, a fim de preservá-lo; caso ele desejasse a aplicação do questionário poderia ocorrer em sala com privacidade dentro da unidade de saúde.

Para melhor registrar os eventos que se deram durante o levantamento de campo utilizou-se um diário de campo para anotações de informações importantes e que não estavam previstas nos outros instrumentos ou de pontos que ajudassem a responder algumas questões.

#### **IV.1.3.4. Organização, Análise e Julgamento dos dados**

Os formulários utilizados foram submetidos ao escaneamento evitando assim que fosse perdida alguma informação. Os dados qualitativos e quantitativos foram digitados em uma planilha Excel 2007 e verificados duas (02) vezes, assegurando assim a precisão dos mesmos, reduzindo também as interpretações equivocadas. Foram também mantidos os dados brutos. Ambos dados brutos e digitalizados serão mantidos pelos responsáveis pela pesquisa por três (03) anos, permitindo assim a possibilidade de reanálise ou utilização em estudos de acompanhamento.

As informações foram controladas, evitando que nada fosse perdido, ignorado, divulgado prematuramente nem usado de forma imprópria, violando a política da avaliação ou os direitos humanos e protegendo desta forma as pessoas e unidades participantes desta avaliação.

Os dados dessa avaliação foram analisados utilizando método misto para cálculo de taxas, médias e porcentagem e depois distribuído na Matriz de análise e julgamento onde chegamos a um resultado estimado do nível de implementação da Estratégia de Tratamento Diretamente Observado.

Os questionários, a observação e a análise de documentos foram usados como métodos complementares entre si, e analisados em conjunto.

A análise dos dados consiste em examinar, categorizar, classificar, testar para tratar as proposições iniciais e um estudo. E para tal é necessário estabelecer indicadores, critérios, parâmetros e padrões, e esses quesitos permitirão não apenas descrever o programa, mas também realizar um julgamento sobre o objeto da avaliação (SAMICO, 2010).

Para melhor adequação da matriz de julgamento, foram realizadas reuniões com os stakeholders, para melhor adequação dos parâmetros e das matrizes.

A matriz de julgamento foi dividida em dimensões e em três subdimensões, cada uma com pontuação máxima esperada, descrição de pontos de corte, valor observado e valor atribuído e no final dessa matriz há pontuação máxima e mínima para cada dimensão. E de acordo com o resultado final da matriz de avaliação o programa foi considerado:

- a) Implementado – de 75 a 100% do total da pontuação esperada;
- b) Parcialmente implementado – de 50 a 74% do total da pontuação esperada;
- c) Incipiente – de 25 a 49% do total da pontuação esperada;
- d) Não implementado – de 0 a 24% do total da pontuação esperada.

Os achados serão divulgados em cada unidade de saúde que participaram da avaliação, nos respectivos Distritos de Saúde onde ocorreu a gestão dessas unidades participantes, em reunião no Comitê Metropolitano de Combate à Tuberculose, na Coordenação de Monitoramento e Avaliação da SEMSA e uma cópia será depositada no Conselho de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. Além da apresentação na banca do Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde, depósito da dissertação na ENSP e publicação em revistas.

#### **IV.1.3.5. Aspectos Éticos**

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conep (1998) é uma comissão do Conselho Nacional de Saúde – CNS, criada pela Resolução 196/96, com função de implementar as diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho. É uma instância consultiva, deliberativa, normativa e educativa, atuando conjuntamente com uma rede de Comitê de ética em Pesquisa – CEP, organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam.

Esse projeto seguiu as normas e diretrizes regulamentadas na resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, que regulariza as pesquisas envolvendo seres humanos e atenderá às exigências éticas e científicas fundamentais de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade,

foram asseguradas através da apresentação e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes da pesquisa, os mesmos foram tratados com dignidade, os danos previsíveis foram evitados, a avaliação ocorreu sem ônus para os participantes e houve a preocupação de que a mesma trouxesse o máximo de benefício e o mínimo de riscos possíveis.

Com relação aos pacientes que participaram da pesquisa, os mesmos tiveram o sigilo de sua identidade garantida e aos profissionais de saúde foi solicitada a autorização para que os mesmos, devido à possibilidade de serem identificados e de ser praticamente impossível garantir o sigilo de suas identidades. Tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde autorizaram a pesquisa mediante o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (APÊNDICE 5 e 6).

O benefício para os sujeitos e para a comunidade é a possibilidade da utilização do resultado dos estudos para a melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Este projeto foi submetido ao Conselho de Ética e Pesquisa da FIOCRUZ e da Secretaria Municipal de Saúde, onde foi observado se o mesmo estava de acordo com as normas e diretrizes regulamentadas na resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96. E o Termo de Anuência ou Autorização (em Anexo) foi disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde apenas após a autorização da pesquisa pelo Conselho de Ética e Pesquisa da FIOCRUZ.

### V.1. RESULTADOS

#### V.1.1. Descrição do Contexto Externo do PCT em Manaus

Manaus, a Capital do Estado do Amazonas, situada na Região norte do Brasil, possui área territorial de 11.401,068 Km<sup>2</sup>, e população de 1.738,641 habitantes em 2009 e, densidade populacional de 154,29 pessoas por Km<sup>2</sup>, a população de Manaus corresponde a 51,24% da população do estado. Sendo que 98% da população vive na zona urbana e do total da população do município 842.428 são do sexo masculino e 896,213 são do sexo feminino (SEMSA, 2010).

Dados da SEMSA (2010) relatam que a população de Manaus de 1980 a 2000, apresentou um incremento de 220%, sendo no Brasil a cidade que mais cresceu entre as 13 cidades com mais de um milhão de habitantes.

No ano 2000, a taxa de analfabetismo em população adulta com 25 anos ou mais era de 7,6%, com relação ao acesso a serviços básicos em domicílios urbanos as taxas para acesso à água encanada era de 75,1% dos domicílios, energia elétrica 99,0% e coleta de lixo de 91,3% (SEPLAN, 2010). O índice de Desenvolvimento Humano verificado no ano de 2000 foi de 0,774, considerado de médio desenvolvimento (PNUD, 2010).

Manaus, na visão de Pimentel (2010) provoca todos os fluxos migratórios, pois oferece um chamariz de oportunidades e futuro melhor, ou seja, maiores perspectivas de vida, e, para os imigrantes de fora do Amazonas, sua capital, com seu Pólo Industrial (PIM) e o desenvolvimento da construção civil, principalmente agora, sede da copa de 2014, é a oportunidade de emprego e melhores salários, numa cidade em transformação de seu espaço geográfico e crescimento econômico. Isso influencia na ocupação desordenada da periferia da cidade, formando comunidades sem qualquer infraestrutura de serviços básicos.

##### V.1.1.1. Zona Leste de Manaus

A Zona Leste de Manaus é composta pelos bairros: Armando Mendes, Colônia Antônio Aleixo, Coroadó, Distrito Industrial II, Gilberto Mestrinho, Jorge Teixeira, Mauzinho,

Puraquequara, São José Operário, Tancredo Neves e Zumbi dos Palmares e representa atualmente 25% da população da cidade de Manaus (IMPLURB, 2011).

Segundo Carmo et al, a região é caracterizada pela ocupação através de invasões, que começaram a ocorrer a partir da implantação da Zona Franca, na década de 1970. Todos os bairros apresentam graves problemas de infraestrutura, que se somam ao estado de pobreza de grande parte de seus habitantes, implicando em alta incidência de doenças decorrentes ou agravadas pela carência de saneamento e pela má nutrição da maioria da população. Outro problema é os bairros apresentarem malha urbana desarticulada e sistema viário deficiente.

Dados do SIAB da SEMSA Manaus (2011) relatam que das 19.555 famílias cadastradas, 6.461 (33%) ainda são abastecidas por poços ou cacimbas, 5.763 (29%) residem em casas de madeiras, 18.856 (94%) tem o lixo coletado através de coletas públicas, 341 (1,74%) das famílias mantêm o lixo a céu aberto. Quanto ao destino das fezes/urina 12,337 (63%) famílias têm fossas sépticas, 3.480 (18%) despejam seus excrementos a céu aberto e apenas 3.738 (19%) têm sistema de esgoto.

No ano de 2000, a Zona Leste passou a ocupar o primeiro lugar em relação ao total de domicílios, seguida pela Zona Norte, que apresentou o maior percentual de crescimento no período analisado (183,80%) e pela Zona Sul, que teve apenas 9,34% de crescimento, comparado a 1991. Essa mudança reflete os dois principais eixos de crescimento horizontal da cidade, especialmente a partir da criação de conjuntos habitacionais como Cidade Nova, situado na zona Norte e já referido anteriormente, bem como das ocupações espontâneas que surgiram ao seu redor e da abertura de importante eixo de circulação para a Zona Leste pela Estrada Grande Circular, que contribuiu para a continuação das ocupações espontâneas e o adensamento urbano da área. Quanto à média de moradores por domicílio na zona leste foi de 4,4, considerando que essa residência tenha no mínimo 4 cômodos básicos e o percentual de pessoas que viviam em domicílio com acesso à água encanada e coleta de lixo foi de 43,8%, sendo que na zona sul este percentual é de 85,5% e refere ainda que as moradias precárias na cidade de Manaus não são apenas manifestações das desigualdades sociais concretizadas em desigualdades socioespaciais pela falta de serviços básicos e de direitos humanos, são também sintomas de uma sociedade urbana, em que as desigualdades não apenas são toleradas, como proliferam (OLIVEIRA et al, 2007).

## **V.1.2. Descrição do Contexto Político – Organizacional**

### **V.1.2.1. Autonomia política, administrativa e capacidade técnica-gerencial**

A Lei Orgânica do Município de Manaus - LOMAM que rege o município de Manaus foi elaborada conforme as determinações e preceitos das Constituições Federais e do Estado do Amazonas, foi promulgada em 05 de abril de 1990 e tem o objetivo de organizar o exercício do poder e fortalecer as instituições democráticas e os direitos da pessoa humana. A LOMAM tem claramente definida no capítulo III toda a política de saúde como direito de todos e dever do poder público assegurá-la (LOMAM).

O Conselho de Saúde de Manaus é uma instância de deliberação do SUS, de caráter permanente e tem como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde do município de Manaus. Também dentre outras funções aprova o orçamento da saúde, acompanha a sua execução orçamentária e aprova os Planos Municipais de Saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde tem seu Plano Municipal de Saúde – PMS, ele é estruturado com base em uma análise situacional, e da formulação dos seus objetivos, diretrizes e metas a serem buscados pelo município de Manaus no quadriênio, considerando a viabilidade política, econômica, técnico-organizacional e a coerência.

O PCT no município de Manaus está descrito no PMS dentro do eixo de vigilância em saúde que tem como objetivo prevenir e controlar doenças, agravos e riscos à saúde da população decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços, onde a tuberculose está descrita como objeto especial quando se refere a doenças transmissíveis que apresentam quadro de persistência e tem como meta ampliar em 3,2% ao ano a taxa de cura da tuberculose, passando de 75% em 2009 para 85% até 2013 (PMS 2010-2013).

O PSM é operacionalizado mediante as Programações Anuais de Saúde (PAS), onde são instituídas o conjunto de ações necessárias para atingir os objetivos e metas fixados no PMS. O PAS é avaliado trimestralmente e no final do ano é feito o Relatório Anual de Gestão - RAG e tem como objetivo indicar os eventuais ajustes que se fizerem necessários ao plano, realimentando assim o processo de planejamento. Todo PSM, PAS e RAG tem que ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

O TDO está contemplado dentro das ações pactuadas no PAS-2012, entre as ações relacionadas ao TDO estão ampliar a cobertura do Tratamento Diretamente Observado entre os

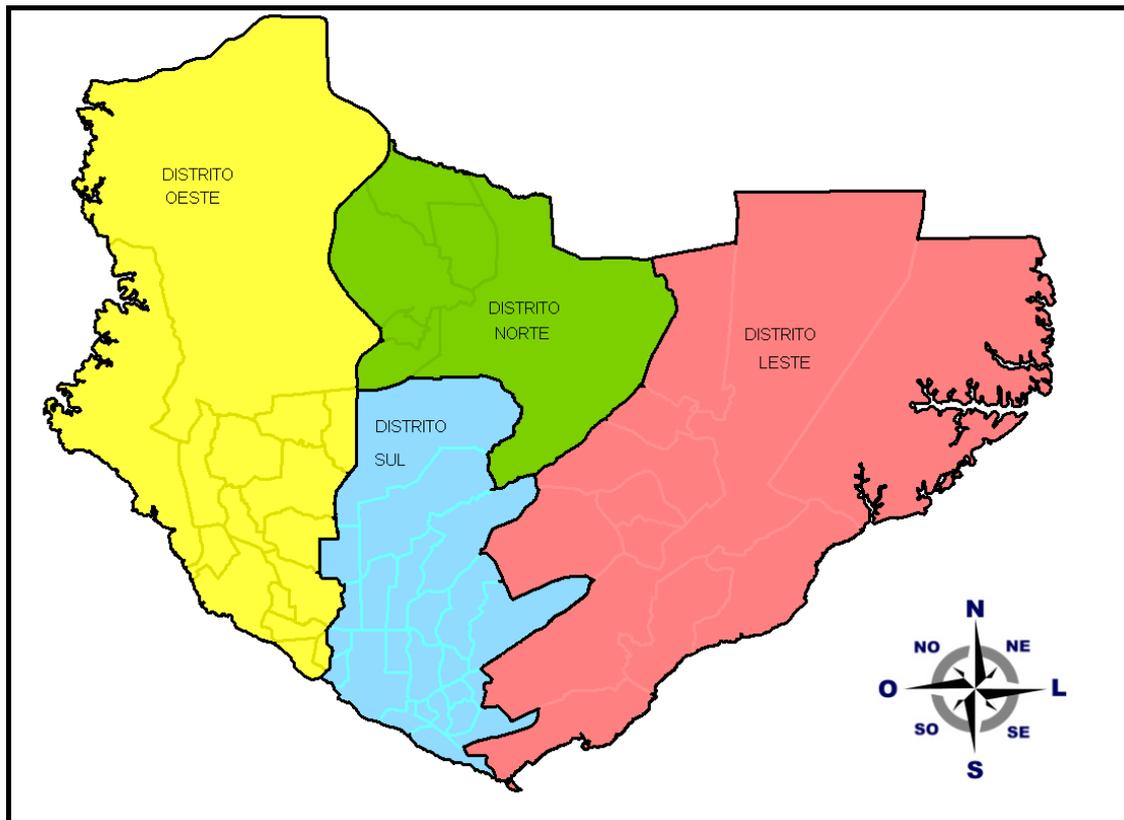
casos novos de tuberculose pulmonar, realizar seminário de Manejo clínico com ênfase no TDO, Fortalecer a estratégia do TDO mediante a capacitação de profissionais de saúde e curar os casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera. O PAS-2012 contém ações específicas para o Distrito de Saúde Leste igualmente as pactuadas para o município, sendo um avanço mediante ao fato de que no PAS-2011 as ações foram pactuadas de uma forma geral para o município, não ficando clara a responsabilidade de cada distrito de saúde. No ano de 2010 foi promulgada a Lei N. 237, de 31/05/2010, que institui o Programa de Orientação sobre a Tuberculose, como parte das ações de educação em saúde desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde, visando alterar o perfil epidemiológico da tuberculose no município de Manaus e dentro do Art 4º como objetivos que as ações desenvolvidas pelos ACS serão realizadas com base no conceito de Tratamento Supervisionado- TS, que tem na visita domiciliar realizada pelos ACS um novo e importante instrumento para viabilizar a garantia da adesão integral ao processo de tratamento pelos portadores de tuberculose.

Dados do PCT mostram que o programa é composto por profissionais capacitados, podemos citar 2 mestrandos, dos 4 responsáveis distritais, 3 têm o curso específico para o gerenciamento do PCT, tem 9 profissionais de nível superior e 1 técnico de enfermagem, distribuídos entre coordenação municipal e responsáveis técnicos distritais. Gattas (2010, p. 86) refere que “a capacidade técnica-gerencial é expressa no capital intelectual acumulado, na habilidade para idealizar e executar estratégias e táticas eficazes na solução dos problemas”. A equipe técnica do PCT tem demonstrado uma grande capacidade técnica-gerencial, tendo projetos contemplados pelo Projeto Fundo Global e pela OPAS-USAID.

#### **V.1.2.2. Descrição do Contexto Organizacional do PCT Manaus**

A partir de 2005 com a consolidação da descentralização da atenção à saúde no município de Manaus, o município passou a ser dividido em distritos sanitários de saúde. Em Manaus existem cinco distritos sanitários (Figura 4): Distrito de Saúde Leste – DISAL (referente à zona Leste da cidade), Distrito de Saúde Oeste – DISAO (referente à zona oeste e centro-oeste), Distrito de Saúde Norte – DISAN (referente à zona norte), Distrito de Saúde Rural – DISAR (referente à zona rural) e Distrito de Saúde Sul - DISAS (referente à Zona Sul e Centro Sul). Nesses distritos, além dos técnicos que trabalham na sede da prefeitura há por distritos de saúde 2 responsáveis técnicos pelo PCT.

Figura 4 - Divisão de Manaus por distritos sanitários - 2010.



Fonte: SEMSA,2010.

O município de Manaus conta com a Policlínica Cardoso Fontes, Fundação de Medicina Tropical do Amazonas e Policlínicas municipais, e com o Hospital Estadual Adriana Jorge como unidades terciárias e secundárias de apoio aos pacientes que precisam de um atendimento especializado devido à necessidade de esquema de multirresistência, resistência, especiais, efeitos adversos maiores e co-morbidades (HIV/AIDS e outras) e atenção básica (UBS, ESF, PSR) que fica com os esquemas básicos e efeitos adversos menores.

O paciente com tuberculose após diagnóstico é notificado para o Distrito de Saúde, onde é providenciada a medicação de tratamento e feita a notificação no Sistema de Notificação de Agravos (SINANTB), e as informações do tratamento do mesmo são enviadas mensalmente ao Distrito de Saúde para digitação no SINAN (Figura 6).

Figura 5 – Organograma de Funcionamento do PCT no Município de Manaus.

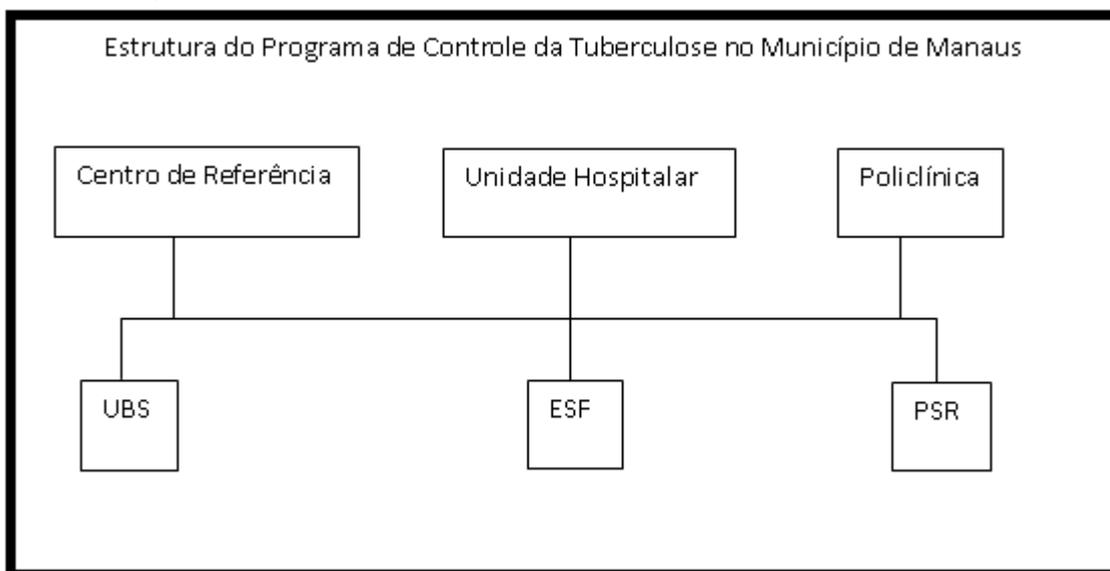
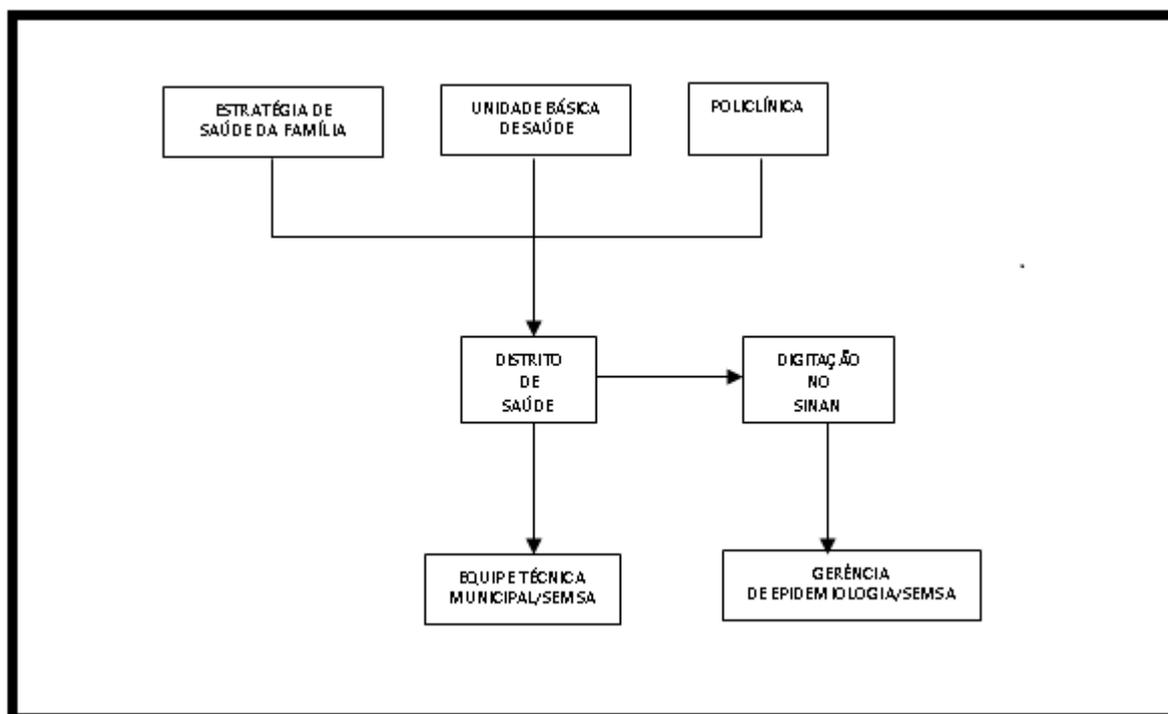


Figura 6 – Fluxo de Notificação e acompanhamento de casos do PCT Manaus.



Fonte: SEMSA, 2010.

O município de Manaus possui 245 unidades de saúde municipais, sendo 45 unidades de Saúde tradicionais (baixa complexidade), 08 Policlínicas (média complexidade), 06 unidades de Saúde/Pronto Atendimento (baixa complexidade), 169 Estratégia Saúde da Família e 04 Módulos

de Estratégia Saúde da Família – ESF (Estrutura física de baixa complexidade, onde se instalam várias equipes de ESF) e 15 Postos de Saúde Rural (unidade de baixa complexidade que atendem às comunidades).

Manaus tem como eixo norteador a organização da Atenção Básica – AB a ESF, e busca implementá-la em caráter substitutivo às práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde e na participação da comunidade.

A ESF deve atuar em seu território de abrangência definido, com um sistema de cadastramento e acompanhamento da população residente na área de abrangência dessa unidade, propiciando atenção integral aos indivíduos e famílias, garantindo o encaminhamento para atendimentos de média e alta complexidade sempre que necessário (SEMSA, 2010).

A implantação da ESF ocorreu em 1999 e atualmente conta com 183 equipes, distribuídas em Unidades de Saúde da Família (com 01 equipe de ESF) e Módulo de Saúde da Família (com 02 a 04 equipes de ESF), desse total 09 estão inativas (com equipe incompleta), com uma cobertura de 47% da população no município de Manaus, o distrito de saúde com maior cobertura de ESF é o Distrito de Saúde Sul com cobertura de 53% (Tabela 3).

Tabela 3 - Cobertura da ESF por distrito de Saúde, Manaus - 2010.

Distrito de Saúde	População 2009 (estimada)	Pessoas Cadastradas	Cobertura ESF
Leste	418.737	210.892	50%
Norte	428.943	173.711	40%
Oeste	400.169	176.599	44%
Sul	438.507	234.193	53%
Manaus	1.709,010	795.395	47%

Fonte: SEMSA, 2010.

Na análise situacional realizada pela SEMSA em 2010, foram identificados vários problemas, entre eles estão iniquidade na distribuição espacial das unidades de saúde, o que leva a sobreposição de serviços em alguns lugares e imensos vazios assistenciais em outros, estrutura física inadequada em algumas unidades e a necessidade de estabelecer referências e por isso está em curso a implantação do reordenamento e ampliação da rede básica de Saúde.

Quanto aos recursos humanos, apesar do concurso público realizado no ano de 2005 para suprir a necessidade da secretaria de saúde, muitos profissionais pediram exoneração, permanecendo assim um déficit de recursos humanos, levando algumas equipes a atuarem de forma incompleta, comprometendo assim a qualidade da atenção prestada (SEMSA,2010).

### V.1.2.3. Análise da Situação do PMCT

Dados preliminares do relatório 2010 do Programa Municipal de Controle da Tuberculose revelam que no município de Manaus foram notificados 1614 casos novos de tuberculose de todas as formas e desses, 906 casos de tuberculose pulmonar positiva (56,1%). Do total de casos de tuberculose pulmonar positiva, 146 casos foram acompanhados nos centros de Referência Especializada em Pneumologia e na Fundação de Medicina Tropical (respectivamente 71 e 75 casos).

As unidades municipais contribuíram com a notificação de 760 casos novos de tuberculose pulmonar positiva, sendo 590 casos notificados nas unidades básicas tradicionais e 170 casos foram notificados nas unidades tipo ESF. O Disal notificou 222 casos novos de TB de tuberculose pulmonar, sendo 43 notificados nas unidades da ESF. No mesmo ano de 2010 foi observado um incremento no Número de casos de tuberculose pulmonar positiva em TDO de 190 em 2009 para 348 em 2010 e no Disal o número de pacientes em TDO foi de 53 no ano de 2009 para 127 no ano de 2010. A proporção de casos novos de TB de todas as formas que realizam teste Anti-HIV foi de 47,7, o Disal obteve a proporção de 34,7% pacientes com TB de todas as formas testados. Segue a Tabela 4 - Estrutura do PCT no Distrito Leste.

Tabela 4 – Estrutura do PCT no Distrito Leste

ESTRUTURA DO CONTROLE DA TUBERCULOSE NO DISTRITO LESTE											
Estrutura do PCT	Total	Coleta da baciloscopia		Com TDO		Com PPD		HIV		Tratamento ILTB	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nº de Unidades Básicas	15	6	40,0	2	13,3	1	6,7	0	0,0	0	0,0
Nº de Policlínicas	2	2	100,0	2	100,0	2	100,0	1	50,0	1	50,0
Nº de Unidades de Saúde da Família	40	1	2,5	12	30,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total de Unidades com PCT</b>	<b>57</b>	<b>9</b>	<b>15,8</b>	<b>16</b>	<b>28,1</b>	<b>3</b>	<b>5,3</b>	<b>1</b>	<b>1,8</b>	<b>1</b>	<b>1,8</b>

Fonte: SEMSA, 2012.

Manaus registrou 5.696 contatos, sendo 3.289 registrados pelas unidades municipais, desse total, apenas 1.285 (39,1%) contatos foram examinados pelas unidades do município. O Disal registrou 863 contatos e examinou 311 (36%). Quando analisamos o resultado de tratamento de tuberculose de todas as formas, o município alcançou a cura de 72% (1166 casos) e abandono de

8,9 (144 casos), o Disal obteve o resultado 74,8 % (227 casos) e abandono de 12,4% (28 casos) resultados menores que do ano de 2009, onde a proporção de cura foi de 76,6% e de abandono 18%, isso deve-se ao fato de falta de encerramento dos casos no sistema de informação.

### **V.1.3. Avaliação do Grau de Implementação do TDO**

A avaliação do grau de implementação do Tratamento Diretamente Observado para tuberculose em unidades de saúde municipais de Manaus foi feito através da coleta dos dados referente à caracterização das unidades de saúde, infraestrutura do programa de tuberculose, funcionamento do programa, registro e acompanhamento das atividades do TDO, esses dados foram obtidos através de observação das atividades dos profissionais de saúde, análise de prontuários, de livros e de dados secundários e aplicação de questionários nos profissionais de saúde e pacientes das unidades estudadas.

Os dados coletados foram distribuídos nas dimensões e subdimensões, onde podemos observar a pontuação máxima esperada e a pontuação observada onde podemos classificar o grau de implementação das dimensões e as subdimensões grau, inferir se o TDO para pacientes com tuberculose está implementado, parcialmente implementado, incipiente e não implementado.

Para organizar a etapa de análise e julgamento, os dados obtidos durante a pesquisa nas unidades de saúde lançados na matriz de julgamento, lembrando que a avaliação do grau de implementação foi obtida através de indicadores, pontuações e índices pré-estabelecidos anteriormente ao início da pesquisa.

#### **V.1.3. 1. Unidade de Saúde Ambulatorial Alfredo Campos**

A Unidade de Saúde Ambulatorial Alfredo Campos, foi reinaugurada na Zona Leste de Manaus em janeiro de 2011 com um novo conceito de prestação de serviço que permite ampliar a oferta de atendimento ambulatorial devido ao funcionamento que ocorre de 7 às 22 horas de segunda à sexta-feira e no sábado de 07 às 19 horas. O Público alvo dessa unidade são os moradores da zona leste principalmente os dos bairros do São José, Zumbi dos Palmares, Armando Mendes, Puraquequara, Colônia Antonio Aleixo e Gilberto Mestrinho.

A infraestrutura disponibilizada pela USA Alfredo Campos é composta por sala de espera, sala do PCT, posto de coleta de baciloscopia e para o teste anti-HIV e realização de radiografia. A

sala do PCT tem iluminação natural, balança para pesagem dos pacientes, água potável para a tomada da dose supervisionada, armário com as medicações utilizadas no programa para o tratamento. Não foi identificada falta ou falha no abastecimento de medicamento para tratamento da tuberculose na unidade de saúde.

O PCT funciona de 07 às 18 horas com 01 técnico de enfermagem responsável durante este período, o laboratório da UBS funciona de 6 às 10 horas da manhã recolhendo as amostras de baciloscopia e de sangue para o teste anti-HIV, ambos exames são processados e devolvidos ao posto de coleta em até 7 dias. A busca de sintomático ocorre durante as consultas médicas e de enfermagem e os sintomáticos respiratórios são encaminhados para a sala do PCT para receberem o pote do escarro, a orientação da coleta do escarro para a baciloscopia e para inserção do nome no livro de sintomático respiratório. Durante a orientação para a realização da coleta de escarro foi observado que o paciente era questionado quanto ao uso de cigarro, o tempo da tosse, porém não foi observado o questionamento sobre o contato com pessoas ou parentes com os sintomas/doença. O tempo entre a entrega da amostra da baciloscopia e o retorno do resultado do exame gira em torno de 5 a 7 dias. A Prova tuberculínica é realizada de segunda à quinta-feira por uma enfermeira. Todos os livros, fichas de notificações, prontuários, medicamentos e materiais necessários ficam na sala do PCT. A aplicação da vacina BCG ocorre todos os dias da semana.

A USA disponibiliza radiografia de tórax e os pacientes suspeitos ou em tratamento realizam o exame imediatamente à solicitação sem a necessidade de agendamento no SISREG. No agendamento do Teste anti-HIV não há necessidade de o paciente ir para a fila como os outros pacientes, a solicitação é entregue ao agente administrativo que realiza as marcações de exame mediante observação de prioridade para que o local de realização do exame seja na própria USA. Após o agendamento, a solicitação retorna a sala do programa para que se proceda à entrega ao paciente.

O técnico de enfermagem que atua no PCT é responsável por ir à sala do posto de coleta para pegar os resultados de exame. O resultado da baciloscopia é entregue aos pacientes pelos técnicos de enfermagem, caso seja positivo o paciente é notificado no SINAN, inscrito no livro de acompanhamento do tratamento da tuberculose e vai imediatamente para a consulta médica para iniciar o tratamento. Alguns pacientes são encaminhados ou transferidos da referência para realizarem o tratamento na USA, devido à mesma ser referência para a Zona Leste da cidade.

O Tratamento Diretamente Observado ocorre na unidade de saúde, de segunda à sexta-feira e é oferecido a todos os pacientes em tratamento para tuberculose e são disponibilizados auxílio de vale-transporte e vale-alimentação aos pacientes em TDO. Para o paciente faltoso é realizado

primeiro o contato telefônico com o mesmo, caso ele não compareça é procedida a visita domiciliar pelo técnico de enfermagem ou pela assistente social. Foi observado pontualmente que para alguns pacientes a dose era considerada como TDO, mesmo sem que observação acontecesse (o paciente disse que já havia tomado a medicação em casa ou o familiar é que foi buscar a medicação), registrando-se a dose como supervisionada.

Não foi observada na unidade a realização sistemática de campanhas educacionais e nem ações de combate ao estigma da tuberculose e sim algumas ações pontuais. Quanto à busca de Sintomáticos Respiratórios observamos que dos 270 sintomáticos respiratórios identificados apenas 153 foram examinados e 110 realizaram a 1º e a 2º amostra, sendo 10 o total de doentes identificados com tuberculose.

No momento da pesquisa havia na UBS 23 pacientes que realizavam o tratamento neste período e todos os acompanhados pela unidade estavam em TDO. A média do número de supervisões de 11 pacientes que encerraram o TDO em 2011 foi de 11,1 na primeira fase e 9,5 na segunda fase, nenhum paciente chegou a fazer mais do que 14 supervisões na 1º fase e mais do que 19 na segunda fase de tratamento. Nos pacientes que estavam em TDO, a média de supervisões foi de 11,6 na 1º fase.

O percentual de cura entre os 11 casos pulmonares positivos encerrados foi de 72,7%, de 27% de casos encerrados por transferência, essas transferências deve-se ao fato de a unidade ser uma referência na área e a maioria dos pacientes mesmo tendo unidades de saúde próximas preferiram se deslocar devido aos outros serviços oferecidos por esta unidade. Dos 11 pacientes apenas 2 (0,09%) tinham cura confirmada e 6 (54,5%) não realizaram as baciloscopias de acompanhamento do tratamento, portanto o encerramento é considerado como completou o tratamento, pois para a cura comprovada o paciente deve ter duas baciloscopias, uma na fase de acompanhamento e uma no final do tratamento. A média do número de baciloscopia realizada foi de duas baciloscopias por paciente. Já o percentual de contatos examinados foi de 28,9%.

A média do número de consultas médicas e de enfermagem durante o tratamento, realizadas pelos pacientes que haviam encerrado o tratamento foi de 2,4 consultas médicas/paciente e de 0,09 consultas de enfermagem/paciente.

No encerramento observamos que 50% dos pacientes realizaram radiografia de encerramento e não realizaram a baciloscopia de encerramento do tratamento.

#### V.1.3.1.1. Perfil dos pacientes atendidos na USA Alfredo Campos.

Dos 25 pacientes com TB pulmonar positiva que no momento da pesquisa realizavam TDO na USA Alfredo Campos, 10 pacientes aceitaram participar da pesquisa através do preenchimento do formulário. Desse total de pacientes 60% (6) eram do sexo Feminino, 40% (4) estavam na faixa etária entre 20 a 39 anos, 80% (8) se identificaram sendo da cor parda, 30% (3) tinham o ensino fundamental incompleto e outros 30% (3) tinham o ensino fundamental completo, 70% (7) residiam em casas de alvenaria, 100% (10) referiram que a casa onde moravam era própria e 60% (6) descreveram que sua casa tinha entre 5 a 6 cômodos.

Dos 10 pacientes 60% (6) relataram que o salário familiar é de 1 salário mínimo, que no momento que receberam o diagnóstico 40% (4) trabalhavam, desses que trabalhavam 50% (2) necessitaram ficar afastados do trabalho e que perderam o emprego. Só 2 pacientes continuavam trabalhando, sendo 10 meses o tempo médio de desemprego dos pacientes. Dos 80% (8) pacientes que estavam desempregados, 40% (4) recebiam o benefício do Programa Bolsa Família. Do total dos pacientes considerados em TDO 80% (8) recebiam benefícios como vale-transporte e vale-refeição, sendo que esses 20% que não estavam recebendo o auxílio estavam entre os que se declararam desempregados, 80% (8) relataram pegar condução para se deslocar da sua residência até a unidade de saúde e 40% do total andam em média 22,5 minutos para chegar a unidade de saúde.

Quando questionados aos pacientes se os mesmo sabiam o que era o Tratamento Diretamente Observado 90% responderam não saber o significado e 80% responderam que iam a UBS para tomar a dose observada de 1 a 2 vezes/semana.

Tabela 5 - Descrição do perfil sócio-demográfico e aspectos relacionados ao doente e ao TDO na UBS Alfredo Campos.

Variável	N	%
20 -39 anos	4	40
40 -49 anos	3	30
50 -59 anos	3	30
TOTAL	10	100
Gênero		
Masculino	4	40
Feminino	6	60
TOTAL	10	100

Raça/cor		
Parda	8	80
Preta	1	10
Indígena	1	10
TOTAL	10	100
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	3	30
Ensino fundamental completo	3	30
Ensino médio incompleto	3	30
Ensino médio completo	0	0
Ensino superior incompleto	1	10
Ensino superior completo	0	0
TOTAL	10	100
Distribuição por tipo de moradia		
Madeira	2	20
Alvenaria	7	70
Mista	1	10
TOTAL	10	100
Descrição do tipo de posse da moradia		
Casa própria	10	100
Casa alugada	0	0
Casa Cedida	0	0
TOTAL	10	100
Você trabalhava quando recebeu o diagnóstico		
Sim	4	40
Não	6	60
TOTAL	10	100
Precisou afastar-se do trabalho por causa da doença?		
SIM	2	50
NÃO	2	50
TOTAL	4	100
Você está trabalhando?		
Sim	2	20
Não	8	80
TOTAL	10	100
Recebimento de bolsa família		
Sim	4	40
Não	6	60
TOTAL	10	100
Recebimento de incentivo ao TDO		
Sim	80	80
Não	20	20
TOTAL	10	100
Tipo de benefício recebido		
Vale- transporte + cesta básica	6	60
Vale- transporte	2	20
TOTAL	8	100

Uso de condução para ir à UBS		
Sim	8	80
Não	2	20
TOTAL	10	100
Forma de deslocamento até a UBS		
Condução mais caminhada	2	20
Condução	6	60
Caminhada	2	20
TOTAL	10	100
Média do tempo de caminhada		
10 Minutos	1	25
20 Minutos	1	25
30 Minutos	2	50
TOTAL	4	100
Frequência da supervisão do TDO relatada pelos pacientes		
1 vez na semana	5	50
2 vezes na semana	4	40
3 vezes na semana	1	10
TOTAL	10	100
Questionamento sobre o paciente saber explicar o que é TDO		
Sim	1	10
Não	9	90
TOTAL	10	100
Recebimento dos incentivos todos os meses		
Sim	5	62
Não	4	38
TOTAL	8	100
Recebimento do apoio familiar para o tratamento		
Sim	80	80
Não	20	20
TOTAL	100	100

#### V.1.3.1.2. Avaliação do Grau de Implementação do TDO da USA Alfredo Campos

Os dados lançados na matriz de julgamento da USA Alfredo Campos foram coletados na unidade de saúde durante a pesquisa onde utilizamos as análises de prontuários, observação direta, aplicação de questionário ao profissional de saúde que trabalhava no programa e aos pacientes em TDO. Após essa coleta todos os dados foram analisados e lançados na matriz de julgamento, conforme Quadro – 2.

Na matriz de julgamento da USA Alfredo Campos o componente oportunidade atingiu 56% do que era esperado, sendo considerado parcialmente implementado, neste componente os

indicadores que obtiveram o menor índice foi o Número de observações semanais da tomada medicamento (20%), a o horário de recebimento da baciloscopia pela unidade de saúde (40%) e o número de consultas de enfermagem/paciente (0%). O componente disponibilidade alcançou 85%, foi considerada implementada, os indicadores que tiveram o menor desempenho foi ter baciloscopia na unidade de saúde (60%), ter o teste anti-HIV (60%), ter grupo de apoio ao paciente (0%) e ter ventilação adequada (0). Quanto ao componente Qualidade técnica-científica obteve índice de 100%, este foi considerado implementado e todos os indicadores atingiram os índices máximos.

Quadro 2 – Matriz de Julgamento do Grau de Implementação do TDO na USA Alfredo Campos.

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	INDICADORES	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PADRÕES	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO OBSERVADA	ÍNDICE %
Conformidade	Oportunidade	% de casos novos bacilíferos em TDO	Livro de acompanhamento do tratamento e Observação direta	igual ou > 80%	5	5	100%
		Número de observações semanais da tomada do medicamento na 1ª e 2ª fase do tratamento	Ficha de Acompanhamento TDO E Observação Direta	igual a 72 tomada durante todo tratamento	10	2	20%
		% de contatos examinados	Ficha de Acompanhamento TDO e Livro de acompanhamento do tratamento	igual ou maior 100%	5	3	60%
		% de casos de casos de P+ em TDO encerrados por cura	Livro de acompanhamento do tratamento e prontuário	igual ou maior 85%	10	6	60%
		% de sintomático respiratório submetidos a baciloscopia	Livro de Sintomático Respiratório e Prontuário	igual ou maior 75%	5	4	80%
		% de Casos dos pacientes em TDO com cura comprovada	Livro de acompanhamento do tratamento e Prontuário	igual ou maior 85%	10	6	60%
		Horário de recebimento da amostra de BK/dia	Observação Direta e Questionário (profissional)	igual ou maior a 8 horas	5	2	40%
		Horário de funcionamento do PCT na UBS/dia	Observação Direta e Questionário (profissional)	igual ou maior a 8 horas	5	5	100%
		Número de baciloscopia realizada por paciente em TDO	Livro de acompanhamento do tratamento e Prontuário	igual a 3	5	3	60%
		Nº de consultas médicas realizadas por paciente	Prontuário	igual ou maior a 4	5	3	60%
		Nº de consultas de enfermagem realizadas por pacientes	Prontuário	igual ou maior a 4	5	0	0%
		PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA					70
PONTUAÇÃO MÍNIMA ESPERADA					6	39	56%

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	INDICADORES	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PADRÕES	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO OBSERVADA	ÍNDICE %
Conformidade	Disponibilidade	Ter baciloscopia na unidade de saúde	Observação Direta e Questionário (profissional)	Ter exame na unidade	5	3	60%
		Ter o teste HIV	Observação Direta e Questionário (profissional)	Ter o exame na unidade	5	3	60%
		Ter medicação	Observação Direta e Questionário (profissional)	SIM	10	10	100%
		Ter copo descartável	Observação Direta	SIM	10	10	100%
		Ter água na sala de administração	Observação Direta	SIM	10	10	100%
		Ter material educativo	Observação Direta	SIM	10	10	100%
		Ter livro de sintomático respiratório	Observação Direta	SIM	10	10	100%
		Ter livro de acompanhamento de tratamento	Observação Direta	SIM	10	10	100%
		Ter Ficha de registro de TDO	Observação Direta	SIM	10	10	100%
		Ter Ficha de registro de contatos	Observação Direta	SIM	10	10	100%
		Ter pote para exame de escarro	Observação Direta	SIM	10	10	100%
		Ter busca ativa de faltosos	Questionário (profissional) e Observação direta	SIM	10	10	100%
		Ter grupo de apoio ao paciente	Questionário (paciente) e Observação direta	SIM	10	0	0%
		Ter responsável pelo TDO	Questionário (profissional) e Observação direta	SIM	10	10	100%
		Ter ventilação	Observação Direta	SIM	10	0	0%
		Ter auxílio transporte	Questionário (profissional), Questionário (paciente) e Observação direta	igual ou maior a 5 meses	10	6	60%
		Ter auxílio alimentação	Questionário (profissional), Questionário (paciente) e Observação direta	igual ou maior a 5 meses	10	10	100%
		Ter referência para internação	Questionário (profissional)	SIM	10	10	100%
		Ter orientação para coleta da baciloscopia	Questionário (profissional), Questionário (paciente) e Observação direta	SIM	10	10	100%
		Panfleto com orientação para coleta de amostra de	Questionário (profissional) e Observação direta	SIM	10	10	100%
PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA					190	162	85%
PONTUAÇÃO MÍNIMA ESPERADA					2		

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	INDICADORES	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PADRÕES	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO OBSERVADA	ÍNDICE %
Conformidade	Qualidade técnica científica	Preenchimento do livro de SR e Preenchimento do boletim de acompanhamento do tratamento	Observação Direta	SIM	10	10	100%
		Profissionais capacitados no TDO	Banco de Dados da SEMSA	SIM	10	10	100%
		Prontuário com registro	Observação Direta	SIM	10	10	100%
PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA					30	30	100%
PONTUAÇÃO MÍNIMA ESPERADA					0		
PONTUAÇÃO TOTAL ESPERADA					290	231	80%
PONTUAÇÃO TOTAL MÍNIMA					8		

A classificação do grau de implementação do TDO na USA Alfredo Campos foi considerada implementada com 80% do índice alcançado. Abaixo temos o Quadro 3 - Matriz de Julgamento da Implementação do TDO na USA Alfredo Campos e o Grau de Implementação, para que possamos melhor visualizar os resultados de grau de implementação obtidos nos componentes.

Quadro 3 – Matriz de Julgamento da Implementação do TDO na USA Alfredo Campos e o Grau de Implementação.

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO OBSERVADA	ÍNDICE (%)	GRAU DE IMPLANTAÇÃO
Conformidade	Oportunidade	70	39	56%	PARCIALMENTE IMPLEMENTADO
	Disponibilidade	190	162	80%	IMPLEMENTADO
	Qualidade Técnica-Científica	30	30	100%	IMPLEMENTADO
	TOTAL GERAL	290	231	80%	IMPLEMENTADO

#### V.1.3.2. Estratégia Saúde da Família Leste – 11.

A estratégia Saúde da Família L -11 funciona no Bairro Gilberto Mestrinho e atende à comunidade através da sua área adstrita e também atende à população que está fora da área de cobertura. O bairro Gilberto Mestrinho tem na sua área de abrangência três comunidades, entre elas o loteamento Grande Vitória. Essa ESF tem 13.000 pessoas cadastradas dividida em 13 microáreas, e sua equipe é composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 02 técnicos, e 10 ACS.

A infraestrutura ESF L 11 é composta de sala de espera, 01 consultório médico/enfermeiro, farmácia/copa e banheiro num total de área de 52 m<sup>2</sup>. No consultório não há incidência de luz solar e fica com a ventilação do ar-condicionado, não sendo contemplado nesta infraestrutura um local para realização de atendimento de grupo.

Não foi identificada a busca sistemática de sintomático respiratório, a unidade possui referência para realização da baciloscopia. Quando um paciente precisa realizar o exame de baciloscopia ou o testagem para o HIV, o mesmo tem que se dirigir a USA Alfredo Campos para a realização do mesmo. Durante as visitas a ESF L11, não havia disponíveis os frascos para coleta de escarro.

No SINAN há registro de casos de TB P+ em TDO nos anos de 2009 (3 casos), 2010 (4 casos) e 2011(4 casos), sendo que a supervisão do TDO ( 4 foram registrados como TDO, sendo 80% dos casos de TB Pulmonar positiva em TDO), conforme relatos dos ACS as supervisões são

esporádicas e não foi encontrado nenhum registro de doses e não havia na unidade de saúde o cartão de registro do TDO.

O enfermeiro desta unidade foi identificado como o responsável pelo PCT, pois o mesmo realiza a busca de sintomático respiratório, o preenchimento do livro verde. Nestes livros foram identificados problemas de mau preenchimento relacionados à ausência de dados de tipo de tratamento (Auto-administrado ou Supervisionado), situação de encerramento, dados do exame diagnóstico, exame de HIV e de baciloscopias. O livro verde encontrava-se sem nenhum registro.

Não foi possível realizar o perfil dos pacientes da ESF L-11, pois no momento da pesquisa só havia 1 paciente em TDO e o mesmo não aceitou participar da pesquisa.

#### **V.1.3.2.1. Avaliação do Grau de Implementação do TDO da ESF L-11**

Para avaliarmos o Grau de Implementação do TDO na USF L-11, também utilizamos os dados coletados durante a pesquisa na USF L-11 e lançamos na matriz de julgamento, conforme Quadro 4.

A matriz de julgamento da ESF L-11 mostra que o componente de oportunidade alcançou 58% do índice esperado, sendo considerado parcialmente implementado, os indicadores desse componente que registraram o menor índice foi o Número de Observações semanais da tomada de medicamento na 1º e na 2º fase do tratamento (0%) e o Percentual de contatos examinados (20%). O componente disponibilidade obteve 74% do índice e foi ponderado como parcialmente implementado, os principais componentes que levaram a esse componente alcançar grau de implementação foi disponibilizar visita domiciliar para supervisionar o TDO (0%), disponibilizar pote para o exame de escarro, ter grupo de apoio (0%), ter ventilação adequada (0%) e o preenchimento do livro de SR e do boletim de acompanhamento (50%).

Quadro 4 – Matriz de Julgamento do Grau de Implementação do TDO na USF-L11.

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	COMPONENTES	INDICADORES	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO OBSERVADA	ÍNDICE %			
Qualidade	Conformidade	Oportunidade	% de casos novos bacilíferos em TDO	5	5	100,0%			
			Número de observações semanais da tomada medicamento na 1º e 2º fase do tratamento	10	0	0%			
			Percentual de contatos examinados	5	1	20%			
			Percentual de casos de casos de P+ em TDO encerrados por cura	10	6	60%			
			% de sintomático respiratório submetido a baciloscopia	5	4	80%			
			Percentual de Casos com cura comprovados dos pacientes em TDO	10	6	60%			
			Horário de funcionamento do PCT na UBS/dia	5	5	100%			
			Número de baciloscopia realizada por paciente em TDO	5	3	60%			
			Nº de consultas médicas realizadas por paciente	5	3	60%			
			Nº de consultas de enfermagem realizadas por paciente	5	5	100%			
			PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA				65	38	58%
			PONTUAÇÃO MÍNIMA ESPERADA				4		

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	COMPONENTES	INDICADORES	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO OBSERVADA	ÍNDICE %			
Qualidade	conformidade	Disponibilidade	Ter baciloscopia na unidade de saúde	5	1	20%			
			Ter o teste HIV	5	1	20%			
			Ter medicação	10	10	100%			
			Ter copo descartável	10	10	100%			
			Ter água na sala de administração	10	10	100%			
			Ter material educativo	10	10	100%			
			Ter livro de sintomático respiratório	10	10	100%			
			Ter livro de acompanhamento de tratamento	10	10	100%			
			Ter Ficha de resgistro de TDO	10	10	100%			
			Ter Ficha de resgistro de contatos	10	10	100%			
			Ter visita para supervisão do TDO	10	0	0%			
			Ter pote para exame de escarro	10	0	0%			
			Ter busca ativa de faltosos	10	10	100%			
			Ter grupo de apoio ao paciente	10	0	0%			
			Ter responsável pelo TDO	10	10	100%			
			Ter ventilação	10	0	0%			
			Ter auxilio transporte	10	6	60%			
			Ter auxilio alimentação	10	10	100%			
			Ter referência para internação	10	10	100%			
			Ter orientação para coleta da baciloscopia	10	10	100%			
			Panfleto com orientação para coleta de amostra de baciloscopia	10	10	100%			
			PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA				200	148	74,0%
			PONTUAÇÃO MÍNIMA ESPERADA				2		

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	COMPONENTES	INDICADORES	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO OBSERVADA	ÍNDICE %		
Qualidade	conformidade	Qualidade técnica científica	Preenchimento do livro de SR	10	5	50%		
			Preenchimento do boletim de acompanhamento					
			Profissionais capacitados no TDO	10	10	100%		
			Prontuário com registro	10	10	100%		
			PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA			30	25	83,3%
			PONTUAÇÃO MÍNIMA ESPERADA			0		
			PONTUAÇÃO TOTAL ESPERADA			295	211	71,5%
			PONTUAÇÃO TOTAL MÍNIMA			6		

A ESF L - 11 foi considerada como tendo o TDO parcialmente implementado 71,5%, sendo os componentes oportunidade e disponibilidade os que obtiveram menor índice, conforme podemos observar no Quadro 6 - Matriz de Julgamento da Implementação do TDO na ESF L - 11.

Quadro 5 – Matriz de Julgamento da Implementação do TDO na L - 11 e o Grau de Implementação.

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	COMPONENTES	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO OBSERVADA	ÍNDICE (%)	GRAU DE IMPLANTAÇÃO
Qualidade	Conformidade	Oportunidade	65	38	58%	PARCIALMENTE IMPLEMENTADO
		Disponibilidade	200	148	74%	PARCIALMENTE IMPLEMENTADO
		Qualidade Técnica-Científica	30	25	83,3%	IMPLEMENTADO
		TOTAL GERAL	295	211	71,5%	PARCIALMENTE IMPLEMENTADO

### VI.1. DISCUSSÃO

Esta pesquisa demonstra que o PCT busca realizar e atender os quesitos para o funcionamento do Tratamento Diretamente Observado. Os resultados das avaliações de implementação mostram que o TDO está parcialmente implementado nas duas unidades de saúde. Este resultado foi aferido a partir de dados levantados durante a pesquisa nas unidades de saúde, onde os indicadores foram previamente selecionados. A dimensão estudada foi a de qualidade, a subdimensão de conformidade e os componentes foram de oportunidade, disponibilidade e qualidade técnica.

Os componentes que obtiveram menor pontuação geral e que implicou na avaliação de implementação do TDO nas unidades de saúde estudadas foi o de oportunidade seguido do componente de disponibilidade. A oportunidade foi considerada como ações que são oportunas ou o que é considerado apropriado, entre eles os indicadores escolhidos foi horário de funcionamento do PCT, número de observações semanais da tomada de medicamentos na 1<sup>o</sup> e na 2<sup>o</sup> fase do tratamento, percentual de casos de tuberculose pulmonar positiva em TDO encerrado por cura, % de sintomáticos respiratórios submetidos à baciloscopia e número de baciloscopias realizadas por paciente em TDO. A disponibilidade corresponde à magnitude e o tipo de recursos oferecidos em relação às necessidades dos usuários (CRUZ, 2006). Está relacionada à disponibilidade e a existência de insumos. Os indicadores utilizados nessa subdimensão foram a disponibilidade de medicação, de teste anti-HIV, ter livro de sintomático respiratório, ter pote para escarro, ter busca de faltosos e outras.

A indisponibilidade de materiais e serviços pode ser considerada como violência institucional aos pacientes e a comunidade. Faleros e Faleros (2008) referem que a violência institucional, que se manifesta de diferentes formas (física, psicológica e/ou sexual), se caracteriza por estar associada às condições específicas dos locais onde ocorre, como instituições de saúde, escolas, abrigos. Existe, em nível institucional, um outro tipo de violência que pode passar despercebida, que é a negligência profissional. Sua manifestação caracteriza-se pelo desprezo (por desinteresse, despreparo ou incompetência) pelas outras formas de violência e de violação dos direitos.

O município de Manaus está passando por uma transição da infraestrutura das unidades de saúde e de modelos assistenciais, e se reorganizando em modelo de Estratégia Saúde da Família como a inserção da ESF dentro da unidade de saúde tradicional, ampliação da infraestrutura física

de 32 metros de área construída para 130 metros de área, melhoria e inclusão de serviços como a sala de vacina, e o consultório odontológico, este reordenamento e ampliação da rede de saúde ocorreu devido à iniquidade na distribuição espacial das unidades de saúde. Silva (2010) relata que em 2006, a ESF não havia adquirido um caráter substitutivo das unidades de saúde tradicionais e que essas permaneciam como um sistema paralelo, a territorialização foi empreendida de modo incompleto e expressada mediante a integração com outras instituições e as organizações sociais não se consolidaram. E mesmo com a citação da ESF nos diversos documentos da SEMSA como estratégia estruturante da AB, foi evidenciado que a mesma foi instituída como uma estratégia isolada, com um relativo sucesso na extensão da cobertura, mas com tendência a queda na sua trajetória. Além de outros problemas como a baixa resolutividade das ações desenvolvidas e a impossibilidade de operacionalizar a referência para níveis de maior complexidade, e que a superposição de modelos de atenção à saúde persiste em Manaus, sendo este o desafio para mudança dos modelos de atenção.

Com base nas palavras de Rocha et al (2002, p. 710), “o Programa Saúde da Família prevê a orientação das suas práticas com o diagnóstico de saúde da comunidade, planejamento e programação local, complementariedade, abordagem multiprofissional, referência e contrareferência, educação continuada, integração intersetorial, acompanhamento, avaliação e controle social”.

A SEMSA Manaus, não vem medindo esforço para implantar o Programa de Controle da Tuberculose nas unidades municipais de Manaus, isso ocorre desde a municipalização das unidades e a criação dos distritos de saúde. Com a descentralização da atenção a saúde no município de Manaus, observamos o aumento da participação das unidades de saúde municipais na busca, notificação e acompanhamento dos casos de tuberculose. As ações do PCT realizadas nas unidades são busca de casos, diagnóstico e acompanhamento de tratamento, além das ações de educação em saúde. O município ainda tem dificuldades em realização de quimioprofilaxia, de teste tuberculínico e de cultura de escarro, devido a poucas unidades estar realizando esses procedimentos, porém tem previsão de implantação dessas ações no ano de 2012.

A USA Alfredo Campos funciona no horário de 07 às 22 horas, porém o PCT funciona de 7 às 18 horas, se no horário estendido de funcionamento da unidade de saúde o PCT também funcionasse haveria aumento da acessibilidade. Nogueira et al (2007), defende que “o horário somente diurno de funcionamento das unidades de saúde, dificulta o atendimento de trabalhadores. Os serviços de saúde devem adotar medidas que facilitem o acesso do doente e favoreça seu

atendimento com presteza, o que, certamente, melhoraria e facilitaria a adesão do paciente ao tratamento”.

Apesar da reestruturação o diagnóstico de tuberculose ainda é limitado devido a poucas unidades de saúde realizar a coleta da baciloscopia e a mesma ter um fluxo de retorno demorado, sendo que em algumas unidades a quantidade de dias entre a entrega da amostra para o processamento e o retorno do resultado leva em torno de 5 a 7 dias, fazendo com que ocorra o estadiamento do início do tratamento. Na USA Alfredo Campos apenas 56,6% dos SR foram examinados, quanto na ESF L – 11 não havia registro de SR no livro de sintomático respiratório, esses fatos limitam o acesso ao diagnóstico do paciente com tuberculose, indo contra ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde, que justifica a busca ativa do SR para queda da cadeia de transmissão.

No estudo verificamos que a USA Alfredo Campos e UBSF L-11 ainda tem dificuldades em realizar a busca de SR, pois a busca ocorre durante a consulta e não é disponibilizada a toda população que busca serviço na unidade, identificamos que 56% dos sintomáticos foram examinados, e a não realização da baciloscopia de diagnóstico implica na impossibilidade de identificação de doentes. Na UBSF L-11 não foi identificada uma busca sistemática de Sintomático Respiratório, não havia registro de pacientes no livro de sintomático. Como preconizado pelo MS os ACS são orientados para realizar a busca de sintomáticos respiratórios durante a visita domiciliar na comunidade. Nogueira et al (2007, p.12), discute que “apesar da busca de SR parecer um procedimento simples, ela caracteriza-se na prática como uma ação complexa que requer conhecimentos que vão além das habilidades técnicas/específicas. Ela tem uma sequência que vai desde o contato no domicílio, a orientação sobre a doença, sinais e sintomas, modo de transmissão, identificação do SR, orientação sobre a coleta de escarro, encaminhamento e recebimento do material pela UBS, fluxo de exame no laboratório de análise, recebimento do resultado pela unidade e usuário, até, o encaminhamento para seguimento laboratorial dos casos diagnosticados”. Silva et al (2007), expõe que é fundamental a organização do serviço de saúde para que a busca ativa e o tratamento supervisionado sejam efetivos e respondam a realidade local.

Apesar de as unidades de saúde realizarem busca de sintomático respiratório, observamos que ainda há bastante participação da unidade de referência no diagnóstico dos pacientes, isso se dá devido às dificuldades de acesso ao exame do sintomático, a facilidade do acesso às unidades de referência, pois se localiza no centro da cidade e ao fato do CRES Cardoso Fontes ser ainda reconhecido pela população como centro de tratamento para tuberculose, e com isso ainda há muitos encaminhamentos e transferências dos pacientes da referência para as unidades básicas. A

ideia é abordada por Terra (2007, p. 101), quando descreve na sua pesquisa que “os coordenadores de UBS apontam que a unidade básica de saúde tem um papel fundamental na diminuição e disseminação das ações de tuberculose, no controle de bacilíferos e na diminuição das taxas de abandono. Consideram a UBS como porta de entrada do sistema de saúde, ao contrário dos profissionais de saúde que apontam que isso deveria ocorrer. Mas, de fato se verificou que os casos não são identificados no primeiro nível de assistência, o que faz com que os pacientes tenham seu quadro agravado. Mesmo assim os profissionais declaram que a tuberculose se constitui como prioridade no atendimento, uma vez que envolvem saúde coletiva”.

Uma referência importante, Nogueira et al (2007), escreveu que as ações precisam ser operacionalizadas e desenvolvidas de igual modo entre os diferentes atores, de acordo com as responsabilidades inerentes a sua função, devendo ser levados em consideração, pelos profissionais de saúde responsáveis pelo TS, entre eles, determinantes importantes, como a organização de serviço e sua disponibilidade para o paciente e o acesso aos serviços. Dentro das concepções de reversão do modelo assistencial atual, Rocha (2002, p. 710), refere que a estratégia utilizada no Programa Saúde da Família, atualmente conhecido como Estratégia Saúde da Família, elegeu como ponto básico o estabelecimento de vínculos e a criação e laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população e conclui que, faz-se necessária a mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização dos serviços, em novas bases e critérios.

Manaus implantou o TDO no ano de 2007 com um percentual de 17,5% dos casos, pulmonar bacilífero em TDO, em 2011 o percentual foi de 51,4%. No Distrito leste esse percentual de pacientes em TDO no ano de 2007 era de 11,7%, em 2011 encerrou o ano com 62,3%. Os resultados das unidades de saúde Alfredo Campos e L-11 em 2011 foram respectivamente 88,6 e 80 (SEMSA, 2012). Diante do exposto, inferimos que quanto maior for o número de pacientes em TDO, maior é a chance de sucesso desse tipo de tratamento, pois os profissionais de saúde estão mais acostumados com as ações desenvolvidas.

Ambas as unidades de saúde fornecem TDO aos pacientes, acesso à baciloscopia, medicação tuberculostática, água para a ingestão da medicação, balança para controle do peso dos pacientes, equipe capacitada para acompanhamento do tratamento, participação da equipe de saúde na realização do tratamento e disponibilização de vale-transporte e ticket alimentação, sendo que o vale-transporte e o ticket alimentação são de grande importância para os pacientes de tuberculose, uma vez que a maioria pertence a uma classe econômica desprovida de recursos financeiros. Apesar da disponibilidade do TDO utilizar critério social como o perfil socioeconômico e situação

trabalhista o PCT do município optou por disponibilizar o vale-transporte e a cesta básica a todos os pacientes que aceitem realizar o TDO. Esses tipos de incentivos pautam-se nas políticas sociais compensatórias.

Deve-se ter um cuidado especial com a alimentação para se preservar a imunidade do paciente, pois, caso a alimentação torne-se deficiente, a recuperação torna-se lenta e árdua. A disponibilidade de incentivos não é por si só, suficiente para atender as necessidades dos usuários em toda a sua plenitude. A mesma pode ser perigosa, uma vez que a disponibilização do benefício ao doente, não for bem conduzida, poderá resultar ainda mais na exclusão enquanto cidadão. Uma vez que o paciente pode entender que o oferecimento do benefício ocorre em troca a uma adesão ao tratamento (SILVA et al, 2007).

Xavier e Freire (2010) expõem que a questão social que atinge o Brasil requer mais que a implementação de políticas compensatórias de transferência de renda em complemento às políticas universais, mas que sejam articuladas a uma política macroeconômica e que o estado, além de promover a geração de emprego e renda, cumpra o papel de redistribuição de renda e garanta a expansão e democratização dos serviços sociais das redes públicas, tornando possível o acesso dos pobres, desempregados e precarizados, por meio dos direitos de cidadania, às políticas sociais, como forma de superação de sua precária condição sociopolítica. O tema também é enfatizado por Vieira (2004), quando refere que as políticas sociais compensatórias aliviam temporariamente o estado de penúria em que vivem as famílias, sendo, contudo, proporcionar mudanças estruturais significativas, pois são insuficientes e ineficazes em estancar o crescimento de pobreza, da desigualdade no país e de atingir o objetivo de inclusão social.

Nas unidades de participantes da pesquisa foi encontrada uma média de número de supervisões da tomada da medicação aquém da preconizada pelo PCT, sendo assim operacionalmente esses pacientes não poderiam ser considerados em Tratamento Diretamente Observado. Na USA Alfredo Campos só há a possibilidade da supervisão da tomada de medicação na unidade de saúde, onde os pacientes se deslocam até a unidade para que seja observada a ingestão da medicação. Dentro das concepções do MS (2010, p.28-31), “o TDO deve ser decidido conjuntamente entre a equipe de saúde e o paciente, considerando a realidade e a estrutura de atenção à saúde existente. É desejável que a tomada observada seja diária, de segunda à sexta-feira. No entanto, se para o doente a opção de três vezes por semana for a única possível, deve ser exaustivamente a ele explicada a necessidade da tomada diária, incluindo os dias em que o tratamento não será observado. O doente pode ir ao serviço para receber a medicação ou o profissional do serviço pode ir ao domicílio, e que o local de administração do medicamento ou a

opção por observação não diária deve dizer a respeito às dificuldades do doente e nunca do serviço. E as modalidades de supervisão são a supervisão domiciliar, na unidade de saúde, no sistema prisional e a compartilhada entre duas unidades de saúde.

Os relatos da pesquisa de Terra (2007) corroboram com o que foi citado anteriormente ao revelarem que o TDO é uma prática que deve se iniciar desde a recepção do doente, continuando na observação da ingestão da medicação, e que o TDO ao possibilitar o seguimento continuado do mesmo, permitindo o estabelecimento de vínculo com o profissional de saúde tornando a unidade de saúde mais acolhedora pela proximidade de contato, além de envolver o profissional de saúde e o paciente numa relação em que ocorre entendimento, captura e encaminhamento das necessidades que emergem por ocasião da interação. Esse vínculo é considerado fundamental para o processo de adesão ao tratamento, e envolve desenvolver responsabilidades mútuas, tomada de decisões compartilhadas, em parceria, considerando sempre as opiniões dos doentes. Rocha (2002, p. 710), enfatiza “que as relações entre as famílias e os serviços de saúde estão inseridas em um conjunto de determinantes sociais, políticos e econômicos”. Só a intervenção e recuperação do corpo biológico não têm respondido de forma plena às necessidades de saúde, pois essas vão além e demandam uma atenção que leve em conta a integralidade do ser humano, a qualidade de vida e a promoção da saúde.

A revisão de Cochrane concluiu que não existe evidência proveniente de ensaios clínicos controlados que avaliaram os efeitos desta intervenção específica sobre a taxa de cura ou a aderência e encerramento do tratamento e critica quando refere que não existe evidência que avalie a recomendação universal e rotineira da supervisão direta do tratamento em pacientes com tuberculose e nem tão pouco naqueles que devem receber quimioprofilaxia com isoniazida e enfatiza que deve-se revisar a recomendação global do tratamento supervisionado em favor de outras estratégia que incremente a taxa de aderência, entre elas trabalhar a motivação do paciente, desenhar redes de sustentação e apoio e oferecer incentivos diretos para garantia da continuidade do tratamento (SIMMON e RUBINSTEIN, 2007).

Alguns profissionais de saúde acreditam que realizar o TDO é se comportar como “babá” do paciente. O TDO não é apenas supervisionar a ingestão da medicação e sim a possibilidade de oferecer o melhor acompanhamento ao paciente, pois com as supervisões acontecendo mais rotineiramente há maior possibilidade de orientação ao paciente sobre o processo saúde doença e sobre o tratamento. Alguns pacientes no início do tratamento apresentam reações em decorrências dos medicamentos utilizados, e questionamento sobre esses efeitos são importantes para agir antes

que o paciente resolva interromper o tratamento, isso tem maior possibilidade de ocorrer se o paciente estiver em TDO.

Um fato interessante observado é que dos 11 pacientes que estavam em TDO e que enceraram o tratamento, apenas 2 (0,09%) tinham cura comprovada, sendo que havia registro das solicitações das amostras pelos profissionais de saúde e a unidade de saúde disponibilizava posto de coleta do exame de baciloscopia, muitos pacientes referem que após o segundo mês de tratamento não ter mais secreção para realizar o exame. A radiografia de tórax ao contrário da baciloscopia teve uma maior adesão na sua realização. O resultado da realização da baciloscopia de acompanhamento em pacientes em TDO deveria ser maior, isso poderia ser diferente, se caso o paciente não trouxesse, a mesma poderia ser coletada na unidade de saúde, quando o paciente fosse tomar a medicação.

Na USA Alfredo Campos os livros de Sintomático Respiratório, o de Acompanhamento de Tratamento, os prontuários e as fichas de TDO, estavam preenchidos adequadamente de acordo com o normatizado. Diferente do que foi observado da USF L-11, onde o livro de Sintomático estava em branco, o livro de acompanhamento com campos como encerramento do tratamento sem informação e os pacientes que foram considerados em TDO não tinham as Fichas de Acompanhamento do TDO. Terra (2008) discute que os impressos preenchidos durante a operacionalização do TDO, burocratizam o trabalho retirando o profissional de saúde do contato com o doente. Porém, somente os registros das informações podem garantir que o tratamento foi realizado da melhor maneira possível.

O percentual de cura dos pacientes em TDO na USA Alfredo Campos no ano de 2010 foi de 94%, durante a pesquisa os resultados de 2011 foram de cura 72,7% e 27% de transferências, este número de transferência é explicado pelo fato da unidade ser referência no tratamento da tuberculose na Zona Leste de Manaus. Os resultados do estudo do tratamento supervisionado da tuberculose na região centro-oeste e Tocantins (1996-2001), demonstrou que essa estratégia é mais efetiva em todas as variáveis, principalmente nas que envolvem a conclusão do tratamento.

Em 1997, a primeira revisão sobre os benefícios da Estratégia DOTS, havia sugerido que os benefícios poderiam ser atribuídos a outras ações simultâneas, mas que a observação direta, e que deveria se analisar sua contribuição específica desagregada dos outros componentes em vista dos consideráveis recursos que os programas devem mobilizar para garanti-la (SIMMON e RUBINSTEIN, 2007).

Muniz et al (1999) enfatizam que o processo de implantação do tratamento supervisionado é capaz de transformar a prática da atenção ao paciente com tuberculose que vai além do ato de supervisionar a ingestão do medicamento e de promover a cura do paciente, este processo é capaz

de ampliar os espaços e formas de intervenção no âmbito individual e coletivo, permitindo o desenvolvimento de ações que resultam na redução na transmissão da TB, seja através do controle dos comunicantes, seja privilegiando as ações educativas no âmbito familiar.

Monroe et al (2008), aborda que a capacitação do profissional de saúde em tuberculose e em TDO assume um importante papel e deve garantir a compreensão da doença e de seus condicionantes e que as supervisões contínuas das ações desenvolvidas pelas unidades de saúde são necessárias para a identificação de falhas, dificuldades no processo de operacionalização do TDO e da busca de sintomáticos respiratórios, correções e aprimoramento de habilidades adquiridas e que essas supervisões devem ocorrer de forma motivadora para facilitar a responsabilização das equipes de saúde pelo controle da TB.

Alguns componentes que interagem na adesão ao TDO são os componentes sociais, Manaus tem uma grande população urbana, e a Zona Leste de Manaus é uma área que concentra 25% da população da cidade, sendo caracterizada pelas invasões, que levaram a problemas de acesso a serviços básicos como o acesso à água encanada, saneamento básico e coleta de lixo, caracterizando-se como desigualdade social. Para Terra et al (2008) a tuberculose deve ser considerada como enfermidade socialmente determinada, e a adesão ao tratamento está associada diretamente à forma como o doente compreende a enfermidade. Portanto, coloca-se como necessário transcender o entendimento da estratégia para além da ingesta da medicação, considerando, os modos de vida dos indivíduos, sua dinâmica familiar, suas crenças, opiniões e conhecimentos a respeito da enfermidade.

O resultado mostrou que dos pacientes que participaram da pesquisa na USA Alfredo Campos, 30% tinham o ensino fundamental incompleto e 30% tinham o ensino fundamental completo, sendo que 80% dos pacientes encontravam-se desempregados e 80% necessitavam pegar condução e 40% andam em média 22,5 minutos para irem até a unidade de saúde.

Santos (2007) realizou um estudo que analisou a situação da epidemiológica da tuberculose em relação às características socioeconômicas de São José do Rio Preto, discute que as populações mais pobres e socialmente desfavorecidas e marginalizadas são atingidas de forma intensa e desproporcionada pelas doenças, dentre elas a TB, que tem se estabelecido nos países menos favorecidos, de forma assustadora. A análise das condições de vida da população aponta que o risco de adoecer por TB no município é duas vezes maior nas áreas com piores níveis socioeconômicos em relação às áreas com melhores níveis. Considerando a magnitude da TB como doença socialmente produzida, além do impacto negativo sobre a saúde coletiva, fica evidente a necessidade de maior envolvimento de profissionais de saúde e da comunidade científica no sentido de implementar

medidas operacionais e de investigações relevantes para a compreensão dos condicionantes sociais no processo saúde-doença da TB, e consequentemente transformar o cenário preocupante em que está inserida.

Hino et al (2002) expõe que o problema da tuberculose no Brasil, reflete o estágio de desenvolvimento social do país, onde os determinantes do estado de pobreza, as condições sanitárias precárias, as fraquezas de organização do sistema de saúde e as deficiências de gestão limitam a ação da tecnologia e, por consequência inibem a queda de doenças marcadas pelo contexto social. A ocorrência da doença no grupo de adultos e, supostamente, pessoas economicamente ativas pode ser explicada pelos hábitos de vida, aumento de prevalência do HIV, alcoolismo, entre outros. Outra abordagem desta questão vem de Vicentin et al (2002), onde discute que os indivíduos com maior escolaridade são os que auferem renda mais alta, habitam melhores e mais saudáveis residências na geografia urbana, concentram-se em determinadas áreas, onde, mesmo quando existem favelas ou outras formas habitação de populações de baixa renda, essas não são as que apresentam as piores condições de vida.

Nesta pesquisa não foi previsto a verificação da dimensão financeira dos incentivos às ações de controle da tuberculose, a descrição do perfil dos pacientes limitou-se apenas ao pacientes da unidade de saúde, pois na outra unidade selecionada havia no momento da pesquisa um paciente que se recusou a participar da pesquisa. Este estudo não comparou o desempenho das duas unidades de saúde estudadas frente ao TDO.

### VII.1. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Esta dissertação se propôs a realizar a avaliação do nível de implementação do tratamento diretamente observado para tuberculose nas unidades de saúde municipais de Manaus. O ponto de partida deste trabalho foi a necessidade de avaliar de que forma está ocorrendo a implementação do TDO e de que forma o contexto interno e externo interferem nesta implementação.

Nesta avaliação inicialmente procedemos a descrição do funcionamento do TDO utilizando o Modelo Lógico de Intervenção, seguido pelo desenho da avaliação. Preferimos pela avaliação normativa, pois tínhamos como objetivo avaliar se os critérios pré-estabelecidos na implementação do TDO estavam sendo cumpridos, além de apoiar o desenvolvimento do mesmo nas unidades estudadas. Utilizamos a conformidade como dimensão da qualidade e como subdimensão os componentes a oportunidade, a disponibilidade e a qualidade técnica-científica.

O TDO nas duas unidades de saúde estudadas foi considerado como parcialmente implementado, pois encontramos algumas inconformidades na disponibilização, na oportunização e na qualidade técnica-científica das atividades, dos produtos e dos resultados do TDO.

Identificamos como facilitador do TDO:

- Disponibilização do profissional de saúde exclusivamente para o acompanhamento do TDO na Usa Alfredo Campos, facilitando assim o acompanhamento dos pacientes;
- Disponibilidade e oportunidade da realização de baciloscopia, radiografia de tórax, sorologia para HIV e consultas, ofertadas aos pacientes da USA Alfredo Campos, onde utiliza um fluxograma que prioriza os pacientes com tuberculose;
- Sala do PCT com água potável, balança e local exclusivo para atendimento ao paciente;
- Disponibilização dos incentivos ao TDO;
- Possibilidade de realização do TDO no domicílio nas áreas cobertas pelas ESF;
- Possibilidade do atendimento do paciente aos sábados na USA Alfredo Campos, possibilitando uma maior acessibilidade às atividades do TDO.

Os fatores dificultadores observados foram:

- Baixa cobertura das unidades básicas de saúde no município, distribuição desigual das unidades de saúde e a sobreposição de unidades no território, dificultando o acesso dos pacientes ao tratamento ou as ações de saúde;
- Dificuldade da AB em desempenhar seu papel como porta de entrada dos pacientes, dificuldades de acolhimento dos pacientes, desenvolvimento de ações medicalocêntricas, e tratamento do indivíduo e não da família;
- Variação dos serviços oferecidos nas unidades básicas de saúde (ESF – casinha, ESF – ampliada, ESF – módulo, unidade de saúde tradicional, unidade de saúde ambulatorial);
- Demora na transição dos modelos de atenção à saúde;
- Número de salas de coleta de baciloscopia incipiente;
- Problema no fluxo de retorno entre os laboratórios centrais e as salas de coleta, onde elevado o número de dias da entrega do exame de baciloscopia;
- Fragilidade na realização das ações de educação em saúde a população e aos pacientes uma vez que o entendimento do processo saúde doença é importante para a adesão ao tratamento;
- Dificuldade dos profissionais de saúde em argumentar com os pacientes sobre a importância do TDO;
- Baixa cobertura do TDO;
- Insegurança na continuidade dos incentivos (vale-transporte e ticket alimentação), que pode repercutir negativamente na manutenção das ações do TDO;
- Persistência das políticas compensatórias aos pacientes, ao invés de uma política que desenvolva o emprego e a renda;
- Sobrecarga de trabalho ao profissional de saúde, principalmente o enfermeiro da ESF, onde o mesmo gerencia a unidade e os vários programas de saúde e atende os pacientes;
- Poucos profissionais na coordenação do programa, dificultando assim o oferecimento de orientações sobre o TDO aos demais profissionais de saúde;

- Problema no fluxo de referência e contra-referência, uma vez que os pacientes vão até a referência para as ações do programa, sem passar pelas unidades básicas de saúde. Os mesmos pacientes iniciam o tratamento não supervisionado por 15 dias e são encaminhados as unidades básicas de saúde;
- A situação financeira dos pacientes, principalmente os que estavam sem emprego durante o tratamento;
- Distância da unidade de saúde para a casa do paciente, onde na maioria das vezes os pacientes necessitam andar a pé e utilizar transportes coletivos;
- Falta de apoio familiar durante a realização do tratamento.

Portanto, o sucesso do TDO está diretamente ligado à qualidade dos serviços oferecidos nas unidades de saúde, mas também depende da participação, do envolvimento e da vontade do profissional em saúde na realização das ações, eles devem integrar-se com os pacientes e não ser apenas fiscalizadores da ingestão da medicação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARCÊNCIO, R. A. **A organização do Tratamento Supervisionado nos municípios prioritários do estado de São Paulo (2005)**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2006. Disponível em: [www.teses.usp.br/teses/.../tde-22022006-164804/](http://www.teses.usp.br/teses/.../tde-22022006-164804/). Acessado em: 15/10/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose: Normas Técnicas, Estrutura e Operacionalização**. Brasília-DF, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Tuberculose: Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, Centro de referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Controle da Tuberculose - Uma proposta de Integração Ensino-Serviço**. 5ª edição. Rio de Janeiro (Brasil): FUNASA/CRPHF/SBPT; 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Projeto MSH. Tuberculose Multirresistente – Guia de Vigilância Epidemiológica**. 1º Edição. Rio de Janeiro, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. Programa Nacional de Controle da Tuberculose: **Relatório da Tuberculose**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Informe da Atenção Básica: Dez anos de Saúde da Família no Brasil**. N° 21, Ano V, Março/abril de 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST e AIDS. Manual de Capacitação em Avaliação com Foco na Melhoria do Programa**. Caderno de Trabalho. 5º Edição. Setembro, 2007.

CARMO et al. **Abastecimento de água na Zona Leste de Manaus: Um estudo de caso a partir do Bairro São José Operário**. Revista Eletrônica da Faced – Dialógica. Vol 1, N°06,2009. Disponível em:< <http://dialogica.ufam.edu.br/dialogicaV1-N6/Abastecimento%20de%20água%20na%20Zona%20Leste%20de%20Manaus.pdf>>.

CRUZ, Marly. **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 Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), 2006.

DYNIEWICZ, Ana Maria. **Metodologia da Pesquisa em Saúde para Iniciantes**. 2º Edição. São Caetano do Sul, SP: Editora Difusão, 2009.

DONABEDIAN A. **The seven pillars of quality**. Arch Patol Lab Med 1990; 114:1115-8.

FALEIROS, Vicente de Paula; FALEIROS, Eva Silveira. **Escola que protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, alfabetização e Diversidade, 2008, 2º edição.

FITZPATRICK, Jody; SANDERS, James R.; WHORTHEN Blaine R. **Program Evaluation: Alternative Approches and Pratical Guinderlines**. 1º. Edição. Editora EDUSP, 2008.

FRANCO, Jeferson; FRANCO, Ana. **Como Elaborar Trabalhos Acadêmicos: nos padrões da ABNT aplicando recursos de Informática**. Rio de Janeiro: Editora Ciência Moderna Ltda. 2006. Nov-Dez, 2003.

FROES G. C. et al. **Perfil e seguimento dos pacientes portadores de *Mycobacterium sp.* Do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais**. J. Pneumologia 29 (6) Disponível em: [http://books.google.com.br/books?id=VgaBFhLBHCwC&pg=PA366&lpg=PA366&dq=tuberculose+em+homens&source=bl&ots=J6XqzSKHd1&sig=pPXeytUGWyGcDOG5x9QAHvrCjuo&hl=pt-BR&ei=Zh\\_4TMeeN4i6sAO83PI6&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=10&ved=0CF8Q6AEwCQ#v=onepage&q=tuberculose%20em%20homens&f=false](http://books.google.com.br/books?id=VgaBFhLBHCwC&pg=PA366&lpg=PA366&dq=tuberculose+em+homens&source=bl&ots=J6XqzSKHd1&sig=pPXeytUGWyGcDOG5x9QAHvrCjuo&hl=pt-BR&ei=Zh_4TMeeN4i6sAO83PI6&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=10&ved=0CF8Q6AEwCQ#v=onepage&q=tuberculose%20em%20homens&f=false) >. Acessado em: 28/12/2010.

FURASTÉ, Pedro Augusto. **Normas Técnicas para o Trabalho Científico: Explicitação das Normas da ABNT**. 15 ed. Porto Alegre: s.n., 2010.

GAZZETA, CE; VENDRAMINI, SHF; RUFFINO-NETTO, A; et al. **Estudo Descritivo Sobre a Implantação da Estratégia de Tratamento de Curta Duração Diretamente Observado no Controle da Tuberculose em São José do Rio Preto e seus Impactos (1998-2003)**. Jornal Brasileiro de Pneumologia. vol. 33, nº 2, São Paulo, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132007000200014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132007000200014&script=sci_arttext). Acesso em: 13 maio 2010.

GOMES, Ademir de Albuquerque. MERCHÁN-HAMANN, Edgar. LAGUARDIA, Josué. **Resultados iniciais da Estratégia de Tratamento Supervisionado da tuberculose na rotina dos serviços de saúde dos municípios da região Centro-oeste e Tocantins (1996 a 2001)**. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/397/380>. Acessado em: 15/03/2012.

GONZALES, RIC.; MONROE, AA; et al. **Desempenho do serviço de Saúde no Tratamento Diretamente Observado no Domicílio para o Controle da Tuberculose**. Rev. Escola de Enfermagem da USP, vol. 42, Nº 04, São Paulo-2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342008000400003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342008000400003&script=sci_arttext). Acessado em: 15 maio 2010.

GREMBOWISK, David. **The Prattice of Healt Program Evaluation**. Californian: Sage Publications, 2001.

HARTZ, Z.M.A; SILVA, L.M.V. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais a práticas na Avaliação de programas e sistemas de saúde**. Editora da universidade Federal de Brasília. Salvador/Rio de Janeiro, julho de 2005.

HIJJAR, M.A. et al. **Epidemiologia da Tuberculose: Importância no Mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro**. Rev. PULMÃO-RJ. Vol. 14, Nº4. Pág. 310-314, Rio de Janeiro, 2004.

HIJJAR, M.A. ; PROCÓPIO, M.J. **Tuberculose – Epidemiologia e Controle no Brasil**. Revista H.P.U.E., Ano 05, p. 15 – 22, jul./dez. 2006.

HINO, P. CUNHA, T.N. VILLA, T.C.S. SANTOS, C.B. **Perfil dos casos novos de tuberculose notificados em Ribeirão Preto (SP) no período de 2000 a 2006**. Ciência & Saúde Coletiva 16 (Supl 1):1295-1301, 2011.

JANSEN, José M. **Editorial: A tuberculose nos primeiros anos do século XXI**. Revista H.P.U.E., Ano 05, p. 15 – 22, jul./dez. 2006.

LOPES, Aguinaldo J. et al. **História Natural e Apresentação Clínica**. Revista H.P.U.E., Ano 05, p. 15 – 22, jul./dez. 2006.

LOHR K. **Institute of Medicine. Medicare: a strategy for quality assurance**. Washington, DC: National Academy Press, 1990.

MANAUS. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano de Gestão para o Distrito de Saúde Sul da cidade de Manaus**. Manaus: 2005.

\_\_\_\_\_. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Aprova o Plano Municipal de Saúde 2006 a 2009. Resolução n. 55, de 21 de dezembro de 2006**. Manaus: 2006.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Manaus. Diário Oficial do Município. **Lei N 237, de 31/05/2010**. Pag 30. Edição 2457. Manaus –AM, 01 de junho de 2010.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Manaus. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**.

MONTERO, C.V. SKAZUFKA, E.T. **Tuberculose: Manual do Tratamento Supervisionado**. 2001. Disponível em: <[http://www.redetb.org/attachments/082\\_PUBLIC\\_MANUAL\\_Tratamento\\_Supervisionado\\_Tuberculose\\_2001.pdf](http://www.redetb.org/attachments/082_PUBLIC_MANUAL_Tratamento_Supervisionado_Tuberculose_2001.pdf)> Acessado em: 20/10/2010.

MONROE. A.A. GONZALES, R.I.C. PALHA, P.F. SASSAKI, C.M. NETTO, A.R. VENDRAMINI, S.H.F. VILLA, T.C.S. **Envolvimento de equipes de Atenção Básica no controle da tuberculose**. Rev. Esc. Enferm USP. 2008; 42(2):262-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a07.pdf>. Acessado em: 20/01/2012.

MUNIZ, Jordana N. VILLA, Tereza Cristina S. PEDERSOLLI, Eduardo Cesar. **Tratamento Supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto: novo modo de agir em saúde**. Bol. Pneumologia Sanitária.v7. n1. Rio de Janeiro. Jun.1999. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-460X1999000100004&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X1999000100004&lng=pt&nrm=iso). Acessado em: 20/02/2012.

NOGUEIRA, Jordana de Almeida; NETTO, Antonio Ruffino; MONROE, Aline Aparecida; GONZALES, Roxana Izabel Cardoso; VILLA, Tereza, Cristina Scatena. **Busca ativa de sintomático respiratório no controle da tuberculose na percepção do Agente comunitário de Saúde**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.09,n.01,p.106-118, 2007.

OLIVEIRA, José Aldemir de; COSTA, Danielle PEREIRA. **A análise da moradia em Manaus (AM) como estratégia de compreender a cidade.** *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales.* Barcelona: Universidad de Barcelona, 1 de agosto de 2007, vol. XI, núm. 245 (30). <<http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-24530.htm>> [ISSN: 1138-9788]

OLIVEIRA, L.G.D.; NATAL, Sônia. **Avaliação de implantação do Programa de Controle da Tuberculose no Município de Niterói/RJ.** *Rev. Bras.de Pneumologia Sanitária.* V. 15, n. 01, Rio de Janeiro, dez. 2007.

PATTON, Michael Quinn. **Qualitative Research & Evaluation Methods.** 3<sup>o</sup> edicion. Californian:Sage Publications, 2002. Disponível em: [http://books.google.com.br/books?id=FjBw2oi8El4C&pg=PA3&dq=Patton,+Michael+Quinn.The+Nature+of+qualitative+inquiry.&hl+pt-RR&ei=OXYGTNzrGcK88gbx3amHDA&sa=X&oi=book\\_result&resnum=1&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.br/books?id=FjBw2oi8El4C&pg=PA3&dq=Patton,+Michael+Quinn.The+Nature+of+qualitative+inquiry.&hl+pt-RR&ei=OXYGTNzrGcK88gbx3amHDA&sa=X&oi=book_result&resnum=1&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false). Acessado em: 10/06/2010.

PIMENTEL, Nilson. **Desenvolvimento Econômico Regional & Conhecimentos III.** Disponível em:[http://www.seplan.am.gov.br/arquivos/download/argeditor/Desenvolvimento\\_Economico\\_Regional%20Conhecimentos\\_III.pdf](http://www.seplan.am.gov.br/arquivos/download/argeditor/Desenvolvimento_Economico_Regional%20Conhecimentos_III.pdf). Acessado em: 12/07/2010.

PONCE, et al. **A co-morbidade tuberculose e AIDS em São José do Rio Preto Aspectos epidemiológicos e sociais (1998-2006).** *Tuberculose: pesquisas operacionais/organizadores Tereza Cristina Scatena Villa e Antonio Ruffino Netto.* 1. Ed. Ribeirão Preto – SP: FUNPEC Editora, 2009.

QUEIROZ, R et al. **Diferença na Adesão ao Tratamento da Tuberculose em relação ao sexo no Distrito de Saúde de Freguesia do Ó,** Brasilândia – São Paulo. *Saúde e Soc. São Paulo*, V. 19, N 3, P 637, 2010.

RIBEIRO, S.A. **Tratamento Compulsório: Avanço ou retrocesso?** *J. Pneumologia* 29 (1), jan-fev de 2003.

ROCHA, Serramis Melani Melo; NASCIMENTO, Lucila Castanheira; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. **Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação.** *Rev. Latino –AM Enfermagem*, 2002, setembro-outubro; 10 (5): 709-14.

SAMICO, I et al. **Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais.** Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SANTOS, Antonio R. **Metodologia Científica: a construção do conhecimento.** 7<sup>o</sup> Edição. Revisada conforme NBR 14724:2005. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007.

SANTOS, Josie da Silva; BECK, Sandra Trevisan. **A tuberculose e HIV: um importante desafio. Artigo de revisão/The coinfection HIV/tuberculosis: a important challenge - A review.** *Rev. bras. anal. clin.*, 41(3):209-215, 2009. Disponível em: <[http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac\\_41\\_03/10.pdf](http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_41_03/10.pdf)>. Acessado em: 20/10/2011.

SANTOS, M. de L.S.G. GAZETTA, C.E. OLIVEIRA, S.A.C. VILLA, T.C.S. **Pobreza: Caracterização socioeconômica da Tuberculose.** Revista Latino-am Enfermagem, 2007, setembro-outubro; 15 (número especial).

SERAPIONE, Mauro. **Avaliação da Qualidade em Saúde. Reflexões Metodológicas para uma abordagem multidimensional.** Revista Crítica de Ciências Sociais, 85, Junho 2009: 65-82.

SILVA, Ana Cistina de Oliveira; SOUSA, Maria Clemilde Mouta; NOGUEIRA, Jordana de Almeida; MOTTA, Maria Catarina Salvador Motta. **Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro.** Revista Eletrônica de Enfermagem. v.09, n.02, p.402-416, 2007. Disponível em: Acessado em: 08/03/2012.

SILVA, A.C.A.; BARBOSA, E.C. **Ampliação da Equipe do Programa de Controle da Tuberculose e a implantação do tratamento supervisionado.** Boletim de Pneumologia Sanitária – 2004; 12 (3): 155-158. Disponível em: <<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/portal/bps/v12n3/pdf/v12n3a03.pdf>>.

SILVA, Nair Chaser. GARNELO, Luiza. GIOVANELLA, Lígia. **Extensão da Cobertura ou Reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus – AM.** Saúde e Soc. São Paulo, v. 19, n.3, p. 592-604, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/11.pdf>. Acessado em: 14/03/2012.

SIMMONS, Melissa. RUBINSTEIN, Fernando. **Actualización: Controversia sobre la efectividad del tratamiento supervisado em Tuberculosis.** Evid. a actual. práct. ambul; 10 (1):23-25, 2007.

TERRA, Maria Fernanda. **O Tratamento Diretamente Supervisionado (“DOTS”) como estratégia para a adesão ao tratamento da tuberculose: significados segundo profissionais de saúde da supervisão técnica de saúde do Butantã, São Paulo – SP.** Dissertação de Mestrado-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo-SP, 2007.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa.** Petrópolis: Vozes, 2009.

VENDRAMINI, S.H.F; et al. **Aspectos Epidemiológicos Atuais da Tuberculose e o Impacto da Estratégia DOTS no Controle da Doença.** Revista Latino-americana de Enfermagem, 2007, janeiro-fevereiro; 15(1). Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acessado em: 12/02/2012.

VIEIRA, Maria de Lourdes Gomes Meira. **Análise das políticas compensatórias e das estratégias de sobrevivência do homem no campo, principalmente no período de seca: um estudo de caso.** Dissertação de Mestrado.

VICENTIN, G. SANTOS, A.H. CARVALHO, M.S. Mortalidade por tuberculose e indicadores sociais no município do Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva, 7 (2):253-263, 2002. World Health Organization (WHO). **Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing.** Geneva: World Health Organization; 2008.

YIN, Robert. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos.** Porto Alegre: Bookman, 2001.

XAVIER, Ana P. FREIRE, Silene de M. **Trabalho e política compensatória no Brasil**. UERJ, 2010.

Disponível em: <>. Acessado em 26/03/2012.

## 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. Existe no local/espço apropriado para a realização do atendimento individual? E de grupo?
10. Tem cadeiras no consultório? ( ) Sim ( ) Não
11. Os usuários têm acesso à água potável para tomar dose supervisionada:  
( ) Sim ( ) Não
12. Os usuários têm acesso a copo descartável para tomar a dose supervisionada :  
( ) Sim ( ) Não
13. Tem frasco para coleta de escarro disponível? ( ) Sim ( ) Não.
14. Na UBS há laboratório ou posto de coleta de baciloscopia?
15. Horário de recebimento da baciloscopia?
16. Na UBS há laboratório ou posto de coleta para HIV?
17. Horário de funcionamento da UBS: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_
18. Horário funcionamento do PCT: : \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_
19. Dias em que ocorre a supervisão do TDO?

### III. Quadro de profissionais da Unidade de Saúde e da ESF/PCT:

20. Número de médicos:
21. Número de enfermeiros:
22. Número de técnicos/auxiliares de enfermagem:
23. Assistentes sociais:

24. Outras categorias profissionais atuando no PCT:

#### **IV. Registros do TDO**

25. Quem notifica os casos?

26. Onde ficam as fichas de notificação?

27. Quem preenche o livro de sintomático respiratório? Como está o preenchimento?

28. Quem preenche o livro verde?

29. Onde ficam armazenados os prontuários?

30. Quem faz busca ativa dos sintomáticos respiratórios?

31. Onde são feitos os registros dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)?

32. Quem preenche a ficha de registro do TDO?

#### **VI. Atividades da Estratégia TDO**

33. Que tipo de prática aconteceu?

<b>Tipo</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Objetivo</b>
Consulta		
Sala de espera		
Palestra		
Administração da medicação		
Atividade de grupo		
Vídeo		
Debate		
Outras:		

34. Existe material educativo específico para TDO?

35. Tipo(s) de material (is) educativo(s) existentes?

36. Quantitativo de material suficiente?

37. De que forma o material é utilizado?
38. Os materiais têm linguagem clara?
39. Há supervisão do TDO é feita na UBS ou na casa do paciente?
40. Que tipos de benefícios são disponibilizados? Há falta desses benéficos?
41. Número de usuários notificados com tuberculose no Livro verde:
42. Número de usuários em tratamento convencional para TB (data coleta de informações):
43. Número de usuários com tuberculose em tratamento supervisionado:
44. Número de usuários faltosos em tratamento convencional (data coleta informações):
45. Número de usuários em abandono de tratamento convencional (data coleta):
46. Número de usuários faltosos em tratamento supervisionado (data coleta informações):
47. Número de abandono em tratamento supervisionado (data coleta informações):
48. Número de usuários em tratamento convencional internados:
49. Número de usuários em TDO internados:
50. Taxa de cura e de abandono dos casos novos dos usuários em TDO:
51. Taxa de cura e de abandono dos casos dos usuários em tratamento convencional:
52. Detecção de casos novos no último mês:
53. Unidade aplica a BCG na unidade (data coleta):
54. Estratégia de monitoramento/avaliação do TDO?

## APÊNDICE 2 - Roteiro para Análise do prontuário

<p>No. Prontuário Examinado</p> <p>_____</p>	<p><i>1-Identificação do paciente:</i></p> <p>a) nome completo ( ) b) Idade ( ) c) endereço atualizado com referência ( )</p>	<p><i>2-Anamnese:</i></p> <p><b>1. Sinais Vitais:</b> a) Peso ( )    b) PA ( ) c) Temperatura ( )</p> <p><b>2. Anamnese:</b> a) Descrição de sinais e sintomas (tosse e expectoração) ( ) b) História de tratamento anterior ( ) c) História de contato ( ) d) Doença associada ( )    e) História de alergia a medicamentos ( ) f) História de uso de álcool ( )</p> <p><b>3. Exame Físico:</b> a) Exame do aparelho respiratório ( ) b) Exame Físico Completo: ( )</p> <p><b>4. Exames Laboratoriais:</b> a) Baciloscopia de escarro ( ) b) RX de tórax ( ) c) HIV ( ) d) Outros ( )</p>	<p><i>3-Tratamento/evolução terapêutica:</i></p> <p>a) Registro do esquema terapêutico indicado ( ) b) Registro de doses mensais ( ) c) Registro de efeitos adversos ( ) d) registro de outras ocorrências e encaminhamentos ( ) e) Registro de resultados de exames solicitados ( ) f) Data início do tratamento ( ) g) Tratamento Esquema: EB ( ) ou outro h) Tratamento: ( ) supervisionado ou ( ) auto-administrado i) Número de baciloskopias de acompanhamento: _____ j) Mês de solicitação das baciloskopias: _____ l) Mês de tratamento: _____ m) N° de supervisões na 1ª fase de tratamento: _____ n) N° de Supervisões no 2ª fase de tratamento: _____ o) Modalidade do TDO: _____ p) N° de Contatos Registrados: _____ q) N° de Contatos examinados: _____ r) N° de consultas médicas: _____ s) N° de consultas de Enfermagem: _____</p>	<p><i>4- Alta terapêutica:</i></p> <p>a) registro do tipo de alta do tratamento: cura, abandono, óbito, falência: _____ b) Outras saídas (transferido, mudança de diagnóstico) _____ c) Data da alta: ____/____/_____ d) Solicitado baciloscopia na alta ( ) e) Solicitado RX na Alta: ( ) f) Paciente fez consulta médica de encerramento do Tratamento ( )</p>	<p><i>5- Registros</i></p> <p>a) datados: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>b) assinados ( ) Sim ( ) Não</p> <p>c) orientação individual e familiar ( ) Sim ( ) Não</p>
--	---	--	---	--	--

Observações:

---



---



---

## APÊNDICE 3 - Questionário para Profissional de Saúde da Unidade

Unidade de Saúde/USF: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

### I. Caracterização Profissional:

1. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
2. Formação acadêmica: \_\_\_\_\_
3. Função que ocupa na unidade: \_\_\_\_\_
4. Há quanto tempo trabalha na unidade?
5. Esse trabalho é a sua principal fonte de renda? ( ) Sim ( ) Não
6. Há quanto tempo está no programa de TB?
7. Descreva o trabalho que realiza no programa:

### II. Caracterização da Intervenção:

8. As atividades do programa de TB são planejadas? ( ) Sim ( ) Não  
Se sim, descreva como se dá esse processo e quem participa dele.
9. Os usuários são notificados? Em que momento? Por quem?
10. Quem faz o registro de acompanhamento dos usuários no livro verde? Onde fica o livro verde?
11. Existem recursos materiais disponíveis para a realização das atividades do programa? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei . Se não, por quê?
12. Na unidade é feita vacina de BCG? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
13. É oferecido teste anti-HIV para todos os usuários de TB?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

14. Descreva o local onde é feito o atendimento dos usuários do programa?

15. Costuma faltar medicamento para o tratamento de TB na unidade?

Sim  Não  Não sei. Se sim, o que é feito quando falta medicamento?

16. O local de atendimento é ventilado?

Sim  Não  Não sei opinar

17. Você realiza atividade de grupo?  Sim  Não  Não sei

Se sim, quem, além de você, quem mais participa da atividade de grupo? Com que finalidade ela é realizada e como essas atividades são feitas?

18. Qual a regularidade das atividades de grupo?

semanal  quinzenal  mensal

bimensal  semestral  eventual  Não sei.

19. São distribuídos materiais educativos aos usuários?

Sim  Não  Não sei. Se sim, como é feita a distribuição?

20. Em sua opinião, esses materiais são adequados para os usuários?

Sim  Não  Não sei opinar. Se Não, por quê?

21. Já realizaram alguma campanha educativa sobre TB na unidade? E fora dela?

Sim  Não  Não sei. Se Sim, descreva:

22. Utiliza alguma estratégia de comunicação sobre TB na comunidade? Qual?

Sim  Não  Não sei. Se Sim, qual?

### **III. Adesão ao TDO**

23. Quando eu falo tratamento supervisionado (TS) ou Tratamento Diretamente Observado, o que vem a sua cabeça?

24. Você recebeu algum tipo de capacitação específica para realizar atividades do TDO? ( )  
Sim ( ) Não. Se Sim, descreva como foi essa capacitação.
25. O TDO é oferecido há todos os pacientes que fazem o tratamento para tuberculose?  
( ) Quantos profissionais do programa estão envolvidos com o TDO?
26. Você tem na unidade o protocolo de atendimento do TDO?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
27. O que você acha da abordagem utilizada no TDO?
28. Você acha que os usuários que estão em tratamento supervisionado TB entendem o que é o tratamento? (Dê exemplos). ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
29. Você acha que os usuários que estão em tratamento supervisionado aceitam essa abordagem do TDO? (Dê exemplos). ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
30. Como é sua relação com os usuários em TDO?  
( ) Boa  
( ) Razoavelmente boa  
( ) Média  
( ) Ruim
31. Em sua experiência, que tipo de portador de TB se relaciona mais facilmente com o tratamento supervisionado?
32. Em sua opinião, quais as necessidades dos usuários que devem ser consideradas no tratamento supervisionado?
33. Do seu ponto de vista, enumere em ordem crescente de importância (de 1 a 5), quais seriam as maiores dificuldades relacionadas à administração do Tratamento Diretamente Observado (TDO) na sua área?  
( ) dificuldades vinculadas ao usuário  
( ) dificuldades vinculadas ao entorno familiar/social do usuário  
( ) dificuldades vinculadas ao profissional de saúde  
( ) dificuldades vinculadas a organização do serviço de saúde  
( ) dificuldades vinculadas ao tratamento propriamente dito

34. Você sabe se nos últimos anos, o Programa desenvolveu alguma ação visando o combate ao estigma da TB?     Sim       Não       Não sei  
Em caso de Sim, quais? Em caso de Não, por quê?
35. Do seu ponto de vista, quais são os aspectos positivos do TDO para TB?
36. Do seu ponto de vista, quais são os aspectos críticos do TDO para TB?
37. Quais as suas sugestões para que o atendimento ao usuário com TB nesta unidade/USF melhore?
38. Você conhece os objetivos do TDO para TB?  
 Sim, conheço todos os objetivos  
 Conheço alguns objetivos  
 Não conheço os objetivos dessa estratégia  
Cite os objetivos que você conhece:
39. Você acredita que o TDO atinge os objetivos que pretende alcançar aqui na sua unidade de saúde/USF?  
 Sim, todos os objetivos são atingidos  
 Alguns objetivos são atingidos  
 Não, nenhum dos objetivos são atingidos  
 Não sabe responder  
 Não conhece os objetivos  
Justifique sua resposta: \_\_\_\_\_
40. Como um usuário que desconfia que tem TB deve fazer para ser atendido na unidade?
41. Existe algum mecanismo na unidade para facilitar o atendimento de quem tem TB?
42. Em que circunstâncias o usuário pode não ser absorvido pelo programa?
43. De quem é a responsabilidade do tratamento do usuário de TB?
44. Os usuários conseguem ser atendidos fora do horário de atendimento estabelecido?
45. Quais as demandas que são mais freqüentes por parte dos pacientes que procuram o programa TB?
46. Quais das demandas mais frequentes que não são possíveis de serem atendidas?
47. O que, em sua opinião, leva os usuários a pararem de tomar o medicamento da TB?

48. O que é feito para evitar que ele pare de tomar o remédio de seu esquema de tratamento?
49. O que faz quando os usuários em tratamento começam a faltar ou abandonem o tratamento?
50. O que, em sua opinião, explica o abandono dos usuários ao tratamento?
51. O que é recomendado pelo programa no caso de abandono do usuário ao tratamento?
52. Em que circunstâncias os usuários podem ser encaminhados para outra unidade?
53. Quando é necessário encaminhar, para onde encaminha?
54. Existe algum tipo de apoio (material, financeiro, jurídico, etc.) dado aos usuários? Se sim, existe algum critério para recebimento desse apoio?
55. Em sua opinião, os usuários conseguem resolver o que querem quando buscam o programa de TB? Por quê?
56. São feitas reuniões de equipe? (Periodicidade, finalidade, quem participa)
57. É feita supervisão das atividades? (Periodicidade, finalidade, quem participa). Se sim, quem faz?
58. Você acha que o programa vem conseguindo atingir os seus objetivos? Por quê?
59. É feito relatório das atividades do programa? Esse relatório é analisado? Se sim, com que finalidade?
60. Faz parte da rotina dessa unidade de saúde/USF avaliar as atividades relacionadas ao TDO?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei. Em caso de Sim, em que consiste essa avaliação?
61. Quem da unidade participou da avaliação do Programa de Tuberculose?
62. Em sua opinião, que indicadores deveriam ser utilizados para afirmar que o tratamento supervisionado está trazendo resultados positivos para a área?

## APÊNDICE 4 - Questionário para Paciente

Número do Prontuário: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde/USF: \_\_\_\_\_

Bairro de Residência do Paciente: \_\_\_\_\_

Bairro de Localização da Unidade de Saúde \_\_\_\_\_

Distrito de Saúde: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

### I. Dados Gerais

a) Idade: \_\_\_\_\_.

b) Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

c) Raça/ Cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela

( ) Indígena

d) Escolaridade: \_\_\_\_\_.

### II. Dados sociais:

a) Tipo de Moradia: ( ) alvenaria ( ) mista ( ) madeira

( ) outro material \_\_\_\_\_

A casa onde vive é: ( ) Casa própria ( ) alugada ( ) cedida

( ) morador de rua

b) A casa tem quantos cômodos? ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5

( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) Mais de 6 cômodos.

c) Quantas pessoas residem na casa incluindo você? ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5

( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) mais que 8 pessoas.

d) Qual o Salário da família?

e) Você trabalhava quando recebeu o diagnóstico? ( ) Sim ( ) Não

f) Precisou ficar afastado do serviço por causa da tuberculose?

( ) Sim ( ) Não

g) Você está trabalhando?

( ) Sim ( ) Não

Se desempregado, a quanto tempo está desempregado?

h) Recebe bolsa família? ( ) Sim ( ) Não

i) Recebe algum incentivo para realizar o tratamento diretamente observado?

( ) Sim ( ) Não. Se Sim, quais ? ( ) Cesta básica ( ) auxílio transporte ( ) Outros

j) Você recebeu o incentivo todos os meses? Se não por quê?

III. Agravos associados:

( ) AIDS ( ) alcoolismo ( ) diabetes ( ) doença mental

IV. Distância da Unidade de Saúde

a) Precisa pegar condução para ir até a unidade? ( ) Sim ( ) Não

b) Se vai a pé até a unidade quanto tempo você anda?

IV. Tratamento Diretamente Observado:

k) Quantas vezes na semana você vai à unidade de saúde para tomar os medicamentos na frente do profissional de saúde?

l) Você sabe o que é o Tratamento Diretamente Observado?

m) O que você acha do tratamento oferecido na unidade de saúde?

APÊNDICE 5 – MATRIZ DE JULGAMENTO.

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	COMPONENTES	INDICADORES	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PADRÕES	PONTUAÇÃO MÁXIMA	DESCRIÇÃO OU PONTOS CORTES	OBSERVADO	PONTUAÇÃO OBSERVADA
Qualidade	Conformidade	Oportunidade	% de casos novos bacilíferos em TDO	Livro de acompanhamento do tratamento Observação Direta	igual ou > 80%	5	80 a 100%= 05 60 a 79%= 04 40 a 59%= 03 20 a 39%=02 0 a 19%=01		
			Número de observações semanais da tomada do medicamento na 1ª e 2ª fase do tratamento	Ficha de Acompanhamento TDO Observação Direta	igual a 72 tomada durante todo o tratamento	10	72 vezes durante o tratamento = 10 50 vezes durante o tratamento= 06 35 vezes durante o tratamento= 04 24 vezes durante o tratamento= 02 < 24 vezes durante o tratamento= 0		
			Percentual de contatos examinados	Ficha de Acompanhamento TDO Livro de acompanhamento do tratamento	igual ou maior 100%	5	60 a 100%= 5 40 a 59%= 4 30 a 49%= 3 15 a 29%= 2 0 a 14%= 1		
			Percentual de casos de casos de P+ em TDO encerrados por cura	Livro de acompanhamento do tratamento Prontuário	igual ou maior 85%	10	85 a 100% = 10 70 a 84%= 08 50 a 69%= 06 30 a 49%= 02 0 a 29%= 0		
			% de sintomático respiratório submetido a baciloscopia	Livro de Sintomático Respiratório Prontuário	igual ou maior 75%	5	75 a 100% = 5 50 a 74% = 4 25 a 49% = 2 0 a 24% = 0		



DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	COMPONENTES	INDICADORES	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PADRÕES	PONTUAÇÃO MÁXIMA	DESCRIÇÃO OU PONTOS CORTES		
Qualidade	Conformidade		Percentual de Casos com cura comprovados dos pacientes em TDD	Livro de acompanhamento do tratamento Prontuário	igual ou maior 85%	10	85 a 100% = 10 70 a 84% = 08 50 a 69% = 06 30 a 49% = 02 0 a 29% = 0		
			Horário de recebimento da amostra de BK/dia	Observação Direta Questionário (profissional)	igual ou maior a 8 horas	5	8 a 11 horas = 05 6 a 7:59 horas = 04 4 a 5:59 horas = 02 < 4 horas = 01		
			Horário de funcionamento do PCT na UBS/dia	Observação Direta Questionário (profissional)	igual ou maior a 8 horas	5	8 a 11 horas = 05 6 a 7:59 horas = 04 4 a 5:59 horas = 02 < 4 horas = 01		
			Número de baciloscopia realizada por paciente em TDD	Livro de acompanhamento do tratamento Prontuário	igual a 3	5	igual a 3= 5 igual a 2= 3 < ou igual a 1= 0		
			Nº de consultas médicas realizadas por paciente	Prontuário	igual ou maior a 4	5	> ou igual a 4 = 05 igual a 3= 04 igual a 2= 03 igual a 1= 01 nenhuma= 0		
			Nº de consultas de enfermagem realizadas por paciente	Prontuário	igual ou maior a 4	5	> ou igual a 4 = 05 igual a 3= 04 igual a 2= 03 igual a 1= 01 nenhuma= 0		
			PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA						70
PONTUAÇÃO MÍNIMA ESPERADA						4			

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	COMPONENTES	INDICADORES		PADRÕES	PONTUAÇÃO MÁXIMA	DESCRIÇÃO OU PONTOS FORTES		
Qualidade	conformidade	Disponibilidade	Ter baciloscopia na unidade de saúde	Observação Direta Questionário (profissional)	Ter exame na unidade	5	Ter o exame na unidade= 05 Ter posto de coleta= 03 Ter apenas referência= 01		
			Ter o teste HIV	Observação Direta Questionário (profissional)	Ter o exame na unidade	5	Ter elisa na unidade= 0 5 Ter posto de coleta= 03 Ter apenas referência= 01		
			Ter medicação	Observação Direta Questionário (profissional)	SIM	10	SIM= 10 NÃO= 0		
			Ter copo descartável	Observação Direta	SIM	10	SIM= 10 NÃO= 0		
			Ter água na sala de administração	Observação Direta	SIM	10	SIM= 10 NÃO= 0		
			Ter material educativo	Observação Direta	SIM	10	SIM= 10 NÃO= 0		
			Ter livro de sintomático respiratório	Observação Direta	SIM	10	SIM= 10 NÃO= 0		
			Ter livro de acompanhamento de tratamento	Observação Direta	SIM	10	SIM= 10 NÃO= 0		
			Ter Ficha de registro de TDO	Observação Direta	SIM	10	SIM= 10 NÃO= 0		
			Ter Ficha de registro de contatos	Observação Direta	SIM	10	SIM= 10 NÃO= 0		
			Ter pote para exame de escarro	Observação Direta	SIM	10	SIM= 10 NÃO= 0		
			Ter busca ativa de faltosos	Questionário (profissional) Observação Direta	SIM	10	SIM= 10 NÃO= 0		

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	COMPONENTES	INDICADORES		PADRÕES	PONTUAÇÃO MÁXIMA	DESCRIÇÃO OU PONTOS FORTES	OBSERVADO	PONTUAÇÃO OBSERVADA			
Qualidade	conformidade	Disponibilidade	Ter grupo de apoio ao paciente	Questionário (paciente) Observação Direta	SIM	10	SIM= 10 NÃO= 0					
			Ter responsável pelo TDO	Questionário (profissional) Observação Direta	SIM	10	SIM= 10 NÃO= 0					
			Ter ventilação	Observação Direta	SIM	10	SIM= 10 NÃO= 0					
			Ter auxílio transporte	Questionário (profissional) Questionário (paciente) Observação Direta	igual ou maior a 5 meses	10	igual ou maior a 5 meses= 10 3 a 4 meses= 06 1 a 2 meses= 03 não ter= 0					
			Ter auxílio alimentação	Questionário (profissional) Questionário (paciente) Observação Direta	igual ou maior a 5 meses	10	igual ou maior a 5 meses= 10 3 a 4 meses= 06 1 a 2 meses= 03 não ter= 0					
			Ter referência para internação	Questionário (profissional)	SIM	10	SIM= 10 NÃO= 0					
			Ter orientação para coleta da baciloscopia	Questionário (profissional) Questionário (paciente) Observação Direta	SIM	10	SIM= 10 NÃO= 0					
			Panfleto com orientação para coleta de amostra de baciloscopia	Observação Direta Questionário (profissional)	SIM	10	SIM= 10 NÃO= 0					
			PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA						190			
			PONTUAÇÃO MÍNIMA ESPERADA						2			

SUBDIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	COMPONENTES	INDICADORES		PADRÕES	PONTUAÇÃO MÁXIMA	DESCRIÇÃO OU PONTOS FORTES	OBSERVADO	
Qualidade	conformidade	Qualidade técnica-científica	Preenchimento do livro de SR	Observação Direta	SIM	10	Preenchimento dos 2 documentos= 10 Preenchimento 1 dos 2 documentos= 5 NÃO= 0		
			Preenchimento do boletim de acompanhamento						
			Profissionais capacitados no TDO	Banco de Dados da SEMSA	SIM	10	SIM= 10 NÃO= 0		
			Prontuário com registro	Observação Direta	SIM	10	SIM= 10 NÃO= 0		
			PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA						30
PONTUAÇÃO MÍNIMA ESPERADA						0			
PONTUAÇÃO TOTAL ESPERADA						290			
PONTUAÇÃO TOTAL MÍNIMA						6			

## APÊNDICE - 6



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRO E ESCLARECIDO

#### PACIENTE

**Prezado (a) Senhor (a),**

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

O estudo pretende avaliar a implementação do tratamento diretamente observado para pacientes com tuberculose em unidades de saúde do município de Manaus – AM, com o objetivo de melhorar o atendimento às pessoas em Tratamento Diretamente Observado para tuberculose, este benefício será de retorno para a comunidade em geral, através de dados para subsidiar a melhoria do tratamento oferecido aos pacientes.

A pesquisa abordará sobre suas condições de nível de instrução, idade, sexo, renda familiar, condições de moradia, atenção durante diagnóstico e tratamento, recebimento de incentivos sociais como bolsa família e recebimento de vale alimentação e vale transporte.

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.

As informações que você nos der 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 que dele participaram. Informo também que não serão feitas imagens ou gravação de vídeos ou de voz.

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

Manaus - AM \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura da paciente: \_\_\_\_\_.

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

**Enf<sup>ª</sup> Otávia Souza** - Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – Rua Ramos Ferreira, 2439 – Manaus - AM – CEP: 69.020-080. Fone: (92) 3215-2915

**Dra. Marly Marques Cruz** - ENSP/FIOCRUZ – Av. Brasil, 4036, 10º andar. Manguinhos: Rio de Janeiro - RJ CEP: 21.040-361.

## APÊNDICE - 7



### 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 Manaus (SEMSA), a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e a Fundação Oswaldo Cruz.

O estudo pretende avaliar a implementação do tratamento diretamente observado para pacientes com tuberculose em unidades de saúde do município de Manaus – AM, com o objetivo de melhorar o atendimento às pessoas em Tratamento Diretamente Observado para tuberculose.

Serão realizados questionamentos de procedimentos e da estrutura na unidade de saúde, laboratório, farmácia, análises de prontuários, aplicação de questionário com pacientes, além de questionário voltado aos profissionais que são responsáveis pelo TDO na unidade de saúde, abordando conhecimentos e condutas relativos, e dados como: condições de nível de instrução, idade, sexo, categoria profissional, tempo de trabalho na unidade e no programa.

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.

Pedimos autorização para identificação do profissional, pois por tratar-se de um estudo de caso fica praticamente impossível garantir que o profissional não seja identificado. As informações que você nos der serão mantidas em sigilo e não serão divulgadas em qualquer hipótese. Informo também que não serão feitas imagens ou gravação de vídeos ou de voz.

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

Manaus - AM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura da paciente: \_\_\_\_\_.

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 Otávia Souza** - Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – Rua Ramos Ferreira, 2439 – Manaus - AM – CEP: 69.020-080. Fone: (92) 3215-2915

**Dra. Marly Marques Cruz** - ENSP/FIOCRUZ – Av. Brasil, 4036, 10º, andar. Manginhos Rio de Janeiro - RJ CEP: 21.040-361.

