



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE ENDEMIAS SAMUEL PESSOA**

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO
MUNICÍPIO DE NITERÓI – RJ:
A INTEGRAÇÃO ENTRE A UNIDADE DE SAÚDE E A UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Luísa Gonçalves Dutra de Oliveira

Orientadora: **Sonia Natal**

**Rio de Janeiro
Maio de 2007**

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO
MUNICÍPIO DE NITERÓI – RJ:
A INTEGRAÇÃO ENTRE A UNIDADE DE SAÚDE E A UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do Título de
Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Endemias, Ambiente e Sociedade

Luísa Gonçalves Dutra de Oliveira

Orientadora: Prof. Sonia Natal

Maio, 2007

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO
MUNICÍPIO DE NITERÓI – RJ:
A INTEGRAÇÃO ENTRE A UNIDADE DE SAÚDE E A UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Dissertação submetida à coordenação do curso de pós-graduação *strito sensu* (Saúde Pública) da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Endemias, Ambiente e Sociedade

BANCA EXAMINADORA

Dra. Mônica Tereza Machado Mascarenhas

Dr. José Fernando de Souza Verani

Dra. Sonia Natal

Ficha Catalográfica

Oliveira, Luísa Gonçalves Dutra de

Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose no município de Niterói-RJ:

A integração entre a unidade de saúde e a unidade de saúde da família

Mestre em Saúde Pública

Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

Rio de Janeiro, 2007

1.Integração PSF 2. Estudo de caso 3.Avaliação 4. Tuberculose 5.Integralidade

Ao meu avô Antonio de Souza Dutra
À minha mãe
In memoriam

AGRADECIMENTOS

A Sonia Natal, minha orientadora, pelo acolhimento, pelo incentivo e pela forma paciente e atenciosa de me orientar.

Ao Marcos Fernandes da Silva Moreira, pela generosidade e pelos primeiros incentivos, imprescindíveis, para iniciar este projeto.

A Lúcia Barbosa, pela atenção contínua e pela paciência diante das minhas inúmeras solicitações.

Aos profissionais da Fundação Municipal de Saúde e do Programa Médico de Família, que prontamente aceitaram participar e colaborar com esta pesquisa, pelo acolhimento e boa vontade em todos os momentos.

A Silmar e Tânia, pela preciosa ajuda na coleta de dados dos prontuários.

Aos usuários da Atenção Básica em Niterói, por seu consentimento e participação.

A Liana Fonseca, pela amizade, companheirismo e ajuda em muitas questões durante o curso de mestrado.

Às amigas Adgeny, Janete, Patrícia, Rita e Shirley, pelas dicas, sugestões, trocas e apoio nas minhas ausências do trabalho.

Ao dr. Jorge de Oliveira Henrique, pela compreensão e flexibilização do meu horário de trabalho, incentivando a conclusão deste projeto.

Aos profissionais do Departamento de Planejamento em Saúde, da UFF, pela liberação do trabalho durante parte do curso de mestrado, fundamental para a conclusão do mesmo.

Ao Pedro Paulo, pela revisão atenta e paciente da redação.

Ao Kenneth, pelo carinho e incentivo, e pela ajuda no inglês.

Ao André, por tudo que tem me ensinado.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas	IX
Lista de Quadros, Figuras e Gráficos	X
Lista de Siglas	XI
Resumo	1
Abstract	2
1 – Apresentação	3
2 – Introdução	5
3 – Delimitação do problema	11
4 - Pressupostos	13
5 – Referencial Teórico	14
5.1 - O controle da tuberculose como indicador de atenção básica	14
5.2 – A Estratégia de Saúde da Família	17
5.3 – O Programa Médico de Família em Niterói	20
5.4 – Estudos sobre a integração do PSF na atenção à saúde e no controle da tuberculose	21
5.5 – Avaliação de programas de saúde	24
5.6 – Modelos Lógicos	26
5.7 – Estudo de caso	30
5.7.1 – Modelo Rápido de avaliação (REM)	30
5.7.2 – Análise de método misto / Triangulação de dados	31
6 – Pergunta Avaliativa e Objetivos	33
7 – Procedimentos metodológicos	34
7.1 – Tipo de estudo	34
7.2 – Local do estudo	34
7.3 – Seleção das unidades de análise	34
7.4 – Coleta de dados / Fontes de evidência	35
7.5 – Modelo Lógico de Avaliação / Matriz de Julgamento	35
8 – Aspectos éticos	38
9 - Resultados	39
9.1 – Contexto externo	39
9.2 – Contexto político-organizacional	40
9.2.1 – Autonomia político-financeira	45

9.2.2 – Ações Intersetoriais	46
9.2.3 – Gerência	47
9.2.4 – Sistema de Informação	51
9.3 – Contexto de implantação	54
9.3.1 – Estrutura física e recursos	55
9.3.2 – Profissionais da equipe	64
9.3.3 – Demanda	65
9.3.4 – Acesso do usuário ao serviço	66
9.3.5 – Integração entre as unidades para o controle da tuberculose	68
9.3.6 – Oferta de exame baciloscópico	71
9.3.7 – Busca de casos	76
9.3.8 – Formas de administração do tratamento	77
9.3.9 – Medicamentos – disponibilidade, armazenamento e dispensação	79
9.3.10 – Resultados dos tratamentos nas unidades	80
9.3.11 – Visitas domiciliares	81
9.3.12 – Contatos	82
9.3.13 – Notificação	86
9.4 – Contexto de efeitos	89
9.4.1 – Resultados	89
9.4.2 – Satisfação do usuário	90
9.5 – Principais achados favoráveis ao controle da tuberculose e principais pontos desfavoráveis	93
10 – Discussão	96
10.1 – Limitações do estudo	114
11 – Considerações finais	115
12 – Conclusões	121
13 – Referências bibliográficas	123
Anexos	
Anexo 1 – Instrumentos de coleta de dados	129
Anexo 2 - Matriz Lógica de Avaliação e Julgamento das ações para controle da Tuberculose na Atenção Básica à Saúde	148
Anexo 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido	153

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Incidência de tuberculose no Brasil – 1998 a 2005	07
Tabela 2: Incidência de tuberculose na Região Metropolitana do Rio de Janeiro – 2003	07
Tabela 3: Condições sócio-econômicas da população	40
Tabela 4: Treinamentos e/ou cursos com enfoque em tuberculose implementados em 2005 para os profissionais da rede	49
Tabela 5: Forma clínica X Forma de administração dos medicamentos na Policlínica A	78
Tabela 6 : Forma clínica X Forma de administração dos medicamentos na Policlínica B	78
Tabela 7 : Situação de alta dos casos de tuberculose nas unidades estudadas, no ano de 2005	81
Tabela 8 : Contatos registrados na policlínica A	82
Tabela 9 : Contatos examinados na policlínica A	83
Tabela 10: Contatos registrados na policlínica B	84
Tabela 11 : Contatos examinados na policlínica B	84
Tabela 12 : Situação de alta dos casos de tuberculose em Niterói, no ano de 2005 ...	89
Tabela 13: Tempo de espera para consulta segundo usuários das policlínicas	92

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E GRÁFICOS

Quadro I : Estudos de análise da implantação na Atenção Básica, na ESF e no controle da tuberculose	22
Quadro II: Dimensões utilizadas para a construção do Modelo Lógico de Avaliação	29
Quadro III: Matriz de Julgamento: modelo de distribuição das categorias, indicadores, fontes e tipos de coleta	36
Quadro IV: Resultados do contexto organizacional	54
Quadro V: Horário de atendimento para tuberculose nas unidades estudadas	67
Quadro VI: Resultados do Contexto de Implantação na categoria “Cobertura e Acolhimento”	86
Quadro VII: Resultados do Contexto de Implantação na categoria “Diagnóstico, Assistência clínica e laboratorial”	87
Quadro VIII: Resultados do Contexto de Implantação na categoria “Tratamento e Assistência Farmacêutica”	88
Quadro IX: Resultados do Contexto de Implantação na categoria “Integralidade”..	88
Quadro X – Integração entre policlínicas e USF	89
Quadro XI – Principais achados – pontos favoráveis	94
Quadro XII - Principais achados – pontos desfavoráveis	95
Figura 1: Modelo Lógico de Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose na Atenção Básica	27
Figura 2: Modelo Lógico do PCT integrado à ESF	28
Figura 3: Organograma da Fundação Municipal de Saúde de Niterói	41
Figura 4: Mapa do município de Niterói com unidades públicas de saúde	44
Gráfico I : Resultado percentual do primeiro exame baciloscópico - policlínica A ...	72
Gráfico II : Resultado percentual do segundo exame baciloscópico - policlínica A....	72
Gráfico III : Resultado percentual do primeiro exame baciloscópico - policlínica B..	73
Gráfico IV : Resultado percentual do segundo exame baciloscópico - policlínica B..	74

LISTA DE SIGLAS

ABS Atenção Básica de Saúde
ACS Agente Comunitário de Saúde
AIDS Acquired Immune-Deficiency Syndrome
BAAR Bacilo Álcool Ácido Resistente
BCG Bacilo de Calmette-Guérin
CLT Consolidação das Leis do Trabalho
CMS Conselho Municipal de Saúde
CNPq Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COOBS Coordenação do Observatório de Saúde
COVIG Coordenação de Vigilância em Saúde
CRPHF Centro de Referência Professor Hélio Fraga
DAB Departamento de Atenção Básica
DATASUS Departamento de Informática do SUS
DIP Doenças Infecciosas e Parasitárias
DOTS Directly Observed Therapy, Short-course
ENSP Escola Nacional de Saúde Pública
ESF Estratégia de Saúde da Família
FAMNIT Federação de Associação de Moradores de Niterói
FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz
FMS Fundação Municipal de Saúde
FNS Fundação Nacional de Saúde
GERUS Gerência de Unidade de Saúde
HEAL Hospital Estadual Azevedo Lima
HIV Human Immunodeficiency Vírus
HUAP Hospital Universitário Antonio Pedro
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IETAP Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras
LASER Laboratório de Situações Endêmicas Regionais
MCT Ministério de Ciência e Tecnologia
MDR Multiple Drug Resistance
MLP Modelo Lógico do Programa

MTA Modelo Teórico de Avaliação
MS Ministério da Saúde do Brasil
NOAS Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB Norma Operacional Básica
ONG Organização Não-Governamental
OMS Organização Mundial de Saúde
OPAS Organização Pan-Americana de Saúde
PAB Piso da Atenção Básica
PACS Programa de Agente Comunitário de Saúde
PCT Programa de Controle da Tuberculose
PMFN Programa Médico de Família de Niterói
PNCT Plano Nacional de Controle da Tuberculose
PPD Purified Protein Derivative
PPI Programação Pactuada e Integrada
PSF Programa de Saúde da Família
SAS Secretaria de Atenção à Saúde
SAU Serviço de Atendimento ao Usuário
SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação
SIOPS Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS Sistema Único de Saúde
SVS Secretaria de Vigilância em Saúde
UBS Unidade Básica de Saúde
UFF Universidade Federal Fluminense
USF Unidade de Saúde da Família
VD Visita Domiciliar
VIPACAF Vice-presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e de Família
WHO World Health Organization

RESUMO

Uma pesquisa avaliativa foi realizada no município de Niterói, região metropolitana do Rio de Janeiro, com o objetivo de conhecer a integração entre a Atenção Básica (AB) e as ações de controle de endemias e o grau de implantação dessas ações no município. Entre elas, as ações de Controle da Tuberculose foram escolhidas como a condição traçadora, devido à persistência da tuberculose como um importante problema de saúde pública no Brasil, especialmente nos grandes centros urbanos, onde ocorrem as maiores taxas de incidência. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), por ser considerada o eixo integrador das ações da AB, está fortemente relacionada às ações de controle da tuberculose. Foram desenvolvidos o modelo lógico do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) integrado à ESF e o modelo teórico de avaliação. Para operacionalizar os modelos de avaliação, utilizou-se o estudo de caso. A unidade de análise escolhida foi a Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Para a coleta das evidências, foram selecionadas duas policlínicas e um módulo do Programa Médico de Família que diagnosticam, acompanham e tratam pacientes acometidos de tuberculose. Os resultados mostram que a integração entre os programas se dá de maneira assistemática e que a implantação do PCT é parcial nas unidades estudadas. A proporção de casos de tuberculose acompanhada pelas equipes da ESF foi de pouco mais que 10% do total de casos do município, enquanto que nas duas policlínicas estudadas essa proporção foi de 46,17%. Recomenda-se a ampliação da cobertura populacional pela ESF, uma melhor distribuição dos casos entre as unidades da rede e o fortalecimento das ações de busca ativa, exame de contatos e diagnóstico precoce.

Palavras-chave: Avaliação; Estudo de caso; Integração de Programas de Atenção Básica; Tuberculose; Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

An evaluative research was conducted in the city of Niteroi, in the metropolitan area of Rio de Janeiro. The objective of this study was to assess the integration between the Basic Attention Program (BAP) and endemics control actions, and to estimate the level at which the latter have been established in the municipality. Among those actions, the tuberculosis control actions were selected as a tracer condition, due to persistence of tuberculosis as a major public health problem in Brazil, especially in inner cities, where incidence rates are highest. The Family Health Strategy (FHS) is strongly related with tuberculosis control actions because it is considered to be the unifying element of BAP. The logic model of Tuberculosis Control Program (TCP) integrated with FHS and the evaluation theoretical model were developed. A case study approach was used for making the assessment models operational. The analysis unit chosen was the Health Municipal Foundation of Niteroi. For collection of evidences, two policlinics and one module of the Family Doctor Program, where tuberculosis cases are diagnosed, treated and followed up, were chosen. The results show that the integration between the programs is unsystematic and that the implementation of the TCP is only partial in the units studied. The proportion of tuberculosis cases registered by ESF teams is slightly above 10% of the total tuberculosis cases in the municipal area. This proportion is 46,7% in the two policlinics chosen. A wider coverage of the population by the ESF, a better distribution of cases among the units of the healthcare network, and the strengthening of the actions intended for active searching, contact examining and early diagnosing are recommended.

Key-words: Evaluation; Case study; Integration of Basic Health Attention Program; Tuberculosis; Family Health Strategy

1 – APRESENTAÇÃO

Este trabalho se insere na linha de pesquisa que vem sendo desenvolvida pelo Departamento de Endemias Samuel Pessoa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro.

A pesquisa foi realizada no município de Niterói (RJ) e teve a concessão de auxílio financeiro (apoio a dissertação de mestrado) aprovada pela Diretoria Executiva do CNPq, de acordo com o Edital MCT-CNPq/MS-DAB/SAS nº 49/2005.

O município de Niterói foi o escolhido por fazer parte da região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, onde a incidência da tuberculose é bastante elevada, acima dos níveis do estado e do país e por ter a Estratégia de Saúde da Família (ESF) implantada desde 1992, sendo considerado uns dos municípios pioneiros na implantação. Também foi escolhido por ser o local de trabalho da autora.

O contexto foi bastante favorável ao desenvolvimento do estudo. Tanto os gestores quanto os trabalhadores responsáveis pela assistência dispuseram-se a participar de um processo de avaliação, o que demonstra profissionalismo e compromisso com o aperfeiçoamento contínuo de suas práticas. Ao mesmo tempo, todos os participantes solicitaram que os resultados e as questões levantadas pela pesquisa possam ser do seu conhecimento e sirvam para reflexão e possível mudança de algumas práticas.

Este trabalho adaptou os modelos, teórico da avaliação e lógico do programa, e instrumentos de coleta de dados dos estudos realizados nacionalmente, a partir desta década, na área de avaliação da atenção básica. (Natal *et al.*, 2002; Alves, 2003).

Esta dissertação visa contribuir para a avaliação da integração entre as atividades de controle da tuberculose realizadas no Serviço de Atenção Básica em Saúde. Para tanto, levará em consideração: o acesso aos serviços, a integralidade da atenção e a integração entre a unidade básica de saúde e a unidade de saúde da família, na produção e na prática de melhores estratégias de ações.

Como todo trabalho científico, este não pretende esgotar o tema, necessitando de aprofundamento futuro. No entanto, levanta algumas questões pertinentes.

2 – INTRODUÇÃO

A tuberculose, doença transmissível que acomete o homem há milhares de anos, é ainda hoje uma grande preocupação da saúde pública mundial, pois seus índices são muito elevados em alguns países. (Ministério da Saúde, 1999)

Em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou a tuberculose como uma emergência mundial devido ao aumento da sua incidência no final dos anos 80, consequência da epidemia de AIDS, do empobrecimento da população, da urbanização descontrolada, da migração e da negligência dos governos no controle da doença. (WHO, 2004)

O Brasil está em 15º lugar dentre os 22 países onde ocorrem 80% dos casos de tuberculose no mundo. A doença acomete, predominantemente, adultos jovens em idade produtiva, sendo a maioria do sexo masculino. A taxa de incidência no país é de 47/100.000 habitantes e, a cada ano ocorrem cerca de 6.000 mortes em decorrência da tuberculose. (Ministério da Saúde, 2005)

O Brasil foi pioneiro na utilização do esquema de tratamento de curta duração para tuberculose, como recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Desde então, *“modificou-se não apenas o esquema terapêutico, mas um dos aspectos da estratégia de controle da tuberculose, integrando-a às ações básicas de saúde, com redução do tempo e simplificação do tratamento, o que facilitou o acesso aos meios diagnósticos e à terapia, viabilizando, assim, o aumento da cobertura populacional do programa.”* . (Natal et al. 2004, p. 92)

Observou-se porém que, apesar do esquema implantado, a doença não teve sua incidência reduzida como era esperado. A estratégia DOTS (Directly Observed Treatment,

Short-course) passou, então, a ser recomendada pela OMS em 1993 (WHO, 1999) e no Brasil a partir de 1996, como a melhor forma de se controlar a endemia de tuberculose.

Em 1993, o governo brasileiro lançou o Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, estabelecendo os seguintes critérios para identificar os municípios prioritários no combate à doença:

- contar com população acima de 50.000 habitantes;
- estar entre os com maior número de casos no estado;
- ter coeficiente de incidência maior ou igual ao do estado a que pertence, ou acima da média brasileira;
- ter percentual de óbitos acima de 5% dos casos novos no ano, cura abaixo de 85%; abandono de tratamento acima de 10%, e índice de ausência de informação acerca do resultado do tratamento acima de 5%;
- possuir menos de 80% dos centros de saúde com atividades de diagnóstico e tratamento;
- apresentar elevado total acumulado de casos de AIDS. (Ministério da Saúde, 1999)

Em 1999 foi lançado o novo Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) com o objetivo de ordenar as ações de combate à doença. O PNCT tinha as seguintes metas: implementar a cobertura do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) para 100% dos municípios; diagnosticar pelo menos 92% dos casos esperados e tratar, com sucesso, pelo menos 85% dos casos diagnosticados, em três anos (até 2001); e, reduzir a incidência a, no mínimo, 50% e a mortalidade em dois terços, em nove anos (até 2007). (Ministério da Saúde, 1999)

Atualmente, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (2005), reconsiderou as metas, adotando as metas mundiais: diagnosticar no mínimo 70% dos casos estimados para cada ano e curar ao menos 85% destes. Como a tuberculose é

uma doença infecciosa, cuja transmissão se faz, principalmente, através da tosse, a maior parte das ações visa eliminar o bacilo e impedir sua transmissão. (Ministério da Saúde-B, 2005)

Tabela 1: **Incidência de tuberculose no Brasil – 1998 a 2005**

REGIÃO	ESTADO	ANO / INCIDÊNCIA							
		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Norte		53,97	52,18	51	52,71	52,17	51,16	50,63	47,55
Nordeste		53,31	55,55	47,6	46,84	45,12	46,82	46,61	48,67
Centro-Oeste		34,98	35,02	30,64	29,26	27,1	27,73	24,5	25,82
Sudeste		56,54	55,33	55,11	45,81	50,54	48,62	46,45	45,25
	Rio de Janeiro	96,62	80,91	98,27	94,95	94,45	89,49	85,44	80,5
	São Paulo	52,09	55,09	49,18	45,64	44,37	42,59	40,63	40,73
	Espírito Santo	51,7	55,48	43,04	42,4	41,82	40,52	38,18	37,55
	Minas Gerais	34,48	35,37	34,78	7,26	29,65	29,85	28,91	27,94
Sul		38,36	39,72	33,47	33,19	35,44	36,01	34,29	32,62
BRASIL		51,26	51,44	47,81	43,95	45,72	45,47	43,91	43,78

Fontes: www.datasus.gov.br acessado em 23/05/07

O Rio de Janeiro destaca-se entre os estados com maior incidência de tuberculose no Brasil, com taxa de 89,5/100.000 habitantes no ano de 2003. E sua região metropolitana possui os piores índices em todo o estado, correspondente a 86% dos casos notificados.

Tabela 2: **Incidência de tuberculose na Região Metropolitana do Rio de Janeiro –2003**

REGIÃO	% CASOS NO ESTADO	INCIDÊNCIA
Metropolitana I	76,3	105,5
Metropolitana II	10,2	74,1

Fonte: Boletim informativo 2005 PCT/SES/RJ

Niterói é um dos nove municípios da Região Sudeste considerado, no Plano Emergencial 1993, como um dos prioritários para o desenvolvimento de ações destinadas a fortalecer o PCT. Faz parte da Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro. Em 2003, a população do município era de 466.630 habitantes, a taxa de incidência de tuberculose de 83,4/100.000 habitantes (SES/RJ, 2005), o coeficiente de mortalidade por tuberculose de 4,9/100.000 habitantes, e o percentual de óbitos de 6,6% dos casos novos (2003).

O Programa de Controle da Tuberculose do município de Niterói está vinculado à Coordenação de Vigilância em Saúde (COVIG), subordinada, por sua vez, à vice-presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e de Família (VIPACAF) da Fundação Municipal de Saúde (FMS). As Policlínicas, as Unidades Básicas de Saúde e a Coordenação do Programa Médico de Família encontram-se subordinados à mesma vice-presidência, segundo o organograma da FMS.

O PCT em Niterói conta com 08 (oito) unidades para tratamento ambulatorial de tuberculose, bem como 31 (trinta e um) módulos do Programa Médico de Família (PMF) que podem fazer diagnóstico, acompanhamento e tratamento de usuários de suas áreas adscritas. O hospital de referência para internação é o Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras (IETAP) onde também se situa o ambulatório de pacientes com tuberculose MDR (resistente a múltiplas drogas), subordinado ao Ministério da Saúde através do Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF / Rio de Janeiro). Há também o Hospital Estadual Azevedo Lima (HEAL), que faz diagnóstico e internação de pessoas com tuberculose, por período curto. O Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP) tem um setor de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) onde é possível também a internação de pessoas com tuberculose. Os laboratórios de análises clínicas de referência

são os da Unidade Básica de Saúde (UBS) João da Silva Vizella e Miguelote Viana, ambos municipais, localizados nos bairros Barreto e Santa Rosa, respectivamente.

Todas as unidades contam com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais e profissionais no setor de Vigilância Epidemiológica. Esses profissionais nem sempre são exclusivos do programa, podendo atender outros setores nas unidades.

Segundo Mascarenhas (2003), o Programa Médico de Família de Niterói (PMFN) foi implantado a partir de 1992 e é considerado precursor do Programa de Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde. A autora relata que a implantação do programa se deu a partir de contatos entre profissionais de saúde de Niterói e Cuba, iniciados em 1990. Apesar de não ser uma transposição do modelo cubano e sim uma adaptação à realidade do município, a troca de experiências com aquele país pôde reforçar algumas concepções que já eram discutidas anteriormente no sistema de saúde de Niterói: adscrição de clientela, valorização da relação entre os serviços de saúde e os usuários, complementaridade das UBS e integralidade das ações. (Mascarenhas, 2003)

O PMFN busca, então, a reorientação do modelo local de atenção à saúde, com a cobertura de áreas não assistidas anteriormente e a hierarquização da rede de assistência. O processo de trabalho visa a humanização das relações entre profissionais e usuários, melhor acesso, definição de cobertura e metas de controle de agravos à saúde. *“A ênfase está na prevenção de doenças e promoção da saúde, além da articulação com os demais níveis de assistência ou outros setores que interferem com a saúde”*. (Mascarenhas, 2003, p. 62)

A gestão do PMFN é feita pelas associações de moradores dos bairros onde os módulos são implantados, inclusive a contratação de profissionais, pagos com o repasse de verbas do município. Cada equipe é composta por um médico e um auxiliar de

enfermagem, responsáveis por cerca de 250 famílias ou 1.000 pessoas. A equipe de supervisão é composta por ginecologista, clínico geral, pediatra, profissional de saúde mental, assistente social, enfermeiro e sanitaria. (Mascarenhas, 2003)

A partir de 1998, o PMFN integrou-se ao PCT do município, participando de treinamento para realizar as ações de manejo de caso. Mascarenhas (2003) refere-se ao Relatório do PMFN, de 1999, que apresenta como resultado: *“observa-se a redução de mortes por causas evitáveis, como as doenças infecciosas, em algumas áreas com maior tempo de implantação, mas registra-se aumento da incidência de hanseníase e tuberculose, devido ao diagnóstico precoce e novos casos identificados destas doenças”*. (Mascarenhas, 2003, p. 67)

No período de 2000 a 2003, o encerramento dos casos de tuberculose residentes em Niterói mostrou um aumento na taxa de cura de 59,8 para 72,5% e uma diminuição do percentual de abandono de 18,3 para 15,8%, embora essa taxa, em 2002, tenha sido de 21,4%. Os encerramentos por óbito variaram de 6,4% em 2000 a 3,5% em 2002, sendo o último resultado registrado, o de 2003, de 4,9%. (SINAN / FMSNiterói). Destaca-se que, apesar do incremento nas taxas de cura, abandono e redução da letalidade, elas permanecem abaixo das metas do PCT: cura em 85% dos casos ou mais, abandono menor que 10% e letalidade abaixo de 5%.(Ministério da Saúde, 1999)

Diante desse quadro, é relevante avaliar o grau de implantação do Programa de Controle da Tuberculose no município de Niterói, considerando os diversos componentes da intervenção e a relação entre as atividades do programa e o contexto em que são realizadas, a fim de compreender os efeitos produzidos. (Hartz, 2005) Neste cenário, torna-se fundamental conhecer a integração entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Saúde da Família (USF), pressupondo-se que essa relação seja complementar, e, assim, melhore o desenvolvimento das atividades do programa.

3 – DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

As metas atuais do PNCT, como citado anteriormente, são: localizar no mínimo 70% dos casos estimados anualmente e curar no mínimo 85% destes. Para tanto, é preciso criar-se uma estrutura adequada ao desenvolvimento das ações previstas, com vistas a se atingir os objetivos esperados. (Ministério da Saúde, 2005)

A avaliação de práticas e programas de saúde prevê a avaliação da estrutura, do processo e dos resultados da assistência à saúde. Pressupõe-se que a adequação de cada um desses componentes influencie no desenvolvimento dos demais, embora não seja obrigatório o vínculo entre eles. (Portela, 2000)

Pretendeu-se, nesse estudo, fazer uma avaliação do processo de trabalho do PCT. São consideradas a estrutura e as atividades desenvolvidas no diagnóstico e tratamento dos doentes e a integração entre o PCT e a ESF. Algumas questões são apresentadas para tentar avaliar o grau de implantação do programa no município:

- A ESF está integrada ao PCT e a outras atividades/programas, buscando a integralidade da atenção?
- Como se dá a relação entre a unidade de saúde e a USF? E entre eles e os gestores do PCT? Existe integração entre as ações?
- Há planejamento e programação conjunta pelos gestores do PCT e da ESF sobre os recursos e atividades destinados ao controle da tuberculose?
- As unidades de saúde e as USF que atendem os casos de tuberculose têm estrutura física e recursos materiais adequados para o atendimento?
- Como é feita a notificação de casos pelas equipes da ESF? Qual é o fluxo de

informação?

- As USF participam da busca de casos e da busca de doentes que abandonaram o tratamento?
- De que maneira o programa realiza a busca de casos? Há integração com outras unidades / profissionais de saúde, com vistas ao diagnóstico do sintomático respiratório? Há o apoio da ESF?
- Qual é a proporção de tratamentos auto-administrados e de supervisionados? Como se decide o modo de administração do tratamento? Como se dá essa administração? A ESF participa da decisão?
- Há recursos humanos em número e qualificação suficientes para implantação e desenvolvimento do programa?
- Há treinamento periódico / educação permanente desses recursos humanos? O treinamento é programado e realizado em conjunto pelo PCT e ESF?
- Na relação entre usuários e profissionais do programa estabelece-se um vínculo que permita a participação de ambos nas ações de saúde? Há acolhimento e escuta por parte dos profissionais?
- Que estratégia(s) é (são) utilizada(s) para se evitar o abandono de tratamento?

4 – PRESSUPOSTOS

Quando as ações de controle da tuberculose são realizadas de forma integrada entre as unidades de saúde tradicionais e de saúde da família, espera-se:

- que ambas estejam instrumentalizadas para as ações de diagnóstico e tratamento, no que se refere a recursos humanos e materiais;
- uma maior proporção de examinados entre os sintomáticos respiratórios e pessoas em situação mais vulnerável;
- o diagnóstico precoce;
- um fluxo de informações e registros contínuo e eficaz;
- o devido acompanhamento dos contatos, com adequada indicação de quimioprofilaxia;
- um maior número de visitas domiciliares;
- que haja decisão conjunta entre os profissionais das duas unidades sobre os casos em que é imprescindível a administração supervisionada dos medicamentos;
- uma menor taxa de abandono e maior taxa de cura.

5 - REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 - O Controle da Tuberculose como Indicador de Atenção Básica

A Atenção Básica à Saúde (ABS) representa a porta de entrada no sistema de saúde, onde as ações devem ter uma “*abordagem preventiva e promocional, integrada com outros níveis de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais de saúde*”. (Andrade, Bezerra e Barreto, 2006, p. 786)

A garantia da continuidade da atenção nos diversos níveis da rede é uma das perspectivas da integralidade descrita por Paim (2006). As demais, relacionadas pelo autor, são: a integração das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde; a ação profissional englobando a dimensão bio-psico-social no cuidado à saúde; e a articulação de políticas visando a melhoria das condições de vida.

Andrade, Bezerra e Barreto (2006) informam que a Declaração de Alma-Ata em 1978 definiu que a ABS deveria orientar-se pelas características sociais e econômicas dos locais de sua implantação, além dos principais problemas sanitários encontrados na região. Ressaltam, porém, que a ABS deve compreender minimamente algumas ações, entre elas a “*prevenção e a luta contra as doenças endêmicas locais*”.(p.786)

O controle da tuberculose é uma das principais responsabilidades da ABS, cabendo também às equipes da ESF as ações nesse sentido, segundo a NOAS-01. (Paim, 2006) Essas ações devem ser direcionadas principalmente a apoiar a estratégia de tratamento supervisionado e a busca de casos novos e de abandono de tratamento, visto que, entre as diretrizes da ESF, destacam-se a ação de Vigilância em saúde (controle de doenças prioritárias) e a integralidade, que constitui um dos princípios da ESF e é vista como a ação de “*acompanhar e coordenar a assistência em todos os níveis de atenção, bem como de*

promover articulação com outros setores sociais em busca da promoção da saúde e prevenção de doenças”. (Ministério da Saúde-D, 2005)

A tuberculose é uma doença cujo contágio se faz pelo ar. Entre as pessoas infectadas pelo bacilo, a maior parte não desenvolve a doença. Fatores fundamentais para o indivíduo adoecer são: comprometimento do sistema imune, deficiências na alimentação e nutrição, alcoolismo ou uso de outras drogas. (Ministério da Saúde, 1999)

Os doentes com tuberculose apresentam, na maioria das vezes, a forma pulmonar da doença, sendo que 50% destes apresentam o exame bacilosκόpico positivo, forma pulmonar bacilífera, de grande transmissibilidade. (Ministério da Saúde, 1999)

O atendimento ao tuberculoso busca, inicialmente, a descoberta dos casos e seu tratamento, a fim de se eliminar a fonte de transmissão. Um dos grupos em que se faz necessária a abordagem é o dos sintomáticos respiratórios, que devem ser submetidos à baciloscopia e, dependendo do caso, Raio-X de tórax e cultura para o bacilo. (Ministério da Saúde, 2005) A abordagem por parte da equipe de saúde é fundamental para a adesão ao tratamento: é importante o paciente sentir-se, desde o início, acolhido pelos profissionais do serviço, os quais devem esclarecer as dúvidas a respeito do estado de saúde do paciente, dos exames a serem realizados e do tratamento, quando indicado.

O tratamento quimioterápico é eficaz em 95% dos casos de tuberculose e deve ser feito, preferencialmente, em ambulatorios. Um número muito pequeno de casos necessita internação hospitalar principalmente devido às intercorrências clínicas ou a associações com outras doenças. (Ministério da Saúde, 2005)

O êxito do tratamento vai depender da adesão do paciente ao mesmo, do acompanhamento clínico e laboratorial, do fornecimento contínuo dos medicamentos e de seu uso regular.

O abandono do tratamento é um problema persistente e vem contribuindo para a manutenção de índices altos da doença e para o surgimento de casos de tuberculose resistente a múltiplas drogas. Algumas medidas são apontadas pelo PNCT para se evitar o abandono: a visita domiciliar ao doente faltoso, a manutenção da ficha de aprazamento, o tratamento supervisionado dos doentes sob maior risco de abandono, a mobilização de agentes e grupos comunitários e a integração com núcleos de assistência psicossocial para acompanhamento de doentes mentais, dependentes de álcool e usuários de drogas. (Natal *et al.*, 2004)

No que diz respeito à gestão do programa, alguns pontos exigem atenção: o atendimento incompleto ao doente (tanto as dificuldades para manutenção do acompanhamento, transporte e alimentação, quanto as de relacionamento entre profissionais e pacientes), gerência técnica sem poder de intervenção, descontinuidade da gestão dos programas e outras deficiências, tais como falta de comando articulado entre os diferentes níveis e falta de mobilização adequada de recursos e da população. O PNCT aponta, também, a necessidade de se estabelecer um sistema de avaliação que permita a correção de estratégias que não produzam bons resultados. (Ministério da Saúde, 1999)

A descentralização das ações e decisões com participação dos estados e municípios mostra-se essencial para a implementação do programa, a fim de adaptá-lo às necessidades locais. Por outro lado, é recomendada uma condução central, com normas de abrangência nacional.

Outras ações imprescindíveis associadas ao manejo dos casos de tuberculose são a vacinação BCG e a quimioprofilaxia, conforme indicadas, o registro de informações; a notificação dos casos e o treinamento de recursos humanos.

Em janeiro de 2005, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 21 que estabelece, entre os indicadores de Atenção Básica no Controle da Tuberculose, a proporção de

abandono de tratamento (indicador principal), a incidência de tuberculose pulmonar positiva e a mortalidade por tuberculose (indicadores complementares). Esses indicadores são utilizados para monitorar programas de controle da tuberculose, identificar grupos com maior risco de adoecer e subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e ações do setor. (Ministério da Saúde-C, 2005)

O manejo dos casos de tuberculose encontra alguns obstáculos, principalmente com relação à deficiência do atendimento médico e às dificuldades para realização de encaminhamentos (referência/contra-referência). Além disso, *“a aceitação do diagnóstico, o desaparecimento das manifestações clínicas pouco tempo após o início do tratamento, as reações colaterais e a disponibilidade de apoio no ambiente social imediato são fatores relacionados ao abandono do tratamento.”* (Ministério da Saúde, 2004, p.)

O Ministério da Saúde (2004) estabelece como um dos traçadores da qualidade das medidas preventivas e de promoção à saúde a adesão ao tratamento entre pacientes com tuberculose. Reforça que o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e a reabilitação para eventos de saúde passíveis de controle são ações que devem estar acessíveis à grande maioria da população.

5.2 - A Estratégia Saúde da Família

“A incorporação das ações de controle da tuberculose nas equipes do Programa de Saúde da Família é uma prioridade nacional e faz parte da estratégia de aumento de cobertura.”
(Ministério da Saúde, 2002)

Em 1994, surge no Brasil a ESF com o objetivo de *“reorganizar a rede de assistência à saúde mediante uma política que apontasse para a universalização do acesso da população brasileira à atenção básica e consolidasse o recente progresso de descentralização, inaugurado com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS)”*. (Andrade, Barreto e Bezerra, 2006, p.802) Desta forma, a ESF constitui a porta de entrada

do sistema de saúde e considera a participação da comunidade “*na discussão dos problemas, na definição de prioridades, no acompanhamento e na avaliação*” (Paim, 2006, p. 55)

Bodstein (2002) aponta a vinculação da população à equipe da ESF e a possibilidade dessa estratégia de identificar as necessidades e organizar a demanda a partir das famílias e dos domicílios, promovendo atenção integral e realizando atividades de informação, orientação e promoção da saúde.

A ESF tem como princípios: caráter substitutivo, integralidade e intersetorialidade, territorialização, equipe multiprofissional, responsabilização e vínculo, e estímulo à participação da comunidade e ao controle social. A integralidade tem aí o sentido amplo, não só de garantir, acompanhar e coordenar a assistência em todos os níveis de atenção, bem como de promover articulação com outros setores sociais em busca da promoção da saúde e prevenção de doenças. (Ministério da Saúde-D, 2005)

Como linhas estratégicas de ação, a ESF prevê práticas de saúde abrangendo todas as fases do ciclo de vida humana – agravos prioritários, doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis (hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, DST/AIDS, malária, dengue, alcoolismo) – e ações programáticas (saúde mental, saúde do trabalhador, reabilitação comunitária). (Ministério da Saúde-D, 2005)

As diretrizes de trabalho das equipes da ESF são o diagnóstico de saúde local, o planejamento e acompanhamento das ações, e o monitoramento e avaliação da prática. De uma forma um pouco mais detalhada, podemos enumerar as seguintes ações (Ministério da Saúde-D, 2005):

- 1- Cadastramento da população adscrita, diagnóstico de saúde e riscos de exposição;
- 2- Plano de saúde local – programação de atividades e reestruturação do processo de trabalho, com participação da comunidade;
- 3- Vigilância em saúde (controle de doenças prioritárias);
- 4- Assistência integral, tentando solucionar os problemas de saúde da população;
- 5- Ações com ênfase na promoção da saúde, valorizando a relação com o usuário;
- 6- Processos educativos, enfocando melhoria da saúde e qualidade de vida;
- 7- Ações intersetoriais e com outras organizações – focar cidadania e direito à saúde;
- 8- Controle social – incentivar participação nos conselhos locais e municipais de saúde.

A ESF propõe, desta forma, atender a uma demanda organizada, de acordo com os dados epidemiológicos, sociais e culturais coletados e consolidados durante o mapeamento da região e cadastramento dos moradores. Pretende, além disso, atender à demanda espontânea que é muitas vezes imprevisível. (Estellita, 2006)

A equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) é integrada por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, podendo contar também com odontólogos, psicólogos, assistentes sociais ou outros profissionais. (Paim, 2006)

A ESF chega em 2005 com mais de 24.000 equipes, em 90% dos municípios do país, com cobertura de cerca de 44% da população, o que demonstra sua expansão e consolidação no sistema de saúde brasileiro. (Andrade, Barreto e Bezerra, 2006)

5.3 – O Programa Médico de Família¹ em Niterói

“O Programa Médico de Família de Niterói (PMFN) é considerado um antecedente importante da nova estratégia nacional do Programa de Saúde da Família, do Ministério da Saúde.” (Mascarenhas, 2003, p. 61)

O Programa Médico de Família de Niterói (PMFN) surge em 1991, fruto de um processo iniciado na década de 70 que teve entre suas iniciativas a organização da rede municipal com base na Atenção Primária preconizada pela OMS, em 1977, a implantação do projeto de Ações Integradas de Saúde de 1982 a 1987, com proposta de rede hierarquizada de atenção à saúde em nível local, a municipalização e a criação de Distritos Sanitários. (Mascarenhas, 2003)

Outro fator de destaque no surgimento do PMFN foi o intercâmbio iniciado com Cuba em 1990, com trocas de experiências entre profissionais e cooperação técnica para elaboração e implementação do programa.

A equipe de trabalho é composta por médicos e auxiliares de enfermagem, uma dupla para cada território adscrito. A carga horária semanal é de 40 horas, *“divididas em atendimento no consultório dos módulos (20 horas), atividades de campo (16 horas) como visitas domiciliares, visitas hospitalares e ações de educação em saúde, e participação em educação continuada (4 horas).”* (Mascarenhas, 2003, p. 62)

O PMFN conta com equipes de supervisão responsáveis por determinado grupo de módulos. Esta equipe é composta por pediatra, ginecologista e obstetra, clínico geral, profissional de saúde mental, assistente social, enfermeiro e sanitaria. Tem como função o gerenciamento e a supervisão dos módulos com suas respectivas equipes, através de visitas periódicas, interconsultas, planejamento conjunto de ações, treinamento em serviço e educação continuada. (Senna e Cohen, 2002)

¹ Em Niterói, a ESF é implementada pela FMS através do Programa Médico de Família (PMF)

O modelo de gestão do PMFN inclui a Associação de Moradores como co-gestora junto à Prefeitura Municipal. As associações são responsáveis pela contratação de recursos humanos para o Programa, cujo pagamento é feito com repasse de verbas do município. Os contratos de trabalho são regidos pela CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), o que garante aos profissionais das equipes seus direitos trabalhistas.

Segundo Mascarenhas “as Associações de Moradores podem indicar os componentes das equipes, mas é a coordenação municipal, através das equipes de supervisão, que seleciona, acompanha e avalia, do ponto de vista técnico, estes profissionais.” (Mascarenhas, 2003, p. 61-62)

5.4 - Estudos sobre a integração da ESF na rede de serviços de saúde e a Atenção Básica no controle da tuberculose

O quadro abaixo agrega uma seleção de estudos nacionais que abordam os temas “avaliação”, “atenção básica”, “integração”, “saúde da família” e “controle da tuberculose”, publicados a partir de 2002. Os estudos internacionais foram descartados pela deficiência de trabalhos em avaliação de implementação e por apresentarem contextos diversos do cenário brasileiro. Não foram encontrados trabalhos publicados que discutam a integração entre a ESF e as unidades de saúde tradicionais nas ações de controle da tuberculose. Os estudos foram relacionados por ordem cronológica de publicação.

Quadro I – Estudos de análise da implantação na Atenção Básica, na ESF e no controle da tuberculose

Autores	Objetivos	Di- men- são	Metodologia	Principais Achados
Senna MCM, Cohen MM 2002	Discutir a introdução do PMF em Niterói, com base em três temas centrais: a) a relação com o sistema local de saúde; b) a questão do controle social; e c) a gestão de recursos humanos em saúde.	Organizacional Implementação	Narrativa sobre a evolução histórica do programa.	<ul style="list-style-type: none"> - Descentralização acelerada, com o PMF surgindo como estrutura paralela à rede de serviços; - Salário diferenciado como ponto de tensão inicial entre profissionais do PMF e os da rede; - Dificuldade de integração entre o PMF e a rede local - dois modelos em constante tensão com momentos de pactuação e de conflitos; - Possibilidade de maior controle social e participação popular.
Conill EM 2002	Discutir a avaliação de políticas de atenção primária, a partir da análise do caso de implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.	Organizacional Implementação	Estudo de caso (Nível organizacional e cinco USF estudadas): entrevistas, observação participante. Triangulação de método, fontes e dados, tendo escolhido o acesso e a integralidade enquanto categorias operativas.	<ul style="list-style-type: none"> - Intenção da gestão em adequar toda a rede aos princípios do PSF (oferecida para as equipes existentes a possibilidade de dobrar a carga horária complementando-se a diferença salarial); - Recrutamento, capacitação, motivação, supervisão e rotatividade foram os principais problemas apontados com relação aos recursos humanos; - Problemas relacionados a: tamanho da equipe, referência para especialidades, apoio diagnóstico, compatibilização com programas existentes, relação PACS/PSF, acompanhamento, controle e avaliação, e apoio estadual; - Melhorias: no acesso para população não beneficiária de planos de saúde, na prevenção com diminuição de internações, nos salários, nas formas de financiamento federal e, uma "contaminação" positiva do aparelho formador e do sistema de saúde.
Mascarenhas MTM 2003	Analisar a implementação da atenção básica à saúde em duas áreas do município de Niterói/RJ, ligadas a um módulo do Programa Médico de Família e a uma Unidade Básica de Saúde (tradicional).	Implementação	Avaliação normativa e pesquisa avaliativa. Estudo de caso com coleta de dados primários e secundários.	<ul style="list-style-type: none"> - Grau de implementação do programa de pré-natal e algumas dimensões do programa de controle da hipertensão arterial foram mais adequadas no modelo do PMF do que na UBS; - Melhor desempenho do PMF em termos de acolhimento, vínculo e responsabilização; - Dificuldades de fluxo dos usuários no sistema de referência e contra-referência, com limitações no acesso a outros níveis de complexidade; - Relação tensa entre Associação de moradores (empregador e usuário) e profissionais do PMF; - Caráter complementar (não substitutivo) do programa.

Quadro I – Continuação

Autores	Objetivos	Di- men- são	Metodologia	Principais Achados
Natal S <i>et al.</i> 2004	Avaliar a estratégia de incentivo financeiro para casos de tuberculose curados, por tratamento auto – administrado para formas pulmonares negativas e supervisionado para formas pulmonares positivas, conforme portaria específica.	Implementação	Análise de implantação. Estudo de casos múltiplos com níveis de análise imbricada. Modelo lógico de avaliação.	<ul style="list-style-type: none"> - O contexto externo parece influenciar nos outros níveis; - Não há autonomia técnica, gerencial e financeira no programa avaliado; - Não há integração entre o contexto organizacional e a Atenção Básica; - A solicitação do procedimento por alta curada não obedeceu ao critério recomendado na portaria; - O contexto organizacional e a dimensão “implementação” influenciaram a efetividade; - A dimensão efetividade apresentou resultados desfavoráveis em todos os casos estudados, com apenas uma exceção.
Silva LMS, Guimarães TA, Pereira MLD, Miranda KCL Oliveira EM 2005	Investigar a articulação do PSF com o Serviço de Assistência em HIV/AIDS, identificar fatores facilitadores e dificultadores e propor formas de trabalho.	Implementação	Abordagem qualitativa – entrevistas semi-estruturadas e observação direta do trabalho. Análise do discurso.	<ul style="list-style-type: none"> - Ênfase no encaminhamento a serviços especializados com transferência de responsabilidade pelo acompanhamento dos casos; - Desconhecimento quanto às formas de acesso e rotina do serviço especializado; - Desconhecimento dos profissionais do serviço especializado sobre o PSF; - Dificuldade de comunicação / informação; - Referência e contra-referência não funcionam.
Estellita BAA 2006	Apontar problemas e discutir as questões da demanda, trabalho e organização da equipe do PSF.	Implementação	Narrativa de experiência pessoal no trabalho de organização de uma equipe de profissionais inserida no contexto do PSF.	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade de acesso a diversos pontos do sistema de saúde e de acompanhamento em níveis de maior complexidade; - Dificuldade de integração entre PSF e UBS; - Pretensão de atender a uma demanda programada a partir de características sociais, demográficas e epidemiológicas (incluindo busca ativa) X a pressão por atendimento a uma demanda espontânea; - Médicos entrando no PSF como um trabalho provisório.

Quadro I – Continuação

Autores	Objetivos	Di- men- são	Metodologia	Principais Achados
Elias PE <i>et al</i> 2006	Comparar as modalidades PSF e UBS tradicional por estrato de exclusão social e identificar as convergências e divergências de opinião de usuários, profissionais de saúde e gestores.	Implementação	Utilização do instrumento Primary Care Assessment Tool (PCAT), contemplando oito dimensões da ABS.	<ul style="list-style-type: none"> - Em todos os estratos, as estimativas dos Índices de AB das unidades PSF são mais altos do que os das UBS tradicionais; - Avaliação de “acessibilidade” regular nos dois tipos de unidade; - Avaliação do “vínculo” com diferença significativa entre a unidade PSF e a UBS somente no estrato de maior exclusão; - “Enfoque familiar” e “Orientação comunitária” com escores mais altos no PSF, embora com valores baixos em geral; - Percepções dos gestores e dos profissionais semelhantes, sendo sempre melhores do que as dos usuários.

5.5 - A avaliação de programas de saúde

Quando buscamos definições para a expressão “avaliação de programas”, encontramos um espectro que vai desde a avaliação de práticas cotidianas até a pesquisa avaliativa. O que todas têm em comum é o propósito de fazer um julgamento sobre um programa, uma intervenção ou uma prática e subsidiar a tomada de decisões. Surge aí a diferença dos termos **monitoramento** - entendido como procedimento rotineiro - e **avaliação**, entendida como uma atividade baseada em uma pergunta específica e tendo como recurso a metodologia científica: “*Uma avaliação é uma investigação sistemática do mérito e/ou relevância de um programa, projeto, serviço, ou outro objeto de interesse.*” (Stufflebeam, 2004, p. 59)

A avaliação é denominada “formativa” quando conduzida durante a implementação de uma prática, com a intenção de melhorá-la. É considerada, ainda, normativa (ou

prescritiva) quando define a “imagem-objetivo”, ou seja, quando apresenta um modelo de procedimento da intervenção e os resultados esperados. (Vieira-da-Silva, 2005)

Vieira-da-Silva (2005) apresenta a classificação das abordagens de avaliação sistematizada por Donabedian, que envolve estrutura, processo e resultados. A **estrutura** engloba os recursos humanos, materiais e organizacionais, fundamentais para a implementação de um programa. A avaliação de **processo** envolve a operacionalização de um programa/intervenção, considerando a qualidade, a direção e a consistência dos serviços prestados, além dos aspectos das relações entre os participantes do programa. Já a avaliação de **resultados** diz respeito tanto ao produto das ações executadas, quanto à modificação das condições de saúde da população alvo.

O CDC (1999) considera que a avaliação deve abordar os seguintes componentes do programa: insumos, atividades, produtos, resultados e impacto. Os **insumos** são os recursos usados no programa (financeiros, humanos ou materiais); as **atividades** são os procedimentos realizados; os **produtos** são as conseqüências imediatas das atividades do programa executadas com a disponibilidade dos insumos; os **resultados** são os efeitos verificados na população-alvo e o **impacto** envolve as mudanças nas condições de saúde da população em geral.

A atividade de avaliação deve considerar as heterogeneidades e peculiaridades de cada programa ou intervenção. A avaliação que se restringe à presença ou ausência de uma intervenção e os efeitos a ela atribuídos utiliza, segundo alguns autores, o “modelo da caixa preta”. (Denis e Champagne, 1997)

Quando as avaliações realizadas envolvem estrutura e resultados, mas desconsideram o processo, muitos fatores permanecem sem explicação e não se consegue justificar “como” e “porque” as ações derivam em resultados positivos e negativos, ora intencionais ora não esperados.

Na avaliação de processo, é possível a identificação de “pontos fortes e fracos” no desenvolvimento do programa, ao contrastarmos as atividades realizadas com as planejadas. (Stufflebeam, 2004) Procura-se entender como o programa está sendo implementado e por que as ações têm um resultado positivo ou negativo. A avaliação de processo volta-se, portanto, para a operacionalização de um programa, e para a maneira como é implantado, o que inclui os diversos aspectos da relação profissional-usuário. (Vieira-da-Silva, 2005)

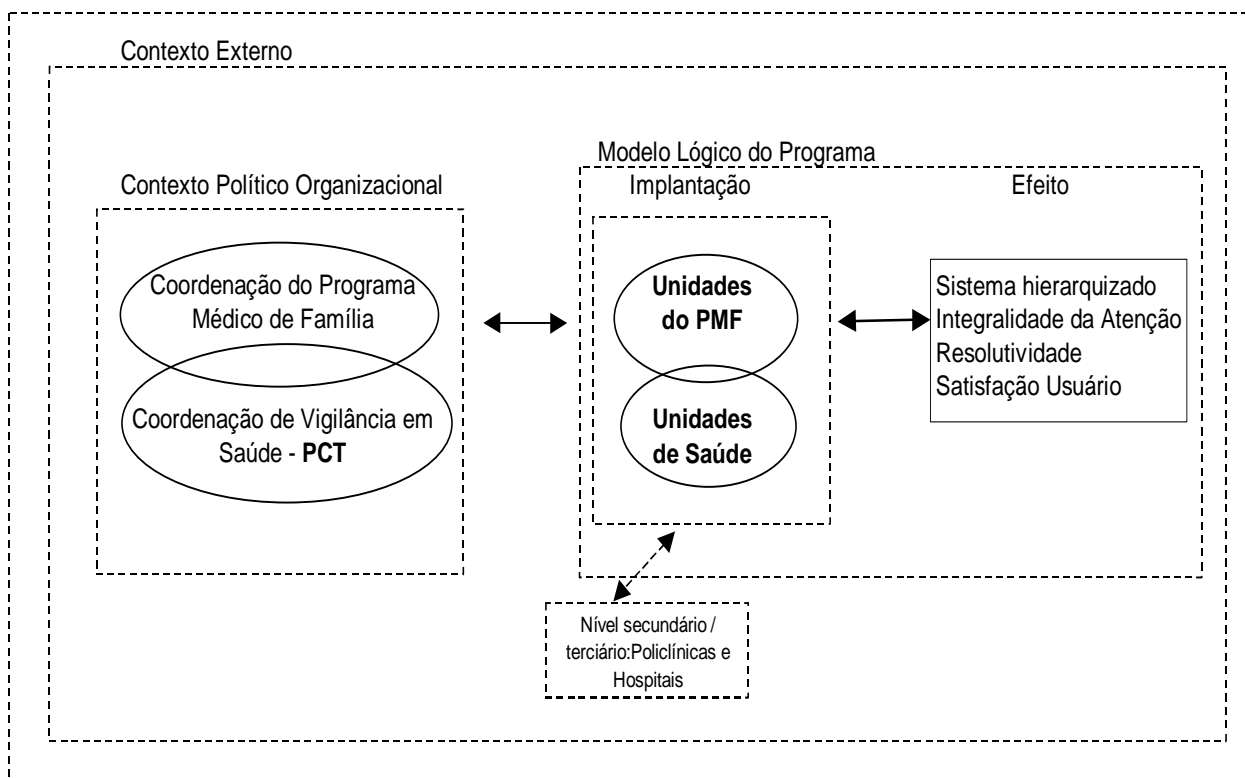
5.6 - Modelos Lógicos

A utilização de modelos lógicos é uma das técnicas empregadas no planejamento e na análise de informações coletadas em um estudo de caso. Baseia-se na apresentação de eventos de forma encadeada, com padrão de causa-efeito, de acordo com a teoria existente. (Yin, 2005)

Segundo Hartz (2005), a construção da teoria de um programa deve considerar tanto os saberes científicos quanto os práticos. Ou seja, deve incorporar tanto os conhecimentos teóricos quanto as experiências dos indivíduos que participam do programa. Assim, *“apresentar e discutir o modelo lógico de um programa é o que permite definir exatamente o que deve ser medido e qual a parceria de contribuição do programa nos resultados observados.”* (Medina *et al*, 2005, p. 46) O Modelo Teórico de Avaliação da integração do PCT na ABS é apresentado na Figura 1..

Figura 1: **MODELO TEÓRICO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA**

Modelo Teórico da Avaliação



Fonte: Adaptado de Hartz (1999)

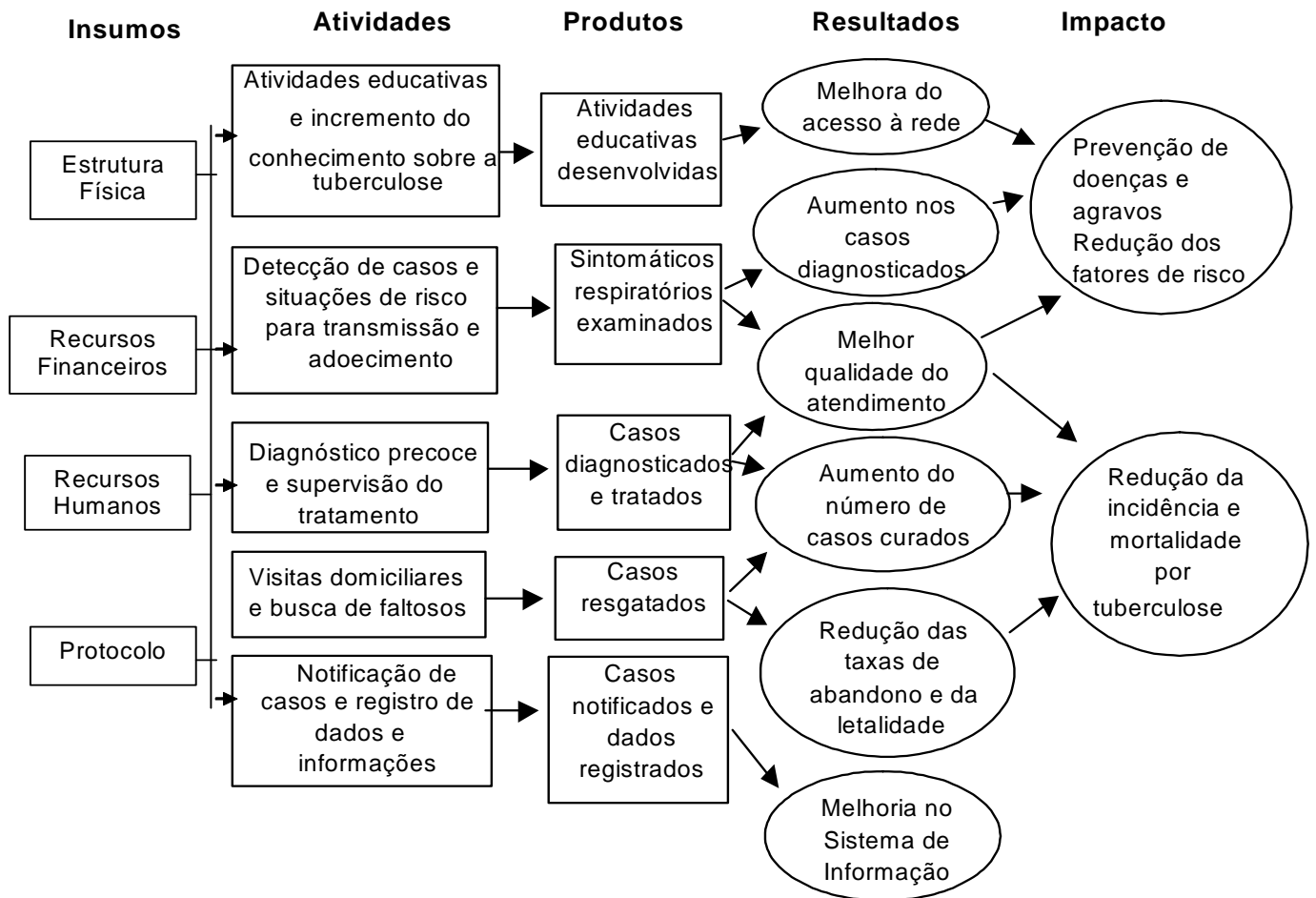
O Modelo Lógico do Programa (MLP), representado de forma esquemática, serve de parâmetro para comparação dos eventos observados e para a construção do Modelo Lógico de Avaliação (MLA). Parte-se, assim, de pressupostos teóricos relacionados aos conhecimentos empíricos. Os eventos observados são comparados aos “eventos teoricamente previstos” utilizando os modelos lógicos como técnica analítica. (Hartz, 1997)

O Modelo Lógico do PCT integrado à ESF (Figura 2) tem como componentes os insumos, atividades, produtos, resultados e impactos. Envolve os recursos humanos e

financeiros indispensáveis, diretamente relacionados a todos os outros elementos do programa.

As atividades apontadas neste modelo envolvem principalmente aquelas relacionadas às metas do programa, ou seja, as de diagnóstico e tratamento do paciente com tuberculose, destacando as ações que a ESF enfatiza, como novo modelo de assistência, com o objetivo de melhorar a qualidade da intervenção.

Figura 2: **MODELO LÓGICO DO PCT INTEGRADO À ESF**



Fonte: Adaptado de CDC (1999)

Para a construção do modelo lógico de avaliação neste estudo são consideradas as dimensões: contexto externo, contexto organizacional, implementação das ações de controle e o efeito destas ações.

No quadro II estão apresentadas as categorias de cada uma das dimensões.

Quadro II: Dimensões utilizadas para a construção do Modelo Lógico de Avaliação

(Fonte: Natal S *et al.*, 2004)

DIMENSÕES			
CONTEXTO EXTERNO	CONTEXTO ORGANIZACIONAL	IMPLEMENTAÇÃO	EFETIVIDADE
Vulnerabilidade social	Autonomia político-financeira	Cobertura e acolhimento	Resultado do tratamento
Compromisso político	Ações intersetoriais	Diagnóstico, Assistência clínica e laboratorial	Satisfação do usuário
Condições sócio-econômicas	Gerência Sistema de Informação	Tratamento e assistência farmacêutica Integralidade	

Além do aumento da cobertura, a integração da ESF ao PCT propõe ênfase nos seguintes aspectos: acesso, atenção integral, diagnóstico precoce e tratamento supervisionado.

É importante considerar que as ações e práticas de saúde têm sua dinâmica própria e encontram-se inseridas em contextos particulares. Além disso, os programas têm natureza complexa, na medida em que incluem diversos componentes e práticas nem sempre consensuais. Isso torna possível uma grande variabilidade da implementação dos programas a nível local. (Hartz, 2005)

5.7 - Estudo de caso

Segundo Yin “*O estudo de caso é a estratégia escolhida ao se examinarem acontecimentos contemporâneos, mas quando não se podem manipular comportamentos relevantes.*” (Yin, 2005, p. 26) O autor aponta que o estudo de caso conta com várias fontes de evidência, entre elas a observação direta dos acontecimentos que estão sendo estudados e entrevistas das pessoas neles envolvidas. Estas técnicas e seus instrumentos têm a propriedade de penetrar na complexidade de um problema ou, ainda, descobrir novos problemas. (Richardson, 1999)

Escolhemos essa estratégia porque nossa pesquisa volta-se para um fenômeno contemporâneo no seu contexto, não sendo possível o controle sobre os eventos. Busca-se uma explanação unindo a implantação do programa e os efeitos produzidos, assim como a análise do contexto em que a intervenção ocorre. (Yin, 2005)

5.7.1 – Modelo Rápido de Avaliação

O método de avaliação rápida (Rapid Evaluation Methods – REM), que proporciona resultados rápidos e úteis para tomada de decisões, foi testado e reconhecido pela OMS entre 1988 e 1991. Suas principais características são a ênfase na observação de campo com aquisição de informações de diferentes níveis, o seguimento de um padrão hierárquico refletindo a estrutura administrativa dos serviços de saúde, a ênfase maior na quantidade e qualidade dos serviços de saúde do que no estado de saúde, os resultados rápidos e úteis para decisões gerenciais. (Lee et Price, 1995) Este método foi adotado como ferramenta para este estudo visto “*que atende a recomendação para estudo de casos, triangulação de dados, de forma sistemática e objetiva, auxiliando a verificação contínua da confiabilidade, validade e interpretação da informação coletada*”. (Natal et al., 2006)

5.7.2 - Análise de Método Misto / Triangulação de dados

Os métodos quantitativo e qualitativo, apesar de suas diferenças, podem ser complementares no planejamento da pesquisa, na coleta de dados e na análise da informação. Enquanto um auxilia na delimitação do problema, na objetividade da coleta de dados e na utilização de técnicas estatísticas, o outro fornece aporte com relação à profundidade e ao detalhamento das informações obtidas. (Richardson, 1999) “*São necessárias múltiplas medidas, usando-se fontes diferentes e métodos diferentes, para garantir que a questão da avaliação seja respondida na íntegra.*” (Worthen, 2004, p.385)

Um dos grandes desafios da utilização de abordagem mista - quantitativa e qualitativa - é a análise. Como sintetizar estas duas abordagens diferentes?

Os métodos de coleta de dados – quantitativos e/ou qualitativos - vão originar uma abordagem analítica para cada um deles. Dessa forma, a confirmação, a triangulação e a ponderação das evidências podem ser usadas para chegarmos à síntese dos resultados. (Worthen, 2004) A análise conjunta das diversas fontes de evidências permite o estabelecimento de “convergências de informações oriundas de fontes diferentes.” (Yin, 2005)

A validade e confiabilidade são desafios importantes para os estudos de caso. Não existe ainda um conjunto de critérios de validade e confiabilidade para os estudos de caso definidos de maneira consensual. Em geral, a validade se refere à precisão e ao valor das interpretações, e a confiabilidade se relaciona com o grau de coincidência de resultados quando outros pesquisadores estudam o mesmo caso, com os mesmos procedimentos. No presente estudo de caso, a validade interna é fortalecida pelo uso de múltiplas fontes de evidências e diferentes modos de coleta de dados. (Yin, 2005) Desta forma, a triangulação

dos dados busca integrar os dados quantitativos e qualitativos colhidos de fontes diversas e incluir os atores do programa como sujeitos da avaliação. (Minayo, 2005)

A validade externa, que mede até que ponto os achados podem ser generalizados, é limitada na pesquisa qualitativa de estudo de caso. Não se devem generalizar os resultados e as conclusões além dos casos específicos; é possível generalizar apenas o modelo teórico de avaliação.

6 - PERGUNTA AVALIATIVA E OBJETIVOS

6.1 - Pergunta Avaliativa

Existe integração entre os diversos programas que fazem parte da ABS?

6.2 – Objetivos

6.2.1 - GERAL: Avaliar a integração entre as ações de Atenção Básica e a ESF, elegendo como condições traçadoras² as ações de controle da tuberculose, no município de Niterói.

6.2.2 - ESPECÍFICOS:

6.2.2.1 - Desenvolver o Modelo Lógico de Avaliação;

6.2.2.2 - Avaliar o grau de implantação do PCT nas UBS e nas unidades da ESF:

6.2.2.2.1 – Descrever a integração entre a Unidade de Saúde da Família (USF) e a Policlínica onde são desenvolvidas atividades do PCT;

6.2.2.2.2 – Avaliar a estrutura e o processo de trabalho do PCT na USF e Policlínica;

6.2.2.2.3 - Descrever a forma de acompanhamento dos contatos na USF e na Policlínica;

6.2.2.2.4 – Conhecer o fluxo de informações entre USF, Policlínica e Gestão do programa;

6.2.2.2.5 - Conhecer as estratégias utilizadas para a busca de sintomáticos respiratórios e de pacientes que abandonaram o tratamento na USF e na Policlínica;

6.2.2.2.6 - Descrever encaminhamento dos doentes com tuberculose para níveis de maior complexidade (sistema de referência e contra-referência);

6.2.2.2.7 - Conhecer o processo de decisão sobre a forma de administração do tratamento (auto-administrado ou supervisionado).

² Técnica para avaliar os diferentes serviços de saúde recebidos pela população. Utiliza problemas específicos de saúde na obtenção de dados para avaliar a qualidade dos serviços, mensurando o processo de trabalho e os resultados. Deve ter seu impacto funcional definido; a taxa de incidência/prevalência alta da doença ou agravo que é objeto da ação, para permitir a coleta de dados adequados; os efeitos dos fatores não relacionados ao serviço de saúde devem ser conhecidos e os procedimentos devem ser bem definidos. (Penna,2005)

7 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

7.1 – Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caso único incorporado, com uma unidade de análise, e com abordagens quantitativa e qualitativa.

7.2 – Local do estudo

O estudo de caso único foi realizado no município de Niterói (RJ). O Programa de Controle da Tuberculose do município foi avaliado, utilizando-se como locais para coleta de dados duas policlínicas e um módulo do Programa Médico de Família.

7.3 – Seleção das unidades de saúde

As unidades de saúde escolhidas foram as duas policlínicas com maior número de usuários acometidos de tuberculose em tratamento. O módulo do PMF selecionado tinha usuários em tratamento e faz parte da área de abrangência de uma das policlínicas escolhidas para o estudo. Em cada uma das unidades diferentes aspectos foram coletados e analisados: quantidade e qualidade dos insumos necessários ao diagnóstico e tratamento da TB, qualificação dos profissionais envolvidos, forma de organização dos serviços e sistema de informação.

Cada unidade foi analisada separadamente e depois realizada a “análise cruzada dos casos”, quando busca-se encontrar os pontos comuns que possam ter contribuído para um maior ou menor grau de implantação.

7.4 – Coleta de dados / Fontes de evidência

Os dados primários foram coletados através de entrevistas, questionários e observação participante, com base em instrumentos estruturados. As entrevistas foram realizadas com usuários das unidades de saúde, profissionais de saúde que trabalham nos serviços selecionados e informantes chave, que foram definidos como gerentes do Programa de Controle da Tuberculose e da Estratégia de Saúde da Família do município, supervisor do PMF, Diretores das Unidades de Saúde, profissional responsável pela Vigilância Epidemiológica nas unidades e coordenador de Vigilância em Saúde. (Instrumentos de coleta de dados no ANEXO I)

As fontes de informação dos dados secundários foram o SINAN Municipal (Sistema Nacional de Agravos de Notificação), o livro de registro e acompanhamento de pacientes (“livro preto”), as fichas de notificação, os prontuários e os livros de registro próprios de algumas unidades.

Para garantir a confiabilidade, validade e interpretação da informação coletada foi utilizado o método de avaliação rápida para sistematizar e aumentar o rendimento da coleta de dados.

7.5 – Modelo lógico de Avaliação / REM / Matriz de Julgamento

Foi desenvolvido um Modelo Lógico de Avaliação (MLA) baseado no Modelo Lógico do Programa (MLP). As dimensões utilizadas no MLA foram o contexto externo, o contexto organizacional, a implementação das ações de controle e a efetividade destas ações.

Quadro III: Matriz de Julgamento: modelo de distribuição das categorias, indicadores, fontes e tipos de coleta

Dimensão	Categorias	Crítérios / indicadores	Fontes de evidência	Tipo de Coleta	Pontuação máxima	Pontuação observada
CONTEXTO EXTERNO	Vulnerabilidade social					
	Compromisso político					
	Condições sócio-econômicas					
CONTEXTO POLÍTICO - ORGANIZACIONAL	Autonomia político financeira					
	Ações intersetoriais					
	Gerência					
	Sistema de informação					
CONTEXTO DE IMPLEMENTAÇÃO	Cobertura e acolhimento					
	Diagnóstico, assistência clínica e laboratorial					
	Tratamento e assistência farmacêutica					
	Integralidade					
CONTEXTO DE EFEITO	Resultados do tratamento					
	Satisfação do usuário					

Fonte: Adaptado de Natal *et al.* (2004)

A identificação dos componentes do programa que estão associados à melhor resolutividade das ações de controle da tuberculose foram considerados para a construção do MTA. Os principais pontos apontados como problemas do controle da doença, resultando em baixa resolutividade, são o abandono de tratamento e a baixa taxa de investigação e diagnóstico entre os sintomáticos respiratórios e pessoas em situação vulnerável ao adoecimento por tuberculose. Ambos estão relacionados ao acesso.

A qualidade dos serviços de saúde neste estudo foi considerada como a execução das atividades de acordo com o estabelecido no programa nacional. A medida de sucesso da integração entre o PCT e o PMF no controle da tuberculose no município é o desenvolvimento das ações de diagnóstico e supervisão do tratamento da doença de maneira mais eficaz.

Para procedermos à análise, foram estabelecidos os critérios para o julgamento do nível de implementação do PCT e da integração do PCT e ESF através de uma Matriz de Julgamento (ANEXO III). Os pontos de corte foram determinados nos tercis.

Para o Contexto Externo utilizou-se:

1. Desenvolvimento satisfatório $\geq 67\%$;
2. Desenvolvimento parcial entre 34 a 66%
3. Não desenvolvido $\leq 34\%$.

Para o Contexto Político-Organizacional empregou-se:

1. Implantação satisfatória - $\geq 67\%$;
2. Implantação parcial – entre 34 a 66 %;
3. Não implantado - $\leq 34\%$.

Para a Implementação:

- 1.Implantação satisfatória - $\geq 67\%$;
- 2.Implantação parcial – entre 34 a 66 %;
- 3.Não implantação - $\leq 34\%$.

Para o Contexto de Efeitos:

- 1.Desempenho alcançado - $\geq 67\%$
- 2.Desempenho alcançado parcialmente – entre 34 a 66%
- 3.Não alcançado - $\leq 34\%$.

8 - ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Osvaldo Cruz e aprovado. As informações junto aos profissionais de saúde, técnicos e usuários foram coletadas com consentimento prévio e autorizado, resguardados o anonimato e a privacidade do informante. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO III) para todas as pessoas envolvidas, lido e assinado, sendo esclarecidas as possíveis dúvidas pelo pesquisador. Foi também solicitada a autorização para gravação em áudio, quando necessário.

Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e sobre o uso exclusivo, para este estudo, das informações coletadas.

9 - RESULTADOS

9.1 – Contexto Externo

Niterói é um município da região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, com população estimada de 476.669 habitantes, em 2006, sendo sua densidade demográfica de 3.695 habitantes/ km², bem superior à do estado, 352 habitantes/ km², e à do Brasil, que é de 22 habitantes por km² (IBGE, 2004). Esses cálculos tiveram como base a população estimada em 2005 e a Divisão Territorial vigente em 01.01.2001. O número de pessoas vivendo em aglomerados subnormais³ corresponde a 11,06% da população (IBGE, 2004).

Os hospitais públicos representam 21,62% dos hospitais do município. Dos estabelecimentos de saúde com internação, 08 (oito) são públicos e 29 (vinte e nove) privados. As unidades de saúde sem internação são 145, sendo 58 públicas (40%) e 87 privadas. Há um total de 2.824 leitos disponíveis, sendo 1.677 do SUS (59,4%), o que corresponde a 3,5 leitos por 1.000 habitantes.(IBGE, 2002)

A população coberta pelo PMF é de 28%, considerando a população total do município. O PMF atende atualmente 126 mil habitantes.

As UBS, policlínicas e USF somam um total de 49 unidades, o que corresponde a 10,27 unidades por 100.000 habitantes. Este número para a região Sudeste é 12,27 e para o Brasil 14,95/100.000. (Viana *et al.*, 2006, p.584)

O percentual de recursos financeiros próprios aplicados em saúde no ano de 2005 pelo município foi de 23,12% da receita própria, o que mostra um aumento progressivo a partir do ano de 2002, quando essa proporção era de 17,85%. Por outro lado, houve uma redução gradual da participação percentual de recursos transferidos pelo SUS em relação à despesa total do município com saúde, sendo de 55,49% em 2002 e de 45,63% no ano de

³ “Setor Aglomerado Subnormal é o conjunto constituído por um mínimo de 51 domicílios ocupando até período recente terreno de propriedade alheia (pública ou particular), dispostos em geral de forma desordenada e densa, e carente, em sua maioria, de serviços públicos essenciais” (IBGE, 2000)

2005. A despesa total em saúde por habitante era de R\$217,90 em 2002, passando a R\$327,19 em 2005 (SIOPS, DATASUS, MS).

A tabela 3 apresenta as condições sócio-econômicas e de saneamento do município.

Tabela 3: Condições sócio-econômicas da população

Indicadores	Niterói	Estado do Rio de Janeiro	Brasil
% População alfabetizada ¹	96,54	93,82	87,2
% População com 8 ou mais anos de estudo ¹	63,94	45,9	43,6
% População com rendimento ¹	67,96	61,92	88,5
% População com renda superior a 5 salários mínimos ¹	29,81	16,42	8,9
% Domicílios com rede de abastecimento de água ²	76,3	86,8	76,1
% Domicílios com rede de esgotamento sanitário ²	70,6	88,1	52,8
% Domicílios cobertos com serviços de coleta de lixo ²	96,5	97,5	79,9

Fontes: 1 - IBGE, Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

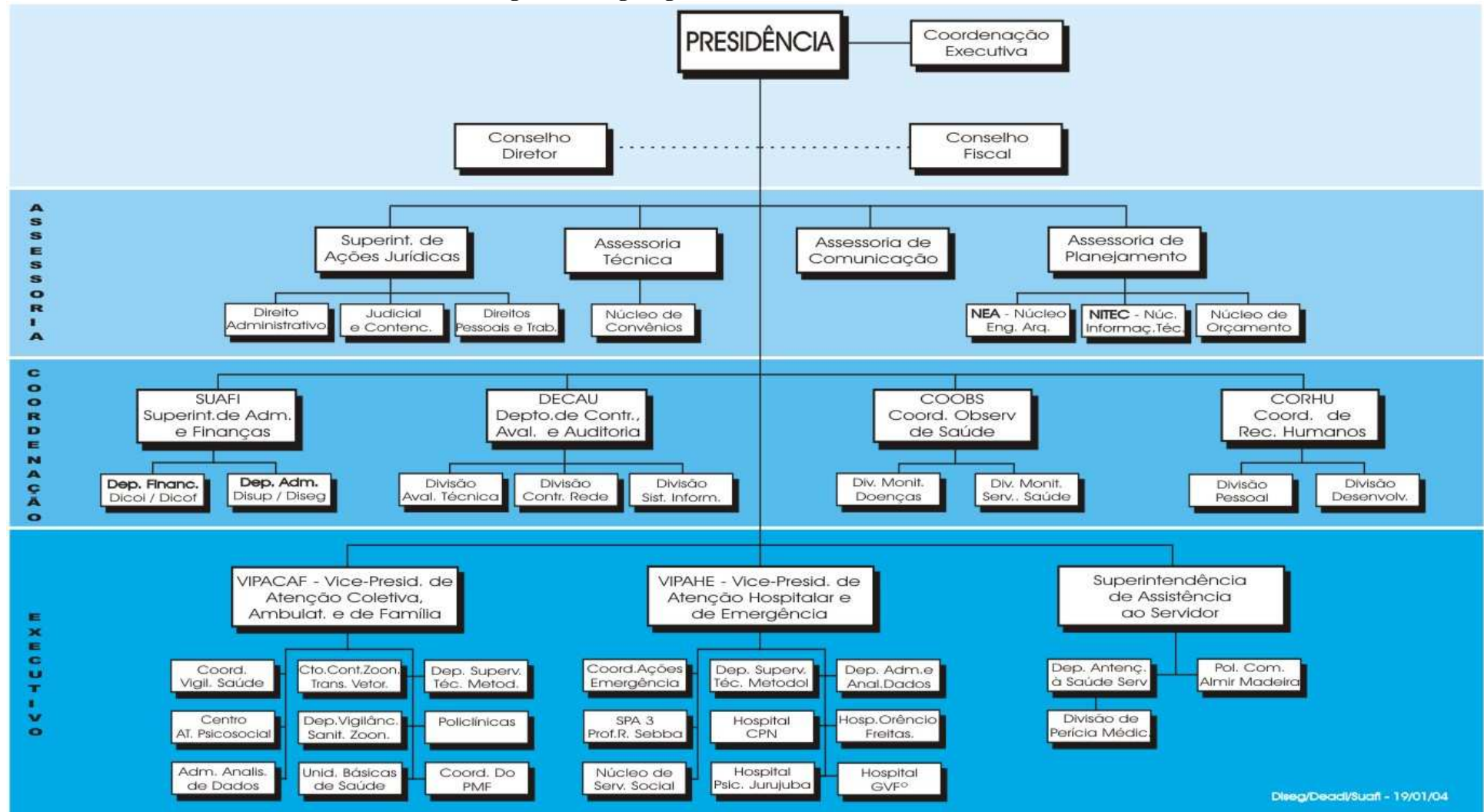
2 - Pesquisa Nacional por amostra de domicílios 1999. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

A população alfabetizada foi calculada considerando a população maior que 10 anos com instrução ou mais de 1 ano de estudo. A mesma faixa etária foi considerada para o percentual de população com 8 anos ou mais de estudo. (IBGE, 2004)

9.2 – Contexto Organizacional

O PCT do município de Niterói está vinculado à Coordenação de Vigilância em Saúde (COVIG), subordinada, por sua vez, à vice-presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e de Família (VIPACAF) da FMS de Niterói. O município conta com a ESF que, entre suas atividades, tem a de diagnosticar, tratar e acompanhar casos de tuberculose de acordo com critérios estabelecidos. O organograma da FMS (Figura 3) mostra que a coordenação do PMF também está subordinada à VIPACAF, e ligada diretamente às Unidades Básicas de Saúde.

Figura 3 - Organograma FMS-Niterói 1



Dois dos profissionais do nível central que foram entrevistados, informaram haver um organograma mais atualizado. Um deles mencionou que o Programa Médico de Família era ligado diretamente à VIPACAF, não como uma instância da FMS, mas como órgão à parte, visto que os trabalhadores do programa são vinculados às Associações de Moradores. Não encontramos organograma diferente do exposto acima.

Em busca de dados sobre essa composição na biblioteca da FMS foi-nos fornecida como informação oficial cópia dos “Atos do prefeito” publicados no jornal *O Fluminense* (Diário Oficial / Municipalidades) no dia 06 de fevereiro de 1999. O decreto nº 8019/99 determina, entre outras coisas, a formação da estrutura administrativa da FMS. Essa estrutura é bastante semelhante à do organograma supracitado, com algumas pequenas diferenças.

De acordo com essa publicação oficial, o PMF não consta na estrutura da FMS. Contraditoriamente, o decreto 8018/99, que pode ser lido na mesma folha da publicação, determina a desapropriação de um imóvel no município que seria destinado “à construção de um módulo do PMF, da Secretaria Municipal de Saúde”.

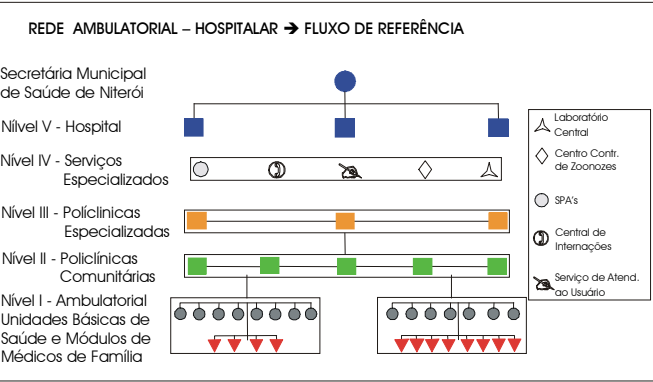
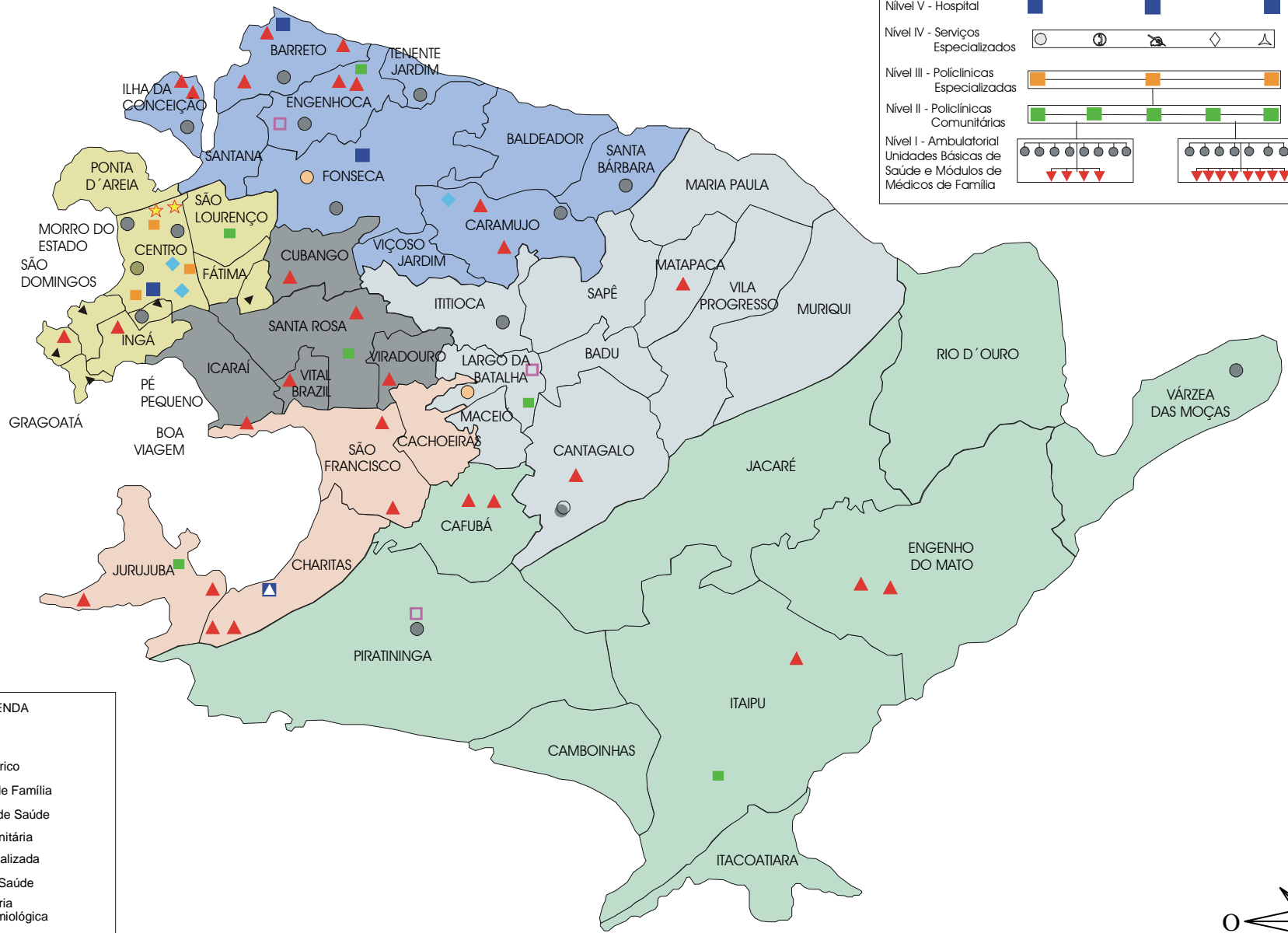
Desde 2006, o município conta com 08 (oito) unidades para tratamento ambulatorial de tuberculose (Unidades Básicas de Saúde ou Policlínicas), o que corresponde a 44,4% das unidades de atenção básica e de média complexidade da rede. Os módulos do PMF são atualmente 31 (trinta e um) e todos estão preparados, com profissionais capacitados para acompanhar os casos de tuberculose, dentro dos critérios estabelecidos para o primeiro nível de atendimento de tuberculose, que são os casos pulmonares, bacilíferos confirmados, sem outros agravos associados. Dos hospitais localizados no município há um, estadual, que é referência para tuberculose, com cerca de 90 (noventa) leitos. Um hospital municipal tem enfermarias para HIV/AIDS, inclusive co-infecção TB/HIV, com um total de 22 leitos. Há ainda um hospital universitário que conta

com setor de doenças infecciosas e parasitárias, possuindo leitos de isolamento. Não haveria dificuldade de leito para tuberculose no município, segundo os gestores entrevistados.

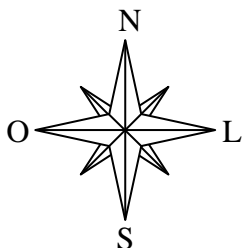
As policlínicas regionais têm como atribuição, além de oferecer atenção à saúde com certa complexidade, ter o domínio do território adscrito com responsabilidade sanitária daquela área, segundo informação de profissional entrevistado. Assim, elas são responsáveis por detectar os problemas e coordenar as ações “*junto às outras unidades de saúde da sua área, bem como às outras instâncias de governo e organizações comunitárias*”.

A figura 4 apresenta o mapa do município com a divisão dos bairros e regiões administrativas, onde estão assinaladas as unidades públicas de saúde. O mapa disponível mostra vinte e nove módulos do PMF, em vez dos atuais trinta e um, por ser mais antigo, mas isso não compromete a disposição espacial das unidades.

REDE FÍSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE NITERÓI



- LEGENDA**
- Hospital
 - ▤ Hospital Psiquiátrico
 - ▲ Módulo Médico de Família
 - Unidade Básica de Saúde
 - Políclínica Comunitária
 - Políclínica Especializada
 - Observatório de Saúde
 - ◆ Vigilância Sanitária
 - ◆ Vigilância Epidemiológica
 - ★ Central de Internação
 - Serviço de Atendimento ao Usuário
 - CAPS
 - SPA



O contexto organizacional foi composto pelas seguintes dimensões: autonomia político-financeira da gestão do programa, ações intersetoriais com vistas a incrementar a busca de casos e o diagnóstico precoce e evitar o abandono de tratamento, ações da gerência e o sistema de informação. Para a coleta de informações sobre esse contexto foram realizadas entrevistas estruturadas com quatro profissionais em cargos de gerência e supervisão tanto da ESF como do PCT. Todos possuem formação profissional qualificada na área de Saúde Pública (cursos de Especialização e Mestrado). A permanência nos cargos entre os profissionais entrevistados varia de 2 a 6 anos e todos já trabalhavam anteriormente na FMS nas suas áreas.

9.2.1 – Autonomia político-financeira

A Coordenação de Vigilância em Saúde (COVIG), bem como a gerência do PCT⁴ não têm **participação na gestão dos recursos** destinados à saúde no município, nem na definição das verbas municipais para o PCT. Suas participações são de decisão sobre a utilização dos recursos destinados tanto à tuberculose (gerência do programa) como a outros agravos (chefia da COVIG). Citam como fontes os recursos da PPI (Programação Pactuada e Integrada) e do PAB (Piso de Atenção Básica). A proporção de recursos federais, estaduais e municipais para o controle da doença não é do conhecimento das coordenações. Um dos entrevistados informa que o repasse nacional geralmente é em forma de incentivo. Com ele, são adquiridos insumos e realizados os treinamentos. O município investe na parte estrutural e de recursos humanos. Considera, também, que as diretrizes propostas pelo governo federal são interessantes, inclusive na questão dos incentivos, pois são recursos próprios para tuberculose. Reforça que a bolsa-alimentação e o vale transporte oferecido a pacientes em tratamento supervisionado têm continuidade

⁴ O responsável pelo PCT no município tem cargo de Assessor do Secretário municipal de saúde. Usamos os termos “gerente”, “coordenador” ou “responsável” como equivalentes.

com recursos da PPI. Um dos profissionais entrevistados reforça que esses incentivos foram iniciados em 2004 com recurso especial do PAI (Plano de Ação Integrada). Segundo informação dos entrevistados, o orçamento municipal para a saúde tem ultrapassado 20%.

A coordenação executiva do PMF participa da decisão sobre aquisição de diversos insumos utilizados pelos módulos, porém não há participação na decisão de aquisição de materiais e medicamentos especificamente para tuberculose. A COVIG fornece os materiais e a farmácia do município disponibiliza os medicamentos. O PMF gerencia a distribuição dos recursos e presta contas.

Nenhum dos gestores⁵ entrevistados participa como membro do **Conselho Municipal de Saúde**. Suas participações são na forma de assessoria técnica, fornecendo informações aos conselheiros, como forma de instrumentalização. Dessa forma, eventualmente, vão a sessões do conselho que demandem informações de suas áreas.

9.2.2 – Ações Intersetoriais

As atividades de **Vigilância Epidemiológica** no município são realizadas pelos respectivos setores das unidades de saúde e, no nível central, pela COVIG. No PMF os supervisores de Saúde Coletiva fazem as atividades de vigilância.

Há uma Assessoria de Informação na COVIG responsável pela alimentação do SINAN, porém as próprias assessorias dos programas fazem a avaliação das informações recebidas, também as incluem no banco de dados e emitem relatórios. O ambiente da COVIG ajuda na constante troca de informações. Trata-se de uma grande sala com diferentes mesas e computadores para as assessorias dos programas. A forma de trabalhar o sistema de informação, segundo um dos entrevistados, é a abordagem ampliada de vigilância em saúde, o que inclui trabalhar os dados e a assistência, correlacionando-os.

⁵ Utilizamos o termo “gestor” para referirmo-nos aos profissionais com cargos de coordenação, supervisão ou assessoria que foram entrevistados

Os dados de tuberculose, tanto da rede tradicional como do PMF, chegam à COVIG e lá são computados no SINAN. Os dados do PMF vão também para o SIAB. Um dos entrevistados informa: “A COVIG trabalha SINAN e mortalidade via COOBS. ASPLAN é a assessoria do secretário que trabalha planejamento. Nesse nível pode ser que as informações se juntem.” Ou seja, não se sabe se existe alguma integração. Se ela ocorre, é no nível da assessoria de planejamento.

A **articulação formal com grupos ou segmentos sociais organizados** voltada para atuar no controle da tuberculose não acontece de forma sistematizada no município. Segundo um dos profissionais, não há ONG que trabalhe especificamente com tuberculose no município. O programa tem contato com escolas, outras secretarias do município, instituições e grupos religiosos. Faz treinamento de pessoas que trabalham com população vulnerável. Por exemplo, foi criado um fluxo para pessoas que chegam para serem albergados na Casa da Cidadania: os recém chegados ficam em uma sala com três leitos que tem janelas amplas. Lá, eles são avaliados e colhe-se material para baciloscopia, se necessário, procurando então a vigilância da policlínica da área para encaminhamento do exame.

9.2.3 - Gerência

O **planejamento** da gerência do PCT não é realizado em conjunto com a coordenação do PMF. O contato maior da gerência para detecção de problemas e propostas de ação se dá com os supervisores de saúde coletiva dos grupos de PMF. Embora não haja planejamento conjunto como atividade de rotina, ele pode ocorrer em alguns momentos pontuais em que haja reunião e discussão entre os responsáveis pelos dois programas, a partir de situações detectadas.

Há um Núcleo de Educação Permanente criado para trabalhar na educação continuada dos profissionais do PMF. Este núcleo iniciou a ampliação de seu alcance há cerca de um ano e pretende agora capacitar toda a rede de atenção básica. Desta forma, o planejamento da **capacitação** seria conjunto entre a coordenação de vigilância, as assessorias de programas e o PMF. Há um cronograma anual de treinamento para o PMF decidido em reunião dos coordenadores do programa. O treinamento faz parte da rotina do programa e é realizado uma vez por semana nos módulos.

Apesar de a questão do treinamento no PMF ser centralizada no núcleo de educação permanente, tenta-se dar as mesmas oportunidades com relação a vagas para cursos e eventos que ocorrem. *“Mas, como a responsabilidade do treinamento é deles, a gente só indica.”* - diz um dos entrevistados. A gerência do PCT já participou do treinamento para profissionais do PMF e tem como prática apontar para o supervisor de saúde coletiva problemas que observa, para que sejam abordados nos treinamentos com a equipe. Tanto o gerente do PCT como outros profissionais (especialistas) da rede ou da universidade com sede no município costumam ser convidados a participar dos treinamentos para o PMF.

No último ano não houve **treinamento** promovido pelo PCT no município. Alguns profissionais participaram do Congresso de Pneumologia e treinamento pré-congresso. Em 2005, houve treinamento, inclusive sobre o sistema de informação, com discussão sobre o significado dos indicadores e a importância da informação. Em geral, participam dos treinamentos sobre o sistema de informação a vigilância da unidade, parte da equipe e o diretor.

A maior parte dos profissionais entrevistados de ambas as policlínicas diz ter participado de algum evento ou treinamento nos últimos cinco anos. Apenas um afirmou ter comparecido a um treinamento no último ano e outro informou ter participado de vários nos últimos três anos. Há, porém, profissionais com menos tempo na rede que nunca

receberam treinamento. Um dos profissionais entrevistados, especialista em Pneumologia, disse já ter participado de treinamento na qualidade de orientador de outros profissionais, não sabendo precisar quando. Nenhum dos entrevistados ligados à assistência disse ter participado de treinamento sobre o sistema de informação.

Tabela 4: Treinamentos e/ou cursos com enfoque em tuberculose implementados em 2005 para os profissionais da rede

Treinamento / Curso	Número De Profissionais Contemplados
Nível superior	119
Nível médio	96
Especialização em Pneumologia Sanitária	01
Especialização em Planejamento de Serviços de Saúde	01

Fonte: Informações coletadas na Coordenação de Vigilância em Saúde

O PMF faz treinamento introdutório e específico para todos os novos profissionais do programa. O primeiro aborda a “*metodologia do programa, a filosofia do SUS, a mudança no processo de trabalho, a diferença entre as unidades básicas e as de saúde da família*”. Já o específico trata das situações ou grupos de risco, sendo um deles a tuberculose. Porém, não se garante que o tema esteja presente na programação todos os anos. A decisão é conjunta, dos coordenadores dos grupos. Caso haja profissionais novos que ainda não tenham passado por capacitação sobre o tema, “*a gente fica fazendo o acompanhamento em serviço, até ter o treinamento de novo.*” Caso um grupo de PMF veja necessidade em algum tipo específico de treinamento, isso é levado à coordenação de capacitação do programa e proposta a realização da atividade em horário de campo. Um dos entrevistados afirma: “*A gente tira um determinado horário de trabalho de campo para fazer uma capacitação para atender àquela demanda.*”

A **supervisão periódica da gerência do programa** é uma supervisão operacional preconizada pelo programa no nível nacional, informa um dos gestores entrevistados. Por vezes, é utilizado um instrumento criado no município. Há um cronograma, que não foi possível cumprir no último ano. O fato de haver uma única pessoa na supervisão dificulta o trabalho. Os indicadores também são abordados na supervisão, assim como a discussão de casos. Um profissional declara: *“Não existe formalmente uma supervisão médica direta.”* Houve tentativa de implantar uma ficha com dados mínimos no prontuário, porém houve resistência. Será feita nova tentativa. Porém, um dos entrevistados preocupa-se com a forma como as mudanças são implementadas: *“Eu não gosto de nenhuma ação que não seja negociada porque eu acho que a gente queima etapas. Às vezes a gente não consegue as coisas por causa disso, porque você desconsidera o processo do outro.”*

No PMF, a supervisão é feita pelo supervisor de saúde coletiva com o esclarecimento de dúvidas técnicas bem como a resolução ou encaminhamento de questões operacionais, além da capacitação em serviço. A gerente do PCT pode, por vezes, fazer supervisão em módulos do PMF.

A principal **estratégia para prevenir o abandono** do tratamento é a forma supervisionada da administração de medicamentos. O **tratamento supervisionado** é preconizado no município para os casos bacilíferos e os não-bacilíferos que já tenham abandonado o tratamento anteriormente, que sejam alcoolistas, usuários de drogas ou pacientes psiquiátricos. Atualmente, não há nenhuma unidade (UBS ou policlínica) fazendo o tratamento supervisionado por falta de recursos humanos.

O PMF faz tratamento supervisionado em quase todos os casos que acompanha, com exceção dos casos em que o paciente não possa ir ao módulo. O paciente pode estar trabalhando no horário de funcionamento do PMF, que é até as cinco da tarde; ou pode haver um caso em que o paciente tenha dificuldade de deambular. A ajuda da família é

necessária nesses casos. O PMF pode também apoiar o PCT e fazer o tratamento supervisionado de usuário que resida na sua área adscrita mas seja tratado em uma UBS ou policlínica.

Nos casos de faltas sucessivas ao tratamento, a equipe do PMF faz visita domiciliar para tentar impedir o abandono. Caso não obtenha êxito, aciona a supervisão de saúde coletiva e de serviço social. A sensibilização da família foi mencionada também como estratégia para evitar o abandono.

O usuário que faz tratamento supervisionado recebe como incentivos o vale transporte e um cartão alimentação no valor de R\$ 90,00 mensais. Porém, no momento da coleta de dados para este estudo não estava sendo fornecido, encontrando-se em processo de licitação. Isso tem sido um problema para convencimento dos usuários no PMF, onde a população tem mais carência financeira.

9.2.4 – Sistema de Informação

A **notificação** nas unidades é feita pelo médico ou profissional da vigilância. Todas as unidades têm setor de vigilância com pelo menos um profissional de nível superior que encaminha as notificações à coordenação de vigilância da FMS. No caso do PMF, os supervisores de saúde coletiva registram os casos e encaminham as notificações para a coordenação do programa. Esta, por sua vez, encaminha as notificações recebidas de todos os módulos à coordenação de vigilância da FMS.

As notificações das USF são encaminhadas através do fluxo de transporte do programa. A supervisora de saúde coletiva do PMF vai à coordenação de vigilância da FMS uma vez ao mês para conferir e comparar os dados notificados com os coletados no livro preto.

As notificações são, muitas vezes, recebidas após uma semana da data do diagnóstico, o que não é considerado um problema pela coordenação de vigilância. Os problemas pontuais que acontecem são o mau preenchimento de campos da notificação e a não-notificação da alta.

A **emissão de relatórios** não é realizada em conjunto. Há relatórios anuais para os gestores. Neles, o PCT insere todas as informações da sua competência, inclusive as relativas ao PMF, além de fornecer dados para que o PMF inclua nos seus relatórios. As assessorias dos programas constroem separadamente seus relatórios, que se juntam em um relatório único da COVIG. Os relatórios são entregues à VIPACAF e, acredita-se, integram-se a um relatório de planejamento anual. A divulgação do relatório para o nível local é realizada de forma verbal, não sistemática. “*Ele é para o gestor, não é para as unidades, mas eu tento manter uma aliança.*”, afirma um dos entrevistados. Foi feito um boletim informativo para as unidades em 2005 com dados gerais do município.

Há um relatório semestral do PMF (com dados de tuberculose inclusive) que é divulgado internamente na reunião de grupo básico. Esta reunião é trimestral e envolve um grupo com coordenador, equipe de supervisores e equipes dos módulos componentes desse grupo.

A **avaliação do sistema de informação** no nível central acontece desde a chegada da ficha de investigação, com a análise do preenchimento. As fichas são avaliadas e só posteriormente a informação entra no banco de dados. Tem-se procurado retornar essa avaliação para as unidades de onde saem as fichas.

Existe também a avaliação feita na hora das pactuações, anualmente. Foi mencionado também que há um ícone no *site* do ministério que disponibiliza alguns indicadores que avaliam o próprio sistema, o que é utilizado pelo município.

Outra forma de avaliar o sistema de informação citada foi a observação de “áreas silenciosas” onde não são registrados casos. Nesse caso, procura-se o supervisor de saúde coletiva do PMF, se é área coberta pelo programa, para conhecer a situação. Na opinião de um gestor entrevistado: *“Temos que olhar a captação de casos. É assim que a gente avalia o PMF relativo às ações de vigilância.”*

No PMF, os supervisores avaliam mensalmente as informações. A avaliação da informação não se dá em conjunto, entre os programas. Uma vez ao ano, a COVIG convida o PMF para participar da avaliação dos programas.

As informações têm sido mais utilizadas para **tomada de decisão** porque houve melhora no banco de dados, segundo um dos entrevistados. Um exemplo disso, foi a possibilidade de mostrar a melhora de resultados com a implantação do tratamento supervisionado associado ao fornecimento de bolsas alimentação, o que resultou em novo recurso para manter o incentivo.

Quanto à tomada de decisão em conjunto, foi relatada a comunicação direta e contínua entre as diversas instâncias no nível central. Dependendo, a situação pode ser resolvida entre coordenações ou gerências, ou pode ser necessária uma “reunião de departamento”, envolvendo mais profissionais. No PMF as decisões com base em informações coletadas estão mais ligadas aos coordenadores de grupo, que podem levar a questão a ser discutida nas reuniões de grupo básico.

A seguir, o Quadro IV sintetiza os principais resultados encontrados no contexto organizacional. Há semelhança entre o PCT e a ESF nos primeiros nove resultados e divergência nos quatro seguintes.

Quadro IV: Resultados do Contexto Organizacional

PCT	ESF
Semelhantes	
Qualificação e experiência profissionais dos gestores	Qualificação e experiência profissionais dos gestores
Inexistência de participação na gestão dos recursos da saúde do município	Inexistência de participação na gestão dos recursos da saúde do município
Participação na decisão sobre a utilização dos recursos destinados ao PCT	Participação na decisão sobre a utilização dos recursos destinados ao PMF
Participação incipiente no CMS	Participação incipiente no CMS
Ações de VE realizadas dentro das unidades	Ações de VE realizadas dentro das unidades
Troca de informações não sistematizada	Troca de informações não sistematizada
Planejamento conjunto não sistematizado	Planejamento conjunto não sistematizado
Descontinuidade do incentivo financeiro para tratamento supervisionado	Descontinuidade do incentivo financeiro para tratamento supervisionado
Inexistência de emissão de relatórios em conjunto	Inexistência de emissão de relatórios em conjunto
Divergentes	
Inexistência de articulação com segmentos sociais organizados	Associação de moradores participa como co-gestora do programa
Treinamento e capacitação realizados para parte dos profissionais de forma esporádica	Treinamento e capacitação como atividades de rotina, com cronograma anual
Deficiência na divulgação de informações para os níveis locais	Divulgação de informações para profissionais do nível local em reuniões trimestrais
Supervisão operacional esporádica	Supervisor de Saúde Coletiva comparece à unidade no mínimo uma vez por semana

9.3 – Contexto de Implantação

Para avaliar o grau de implantação do programa a partir de estimadores da integralidade e qualidade das intervenções de prevenção e controle, foram utilizadas como dimensões o acesso do usuário ao serviço, a infra-estrutura do mesmo, a oferta de exame baciloscópico nos serviços, a busca de casos, os tipos de tratamento, a disponibilidade de medicamentos, os resultados dos tratamentos, as visitas domiciliares, o acompanhamento dos contatos e o sistema de notificação.

Os resultados apresentados baseiam-se em entrevistas com profissionais e usuários dos serviços selecionados para o estudo, além de observação participante realizada durante quatro meses nas três unidades selecionadas. A consulta de prontuários e livros de registro também foram fontes de informação consideradas.

Foram entrevistados nove profissionais que atendem pacientes com tuberculose nas duas policlínicas estudadas (médicos, enfermeiros, assistentes sociais e auxiliar de enfermagem) e três profissionais de equipe do PMF (médico e auxiliares de enfermagem). Um total de doze usuários em tratamento para tuberculose e um em quimioprofilaxia foram também entrevistados. Essas entrevistas foram realizadas na sala de espera do serviço. Nenhuma entrevista foi feita com usuário no PMF. Havia somente um paciente em tratamento para tuberculose cadastrado no módulo, que, com dificuldade de deambulação, não comparecia à unidade. Seu tratamento vinha sendo supervisionado pela família. Havia programação para visita domiciliar para este usuário mas, devido a problemas de falta de pessoal, a VD não foi realizada no período de coleta dados na unidade, que durou cerca de 40 dias.

A policlínica A tem somente um módulo da ESF na sua área de abrangência, enquanto a policlínica B tem seis desses módulos.

O módulo do PMF pesquisado neste estudo se localiza em bairro da área de abrangência da policlínica B.

9.3.1 – Estrutura física e recursos

Na observação nas unidades estudadas, pudemos ver que as formas de **acomodação** são diferentes tanto entre as duas policlínicas como entre elas e o módulo de PMF. O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) é a porta de entrada para todos aqueles que procuram as policlínicas, a não ser nos casos em que o usuário já conhece a unidade ou

recebeu algum tipo de orientação para se dirigir diretamente a alguns setores de atendimento.

Na policlínica A, o sintomático respiratório ou usuário referenciado pode se dirigir ao SAU. Lá será agendada uma consulta para a Clínica Médica ou o usuário será encaminhado ao setor de Vigilância em Saúde para “falar com um enfermeiro”. Às vezes, o usuário se dirige diretamente à Vigilância sem passar pelo SAU, ou porque algum outro usuário o havia informado ou algum funcionário da própria policlínica. O enfermeiro atende o usuário dentro da sala de Vigilância ou no corredor externo, procurando verificar se já tem resultados de exames que confirmem o diagnóstico. Caso contrário, faz a solicitação e agenda a consulta com um dos médicos que atendem pessoas com tuberculose. Não há um setor específico de tuberculose na unidade, nem profissionais exclusivos. As agendas dos médicos que atendem pessoas com tuberculose e todos os prontuários ficam no SAU.

Na policlínica B, tanto a demanda espontânea quanto a referenciada pode procurar diretamente o setor de Pneumologia Sanitária. Quando os sintomáticos respiratórios procuram primeiro o SAU, os funcionários são orientados a encaminhá-los ao setor específico para o atendimento de tuberculose.

Nas duas policlínicas, os profissionais que atendem pessoas com tuberculose estão atentos para agendar a primeira consulta o mais rapidamente possível. Além disso, eles conhecem a importância de agilizar a realização dos exames complementares.

No PMF a recepção é feita pela auxiliar de enfermagem da equipe que conhece a comunidade e frequentemente chama os usuários pelo nome, além de perguntar por seus familiares.

Quanto ao **controle de entrada no serviço**, as unidades têm algumas ações diferentes entre si: a policlínica A exige comprovante de residência para o usuário. Os

casos que necessitam de tratamento para tuberculose e que não residem na área de abrangência são avaliados separadamente. São aceitos moradores de rua. Como exemplo, foi citada a situação de pessoas que trabalham em atividades informais mal remuneradas e que, apesar de terem residência em locais distantes do centro da cidade (muitas vezes em outros municípios), permanecem nas ruas durante a semana por não conseguirem arcar com a despesa do transporte. Os profissionais também atribuem a grande procura da policlínica ao fato de ela estar próxima a quatro hospitais que referenciam os usuários para a unidade de saúde mais próxima que atenda casos de tuberculose. Acreditam que isso gera uma sobrecarga, que pode ser minimizada com a exigência de comprovação de residência na área de abrangência da unidade.

O setor de Pneumologia Sanitária da policlínica B não exige comprovante de residência. A auxiliar de enfermagem que cadastra os pacientes pergunta seu endereço e por vezes informa que há local de tratamento mais próximo de sua residência, mas não recusa o usuário. O médico ou a assistente social, na primeira consulta, quando constata que o usuário reside em área de PMF ou mais próximo a outra unidade, sugere a continuidade de seu tratamento lá. Porém, não é exigida sua transferência.

O módulo do PMF só atende os usuários cadastrados de sua área adscrita. Caso um morador de outro local procure o serviço, é atendido, se possível, na sua necessidade imediata e encaminhado a outra unidade.

A **estrutura física** do local de atendimento de tuberculose nas duas policlínicas é diferente: na policlínica A, como já dito, não há um setor específico para esse atendimento. O SAU é o local de chegada do usuário que deseja ser atendido na unidade. O contato se faz através de três janelas largas, onde funcionários fazem a abertura de prontuários e a marcação de consultas. Os usuários formam filas na área externa ao SAU, que é coberta, mas não possui local para que os usuários se sentem. O ambiente não é favorável à

manutenção da privacidade e também não se percebe uma forma sistematizada de organização da chegada do usuário. Há uma outra janela onde são feitos agendamentos de exames e consultas especializadas para outras unidades (referência). Na parede externa do SAU, há avisos afixados com horários de atendimento e documentos necessários para abertura de prontuário. Consta a exigência de comprovante de residência no nome do usuário. A Vigilância em Saúde localiza-se em uma sala fechada, sem ventilação, refrigerada, no segundo andar de um dos pavilhões da unidade.

Durante a coleta de dados para este estudo, foi designada uma sala para consulta médica de tuberculose, onde foi aberta janela e colocado ventilador-de-pé posicionado adequadamente, além de uma porta sanfonada com abertura inferior e superior de aproximadamente 20 cm cada. O consultório também seria utilizado para atender pacientes com HIV/AIDS. Além disso, um dos médicos que atende pessoas com tuberculose faz as consultas de pacientes HIV/AIDS, em um dos dias da semana, em outro consultório que não dispõe desta ventilação. Caso haja procura de pacientes não agendados com tuberculose nesse dia, também seriam atendidos nesta sala. Os médicos disseram que as mudanças de sala ocorreram por decisão da direção, sem a solicitação de sua opinião. A sala do Serviço Social também sofreu transformação: passou a ser uma sala próxima ao consultório médico onde se faz o atendimento de tuberculose. Esta sala tem uma porta, dois basculantes e um ventilador de teto. Nela são atendidos pacientes com tuberculose e seus contatos, pessoas com HIV/AIDS e, à noite, é local de encontro do grupo de narcóticos anônimos. Como parte das alterações promovidas na unidade, uma outra sala próxima ao consultório de tuberculose foi designada para o atendimento de enfermagem e aplicação e leitura de PPD. Porém, não há funcionário designado para atuar ali. Um dos enfermeiros tenta utilizar a sala, mas em diversos momentos está em outros setores

exercendo outras funções. A sala fica a maior parte do tempo vazia e o PPD, na maior parte das vezes, continua sendo feito na sala de vacinação BCG.

Na policlínica A, não há nenhum profissional exclusivo do programa. Estão comprometidos com diversas atividades e nem sempre encontram-se na unidade nos mesmos dias e horários, o que dificulta a comunicação entre eles. São dois médicos, um assistente social e três enfermeiros, sendo que um deles exerce suas funções na Vigilância em Saúde e o outro é líder da equipe de enfermagem da policlínica. Há também um coordenador multiprofissional, responsável não só pelos programas, mas por todas as atividades desenvolvidas pela equipe de saúde, na unidade.

Durante a observação participante foi acompanhada uma situação que mostrou a precariedade da comunicação entre os profissionais, gerando trabalho desnecessário, o que talvez pudesse ser solucionado com a concentração de agendas, prontuários, livro preto e outros documentos dos pacientes com tuberculose em um só local, além do profissional que mantivesse a organização do setor. Um enfermeiro, ao receber o resultado positivo da baciloscopia de sintomático respiratório, convocou-o a comparecer à policlínica. Informou sobre sua condição e marcou a primeira consulta para o próximo dia de atendimento (em quatro dias). Então, o paciente disse a ele que já havia iniciado o tratamento por orientação de um dos médicos da policlínica e que já tinha sua segunda consulta marcada.

Os consultórios da policlínica A são pequenos, com iluminação natural precária, só há cadeiras para o médico e o paciente se sentarem. Em um dos consultórios, há duas portas: uma que fica permanentemente fechada, outra que se abre para a sala de espera; há um basculante na parte superior de uma das paredes da sala. A ventilação é deficiente, não há incidência de raios solares e ambas as portas permanecem fechadas durante a consulta. Há ventilador-de-teto e de parede no consultório. Não há sinalização ou indicação da sala. Há materiais suficientes para o atendimento básico, com exceção de termômetro. Nas

consultas médicas observadas, houve perguntas de verificação em todas e ausculta pulmonar em grande parte delas, além da mensuração do peso e verificação da pressão arterial. Em algumas delas, a questão do exame dos contatos não foi mencionada. A duração das consultas foi de 10 minutos a 1 hora e 30 minutos. O médico relatou sua pouca experiência com tuberculose e disse que sempre que tem dúvidas procura ajuda de especialistas no Hospital Ary Parreiras ou na policlínica B. Atende os casos bacilíferos usando máscara apropriada, com a porta do consultório fechada. Não utiliza máscara (na mesma sala) quando atende os pacientes com AIDS ou os com baciloscopia negativa. Reconhece a inadequação do espaço físico quanto à biossegurança.

Os usuários são agendados sempre para o mesmo profissional na policlínica A. Procura-se agendar os casos de tuberculose separados dos de HIV, mas isso não funciona adequadamente devido à procura de pacientes com tuberculose fora do dia e horário agendados. Um dos profissionais afirma: *“Você tem que atender no dia que ele retorna, é importante não deixá-lo sem medicação.”* Caso um dos médicos esteja em período de férias, ele procura fazer o agendamento de todos os seus pacientes para quando retornar. O outro médico só atenderá um paciente do colega em caso de intercorrência. Parece não haver muita comunicação entre os dois médicos desta policlínica, um não sabendo o procedimento do outro. Não há, também, atividade de pré e pós-consulta rotineira.

A policlínica B funciona em um prédio de três andares, tem uma área de circulação interna dos funcionários e varandas cobertas externas às salas de atendimento. O SAU fica no térreo da unidade e representa a porta de entrada. São três janelas para atendimento das filas que se formam. Há bancos de alvenaria em frente. Um cartaz na parede mostra os sintomas da tuberculose e fala da necessidade da realização de exames. A unidade possui um setor específico e exclusivo, identificado como Pneumologia Sanitária (não há sinalização ou indicação), que faz o cadastramento dos pacientes e mantém arquivo de

prontuários no local. O setor, que fica no segundo andar da unidade (acesso através de escadas), conta com dois consultórios ligados por uma ante-sala, além de uma sala para pós-consulta e PPD e uma para armazenamento de medicamentos, impressos e materiais. Os consultórios são de tamanho médio, têm duas portas e um basculante grande, aberto, na parte mediana de uma das paredes da sala. As salas têm ventilador-de-pé posicionados adequadamente, mesa com três cadeiras, mesa para exame, negatoscópio e armário para alguns materiais. A sala de pós-consulta é menor e tem duas mesas e duas cadeiras. Todas as salas possuem pia com sabão, suporte com papel toalha e lixeira.

Na ante-sala ficam os arquivos de prontuários e a balança de adulto. Todas as salas têm portas que dão para a ante-sala e, tanto os consultórios como a sala de pós-consulta, também possuem portas para o corredor interno da unidade.

Na policlínica B, há médicos especialistas (pneumologistas) e auxiliar de enfermagem exclusivos para o programa. A assistente social e a pediatra não são exclusivas, mas estão bastante integradas com a equipe. A troca de informações é favorecida por estarem concentrados em um único espaço. Há material suficiente para o atendimento básico, porém somente uma balança que fica na ante-sala dos consultórios. A auxiliar de enfermagem faz a mensuração do peso dos pacientes antes da consulta médica. Nas consultas médicas observadas nesta policlínica, a duração variou de 07 a 35 minutos. Em todas foram feitas perguntas de verificação, vistos resultados de exames complementares, feitas novas solicitações de exames e registros detalhados. Somente em uma consulta houve exame físico e ausculta pulmonar. Não observei mensuração de PA ou temperatura. A linguagem com que o especialista fazia as diversas orientações nem sempre era de fácil compreensão. Por outro lado, havia tempo suficiente para o usuário tirar dúvidas e falar sobre suas preocupações. A pós-consulta é rotineira nesta policlínica, feita pela auxiliar de enfermagem ou pela assistente social. Nela são fornecidos os

medicamentos para tratamento auto-administrado, reforçadas as orientações quanto ao tratamento e importância do exame dos contatos. A aplicação de PPD é feita nesta mesma sala uma vez por semana com leitura após 72 horas.

A **sala de espera** de ambas as policlínicas constitui-se de uma varanda externa aos consultórios onde transitam pacientes e funcionários. São cobertas e com boa circulação de ar. O sol incide em parte da varanda, o que por vezes provoca incômodo nos usuários que estão esperando. Há bancos de alvenaria e madeira suficientes para os pacientes aguardarem a consulta sentados. Há banheiro masculino e feminino para os usuários e um bebedouro. A varanda é compartilhada com usuários que aguardam outros tipos de atendimento. Em geral, os pacientes com tuberculose concentram-se em frente aos consultórios específicos. Não há indicação ou sinalização do tipo de atendimento prestados nas salas que atendem tuberculose.

Apesar de as unidades estudadas não realizarem atividades de grupo com os pacientes com tuberculose, na policlínica B foi relatado que, eventualmente, ocorre “*abordagem de sala de espera com informações sobre a doença*”. Durante a observação participante nesta policlínica, presenciamos uma dessas abordagens, realizada pela gerência do PCT.

O módulo do PMF estudado localiza-se na base de um morro onde reside população de baixa condição financeira. O edifício é um pavilhão único constituído de sete salas, além da sala de espera, de onde partem todas as portas das demais salas. São dois consultórios médicos, sala de curativos, de armazenamento e dispensação de medicamentos, de imunização, de reunião de grupo e de atendimento de enfermagem. Há um banheiro e duas áreas separadas por divisórias: uma para nebulização, onde encontra-se também uma estufa e uma cadeira de rodas, e outra utilizada como copa. Esta área tem porta aberta para a sala de espera, não tem ventilação nem incidência de raios solares.

Mesmo assim, é possível que se faça “escarro induzido”, caso necessário, segundo informações dos profissionais. As divisórias entre as salas de imunização, de medicamentos e de atendimento de enfermagem não são completas até o teto. Na sala de imunização há também balança infantil e aparelho de pressão de adulto. Na **sala de espera** há uma mesa com cadeira onde fica o auxiliar de enfermagem que, entre outras coisas, é responsável pelo atendimento ao usuário que chega. Ali o auxiliar faz registros, agendamentos, orientações e se dirige diversas vezes para as outras salas para realizar inúmeras tarefas, tais como imunização, administração e dispensação de medicamentos, mensuração do peso de crianças, curativos, verificação de pressão arterial, contatos telefônicos para marcação de exames e outros. A maior parte dos usuários que chega é chamada pelo nome. Os auxiliares perguntam sobre os familiares deles e muitas vezes mandam recados para que compareçam ao módulo. Muitos dos usuários se conhecem e conversam entre si. Há dois bancos de madeira para aguardarem o atendimento. O ambiente da sala de espera não favorece a privacidade. Cartazes observados: “Aqui há tratamento para Hanseníase” e “Tuberculose tem cura”, além dos horários dos médicos no quadro de avisos e outros. A sala de espera não é bem ventilada e os usuários aglomeram-se em local pequeno. Um dos entrevistados observa: *“Eles ficam na mesma sala de espera, todo mundo junto. Não há tratamento diferenciado em nenhum aspecto.”* Na sala de atendimento de enfermagem há dois arquivos de prontuários, uma mesa com aparelho de telefone, duas cadeiras e uma pia para lavagem das mãos.

Os **consultórios** no PMF são pequenos, com pouca ventilação, possuem mesa com duas cadeiras e mesa para exame (inclusive ginecológico) e negatoscópio. O aparelho de pressão e termômetro ficam na sala de imunização, onde estes procedimentos são realizados pelos auxiliares de enfermagem.

A equipe é composta por duas auxiliares de enfermagem e dois médicos, além de uma funcionária responsável pela limpeza do local. Cada dupla (auxiliar de enfermagem + médico) é responsável por cerca de 1.300 moradores da área. Porém, uma das auxiliares afirma que atualmente a dupla da qual faz parte já acompanha mais de 1.600 moradores. Todos os profissionais usam jaleco com identificação do PMF.

O médico que compõe a dupla que acompanha atualmente o paciente com tuberculose esteve por mais de um mês licenciado e posteriormente foi substituído. Durante todo o tempo em que estive acompanhando o processo de trabalho no PMF, não houve visita domiciliar na área do caso de tuberculose. A situação se agravou quando uma das auxiliares entrou em período de férias e não houve substituto.

Há uma equipe de supervisão para cada grupo de módulos, composta por um coordenador e supervisores nas áreas de saúde coletiva, enfermagem, pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, serviço social e saúde mental. Em um dos dias dedicados à observação participante, a equipe de supervisão reuniu-se na sala de reunião do módulo. Deste modo, alguns profissionais puderam auxiliar a equipe do módulo em alguns atendimentos devido à falta de um dos médicos.

9.3.2 – Profissionais da equipe

Os profissionais da policlínica A envolvidos no atendimento a pessoas com tuberculose são na maioria dos casos funcionários municipais ou estaduais, com tempo de trabalho na unidade e junto a pacientes com tuberculose bastante variado, indo de 1 a 12 anos na unidade, e de 1 a 22 anos na experiência com tuberculose. Com relação à formação, encontramos médico com residência em Clínica Médica e Infectologia (contratado por uma ONG para prestar assistência a pessoas com HIV/AIDS), assistente

social com especialização em Saúde Pública e Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde e os demais sem qualquer especialização (um estava cursando).

Os profissionais entrevistados do setor de Pneumologia Sanitária da policlínica B são servidores municipais ou estaduais, todos com mais de 25 anos de trabalho junto a pessoas com tuberculose. Dois deles têm mais de 25 anos atuando na própria policlínica e já poderiam ter se aposentado. Uma outra característica é que os dois médicos que atendem no setor são pneumologistas. A assistente social tem especialização em Saúde.

No PMF, os auxiliares de enfermagem têm 2 e 7 anos trabalhando no programa. Já o médico está há menos de um ano e há apenas duas semanas naquele módulo. Não tem especialização. A preocupação com a inexperiência foi esboçada por um profissional: *“Talvez eu não esteja muito apto para falar de tuberculose, tratei poucas vezes, não me sinto muito confortável.”* São trabalhadores regidos pela CLT, contratados pela Associação de moradores da área onde trabalham, co-gestora do PMF junto à FMS.

9.3.3 – Demanda

Com base na análise de prontuários, no ano de 2005, constatamos que na policlínica A a distribuição da demanda se deu da seguinte forma: 49% espontânea, 38,8% referenciados, 8,2% outros e 4,1% sem informação. A percepção da maior parte dos profissionais entrevistados era a de que a demanda referenciada seria a mais frequente nesta policlínica: *“Praticamente não há demanda espontânea de sintomáticos respiratórios na unidade, a maior parte é referenciada já como caso suspeito de tuberculose”*.

Na policlínica B, onde a percepção dos profissionais mostrava justamente o oposto (demanda espontânea como a de maior frequência), encontramos a seguinte distribuição: 58,5% referenciados, 19,8% outros, 18,8% espontânea, e 3% sem informação

O atendimento no PMF acontece por demanda espontânea, mas há grupos monitorados e faz-se a busca quando ficam muito tempo sem comparecer (crianças, idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes, mulheres).

9.3.4 – Acesso do usuário ao serviço

A maior parte dos profissionais não considera a **distância da residência** como fator limitante para o atendimento. Em poucos casos há dificuldade financeira para o transporte, o que pode ser solucionado através do passe livre. Porém, há limitações para o fornecimento do passe, bem como alguma demora. Foi relatado que as faltas dos usuários na maior parte das vezes não estão relacionadas à distância da residência ou dificuldade no transporte. Na policlínica A, 50% dos usuários entrevistados dirige-se à unidade a pé em trajetos de no máximo 15 minutos. Os 50% restante usam ônibus ou carro (01 caso somente) e consomem no máximo 20 minutos no transporte até a unidade. Na policlínica B, o tempo de transporte foi de 5 a 30 minutos de ônibus, 10 a 15 minutos a pé e 10 minutos de táxi.

A **acessibilidade** está garantida principalmente no módulo do PMF que se encontra próximo à clientela que atende. Nas policlínicas, a distância percorrida pelos usuários também não é longa, pois elas se localizam em áreas de circulação de transporte coletivo.

Quanto à **espera para ser atendido pela recepção** e marcar a primeira consulta, os usuários foram quase unânimes em afirmar que não houve demora. Na maior parte das vezes, conseguem ser atendidos no mesmo dia em que procuram a unidade, podendo aguardar no máximo três dias nos casos em que vão à unidade em dias ou horários em que não há atendimento para tuberculose. Nesse caso, os exames iniciais são solicitados por profissionais da vigilância, enfermeiros ou outros médicos que estejam na unidade. Na visão dos profissionais, a primeira consulta é marcada de 2 a 3 dias após a primeira ida do

usuário à unidade. Dois profissionais acreditam que esse tempo pode ser maior, de 7 a 10 dias.

A **espera para ser atendido no dia da consulta** é bastante variável, mas o intervalo de tempo relatado com mais frequência, tanto pelos profissionais quanto pelos usuários, foi o de 30 a 60 minutos, podendo chegar a 2 horas de espera. Alguns profissionais desconheciam de quanto era esse tempo de espera. Nas policlínicas as consultas são marcadas para o turno da manhã ou da tarde, os pacientes são atendidos por ordem de chegada. No PMF, são agendadas para horários diferentes. Na policlínica B já houve tentativa de agendamento com hora marcada. Mas, segundo relatado, não funcionou. *“Os pacientes chegam todos juntos, no mesmo horário.”*

Nenhuma das unidades estudadas tem **horário de atendimento ampliado**. O funcionamento de todas para o público é de 8 às 17 horas, sendo que o atendimento específico para tuberculose pode variar: de segunda-feira a quinta-feira pela manhã em uma policlínica e às segundas-feiras à tarde, terças e quintas-feiras (manhã e tarde) na outra. No PMF, não há dia ou horário destinado à tuberculose. Nas policlínicas, quando não há médico específico para o atendimento de tuberculose no dia ou horário procurado pelo usuário, procura-se agilizar a solicitação de exames para diagnóstico e agendar a consulta o mais rápido possível.

Quadro V: Horário de atendimento para tuberculose nas unidades estudadas

Dias de atendimento por semana	Horas de atendimento por dia			Horas/semana
	Policlínica A	Policlínica B	PMF	
03	08 em 2 dias, 04 em 1	---	---	20
04	---	05	---	20
05	---	---	08	40

Da mesma forma, em situações de procura por usuário em tratamento **sem agendamento prévio**, tenta-se atendê-lo no mesmo dia em todas as unidades estudadas. Quando os médicos que atendem tuberculose não estão presentes, é necessário recorrer a outro médico da unidade.

Em todas as unidades pesquisadas os usuários têm seu **retorno agendado para o mesmo profissional** médico e, durante todo o tratamento são marcadas mais de seis consultas médicas.

A **duração da consulta** foi bastante variável, principalmente se compararmos a primeira consulta, mais demorada, com as subsequentes. Pudemos observar desde consultas com mais de uma hora de duração até com menos de 10 minutos. A maior parte dos profissionais não soube precisar esse tempo.

9.3.5 – Integração entre as unidades para o controle da tuberculose

A questão da referência e contra-referência é uma preocupação por parte dos gestores: *“Eu acho que o grande problema que a gente criou com o modelo é que tem que haver uma referência para média e alta complexidade.”*

O **fluxo de pacientes entre PMF e policlínicas** se dá de diversas formas. No caso do fluxo do PMF para a policlínica, pode haver a consulta do especialista, a solicitação de parecer ou mesmo o encaminhamento do paciente para ser tratado na unidade. Segundo um dos coordenadores entrevistados, *“A solicitação de orientação técnica para os pneumologistas pode ser feita por telefone ou através de encaminhamento do paciente para parecer. Até hoje, a maior referência é na unidade X e tem uma boa flexibilidade. Não só porque tem pneumologistas, mas porque tem aquelas pessoas lá, que são abertas a discutir os casos.”* Foi relatado que pode ocorrer de o médico de família acompanhar o paciente na sua consulta ao pneumologista e fazer a discussão do caso. Isso funcionaria

como capacitação para ele. Essa situação não foi mencionada por profissional da ESF entrevistado, que disse saber para qual policlínica referencia os pacientes, mas desconhece onde fica e quais são os profissionais que lá atuam. Um dos profissionais da policlínica B relatou, como forma de integração entre sua unidade e o PMF, a busca por orientações. *“Às vezes procuram a gente por causa de casos mais complicados, às vezes telefonam. Eu estou sempre disponível, não há problema em ajudar. Não é nada oficial.”* Os pacientes com tuberculose encaminhados para tratamento na policlínica são aqueles que não correspondem aos critérios estabelecidos para atendimento pelo PMF. Nesse caso, há encaminhamento formal e o próprio módulo do PMF agenda a primeira consulta para o usuário na policlínica. Um profissional da equipe, porém, desconhecia os critérios para encaminhamento, dizendo que ele se dá quando o paciente *“não está respondendo ao tratamento”*.

O PMF deve fazer o acompanhamento conjunto do morador de sua área, inclusive realizando o tratamento supervisionado se necessário. *“O modelo descentralizado prevê a manutenção da estrutura e referência com acompanhamento pelo local de origem.”* As solicitações de PPD também são todas encaminhadas às policlínicas, visto que o PMF não realiza este exame.

Os módulos do PMF estão sempre ligados a uma policlínica para onde irão referenciar os casos para especialistas. Os documentos consultados com relação a essa divisão tinham algumas informações divergentes. Além disso, observamos e foi dito em entrevistas que o módulo do PMF pesquisado fazia a referência dos pacientes para policlínica que oficialmente não era de sua “regional”, mas era a de melhor acesso pelo fluxo de transporte público. Este é outro aspecto em que os gestores tentam intervir: *“É outra coisa que a gente tenta entrar nessa discussão, que é a questão do fluxo e divisão de unidades no município. Tem-se que pensar no fluxo rodoviário, não adianta ter uma*

unidade no mesmo bairro se o fluxo viário para outro bairro é melhor.” Em março de 2007, fui informada de que os grupos do PMF passaram a ser 4 e não 5 como antes, “por contenção de despesas”. Houve uma redistribuição dos módulos.

A coordenação diz que, por vezes, há alguma dificuldade com relação à contra-referência, mas que isso não é sentido quando se trata de usuários com tuberculose. Isso é atribuído ao cuidado e atenção dispensado pelo especialista mais procurado nas solicitações de pareceres. Um profissional da ESF entrevistado refere-se a essa questão de uma maneira geral, não especificamente com relação à tuberculose. *“Quem faz o atendimento de nível secundário é a policlínica da área. Isso é um problema constante, a gente manda a referência, não volta a contra-referência. Quem fica em cima mesmo é a supervisão, eu mesmo não sei nem onde ficam as policlínicas.”*

O fluxo de pacientes da policlínica para o PMF parece ser menos freqüente. Alguns profissionais desconhecem a organização da rede e as unidades para as quais são referência. Um deles afirma: *“Não há integração entre a unidade e o módulo do PMF, porque não há PMF na área de abrangência da unidade.”* O mesmo profissional diz que já recebeu pacientes com tuberculose referenciados do PMF, porém, segundo ele, eram de outras regiões e não queriam fazer o tratamento próximo à residência. Os outros profissionais referem-se à integração com o PMF apenas como recebedores de pacientes referenciados ou como consultores não formais de dúvidas a respeito do tratamento. Um dos entrevistados declara: *“Só acontece quando há necessidades ou interesses por parte do módulo do PMF. Quando é uma situação que surge aqui, há mais dificuldade de retorno. Essa integração fica muito a desejar.”* Alguns desconhecem que todos os módulos do PMF podem fazer o diagnóstico e acompanhamento de TB: *“O médico de família hoje tem uma autonomia, alguns tratam, outros não.”* Há queixas de que, quando um morador de área de PMF é diagnosticado na policlínica, dificilmente consegue-se o retorno do mesmo

para acompanhamento no módulo: *“Pouquíssimos casos tive retorno satisfatório. Sempre a dificuldade é do usuário, dizem que já foram, já tentaram, mas ele não quer. Eu questiono: eles não estão lá pra isso?”* Em oposição, um funcionário do PMF diz que a policlínica identifica os moradores de áreas do PMF pelo endereço e os encaminha de volta para tratamento e acompanhamento. Porém, segundo um profissional da policlínica, parece haver alguma dificuldade de comunicação. Citou a situação de um usuário que iniciou o tratamento na policlínica e decidiu continuá-lo no PMF, sem encaminhamento formal: *“só descobrimos depois”*.

9.3.6 – Oferta de exame baciloscópico

A oferta de exames complementares não foi motivo de queixa entre os entrevistados. Segundo um gestor: *“A questão de laboratório aqui em Niterói é muito bem resolvida. Há um laboratório municipal que é resolutivo. O exame complementar não é problema pra gente (raio X e BAAR).”*

Na policlínica A, 65,8% dos casos de tuberculose tinham os registros do resultado da primeira **baciloscopia** realizada para confirmação diagnóstica, e somente 10% os resultados da segunda. Em 25,7% dos casos a primeira baciloscopia não foi realizada e havia 8,6% sem informação. Com relação à segunda baciloscopia nesta unidade, 84,3% não tinham informação registrada e 5,7% constavam como não realizadas.

Gráfico I: Resultado percentual do primeiro exame baciloscópico na policlínica A, 2005

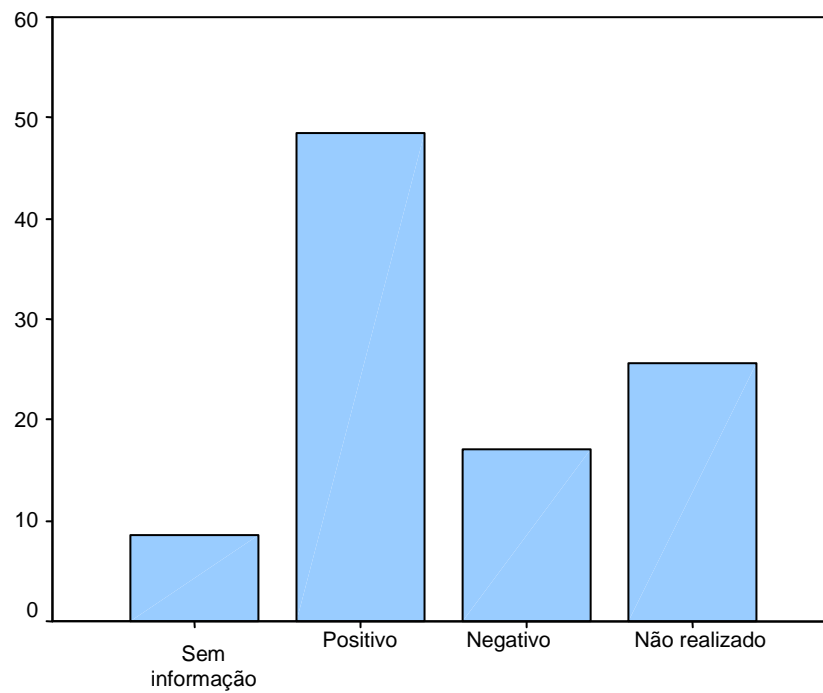
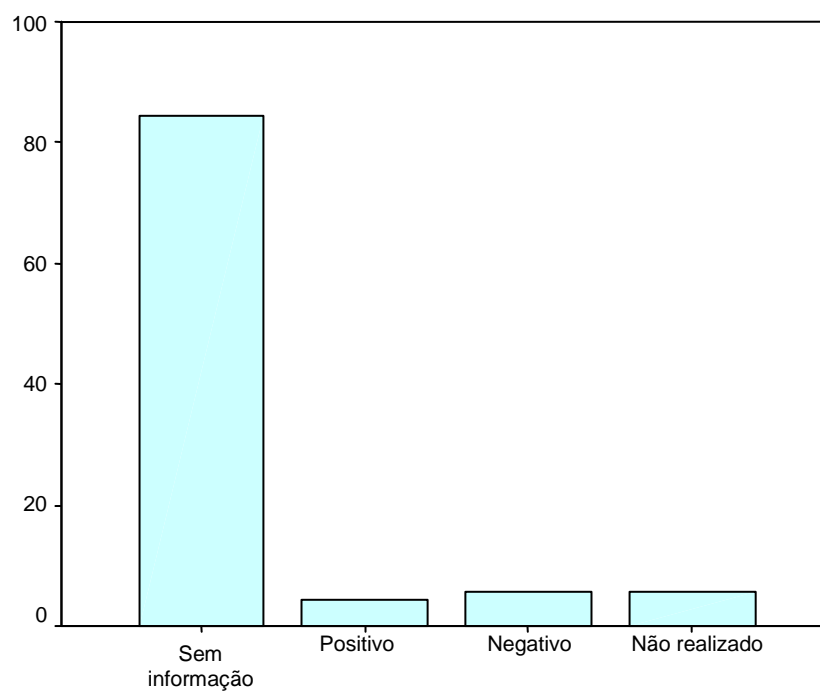


Gráfico II: Resultado percentual do segundo exame baciloscópico na policlínica A, 2005



Na policlínica B, 84% dos casos tinham resultados da primeira baciloscopia registrados e 37% os da segunda. Em 15% dos casos a primeira baciloscopia não foi realizada e 1% não tinha informação. Já na segunda baciloscopia, 49% dos casos eram sem informação a esse respeito e 14% não realizados.

Gráfico III : Resultado percentual do primeiro exame baciloscópico na policlínica B, 2005

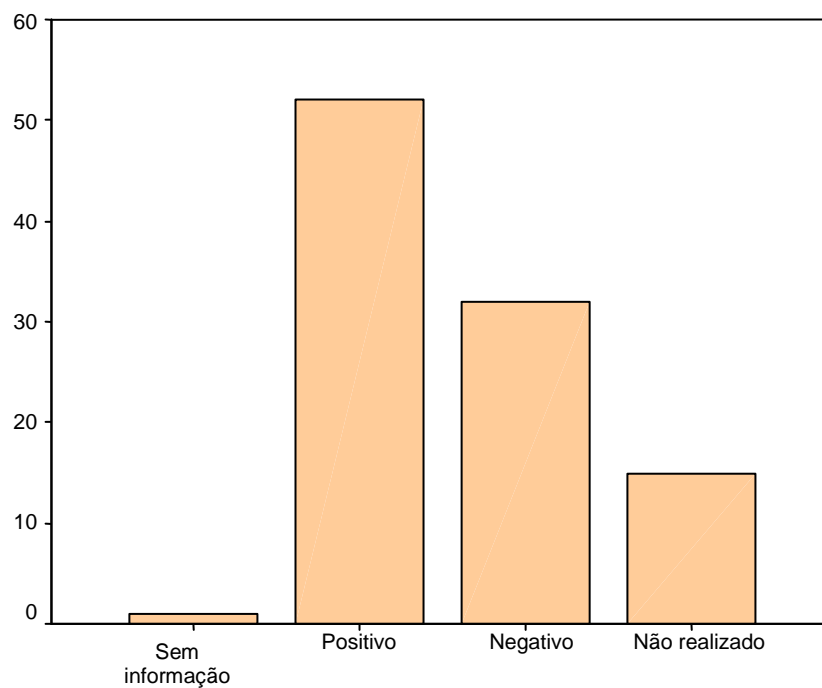
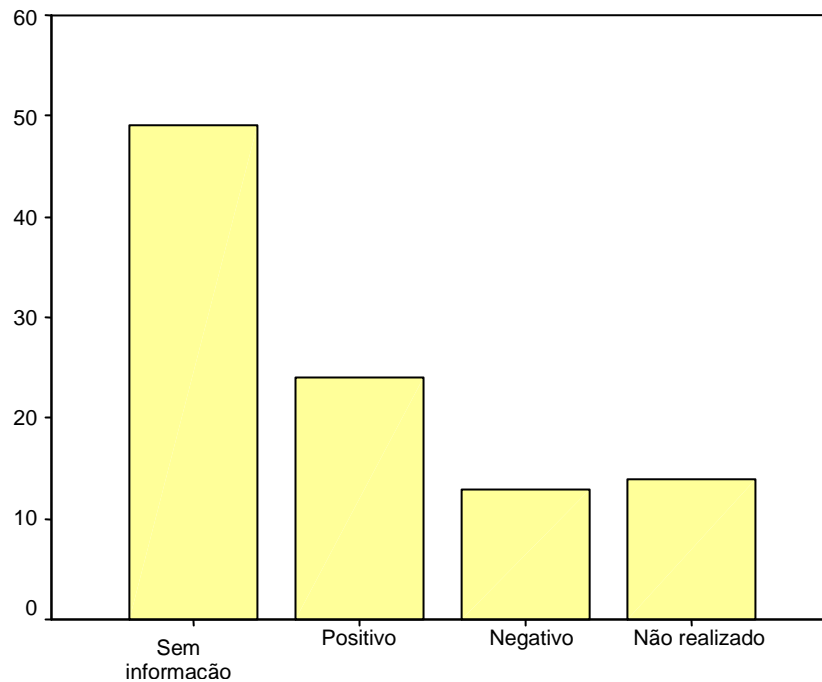


Gráfico IV : Resultado percentual do segundo exame baciloscópico na policlínica B, 2005



No PMF, 66,6% dos casos do grupo I registrados tinham o resultado da primeira baciloscopia e somente 13,3% tinham o resultado da segunda. Em 13,3% dos casos a primeira baciloscopia não foi realizada e havia 20% sem informação.

A oferta de exame baciloscópico na policlínica A é feita principalmente pelos profissionais da Vigilância em Saúde da unidade, além dos médicos que atendem tuberculose. Tanto profissionais da vigilância (enfermeiros) quanto médicos podem fazer a solicitação. Dois dos profissionais entrevistados disseram não conhecer a conduta dos clínicos com relação aos sintomáticos respiratórios. O resultado do exame chega em aproximadamente uma semana (ou 15 dias, segundo um profissional). Um médico entrevistado disse não iniciar o tratamento sem o resultado. Os demais profissionais, com exceção de um, acreditam que o tratamento pode ser iniciado se o quadro clínico, o raio X e a história epidemiológica forem sugestivos.

Na policlínica B, é solicitada baciloscopia para todo sintomático respiratório que chega ao setor. O médico é o responsável pelo pedido, mas o auxiliar de enfermagem diz que pode solicitar na ausência do mesmo. Quando o resultado é positivo, o laboratório informa no mesmo dia ou, no máximo, no dia seguinte. Os resultados negativos costumam chegar em menos de uma semana. O tratamento pode ser iniciado sem o resultado do exame quando há *“evidências no raio X com clínica bem típica. Sempre espero que ele colha o material e no dia seguinte começa a medicação, para não perder tempo.”*

O sintomático respiratório no PMF recebe o pedido de baciloscopia e é orientado para a coleta da amostra de escarro. A coleta é feita muitas vezes na área externa do módulo e encaminhado ao Laboratório Miguelote Viana, no bairro de Santa Rosa. O resultado em geral chega em 10 dias mas, caso haja forte suspeita de tuberculose, faz-se contato telefônico com o laboratório e consegue-se o resultado em menor tempo (um a dois dias). Um dos profissionais entrevistados informou que os resultados dos últimos exames de escarro que solicitou levaram de 2 a 3 semanas para chegar: *“Entre os nossos exames não é o que demora mais.”* Ele não inicia o tratamento sem o resultado. Outro profissional discorda, considerando que o tratamento pode ser iniciado se o raio X e os sintomas sugerirem fortemente a doença. O medicamento solicitado após o diagnóstico chega no dia seguinte ao da solicitação. Um profissional considera que tosse com mais de 3 dias é sintoma que justifica a solicitação do exame baciloscópico. Já o outro informa que, para solicitar o exame, deve haver algum outro sintoma ou característica além da tosse que embase a suspeita de tuberculose: *“Se fizermos excessivamente o BAAR e ficarmos presos ao diagnóstico de tuberculose, podemos perder os outros diagnósticos.”*

9.3.7 – Busca de casos

Foram realizadas seis ações de **busca ativa de suspeitos** pela policlínica A no ano de 2005, sendo três em escolas e três em sala de espera. Foi também realizada uma busca em albergue a partir de caso. Os profissionais entrevistados, quase na sua totalidade, afirmaram que a busca de casos é realizada pela Vigilância da unidade, a partir de informações da comunidade ou rastreamento em instituições. Porém, não é uma atividade de rotina, sistematizada.

A policlínica B também realiza busca de casos a partir de casos confirmados ou suspeitos em instituições. Foi mencionado que essa busca é organizada pelo serviço de Vigilância Epidemiológica da unidade junto com a COVIG. Não é atividade rotineira.

No PMF, os auxiliares de enfermagem relataram que a busca de casos é realizada quando há suspeita ou notificação por parte dos moradores da área. Foi dito também que pode acontecer durante o trabalho de campo rotineiro: *“A busca pode acontecer a partir de casos suspeitos ou durante as visitas domiciliares de rotina quando encontramos algum sintomático. Durante o trabalho de campo, procuramos observar estas coisas.”* Um profissional, porém, disse que, apesar de ser uma ação desejável, não está sendo realizada. *“Tem ‘cabeça de porco’ aqui e a gente poderia fazer essa busca periodicamente, é até uma idéia, mas não está acontecendo.”* Um dos profissionais da gestão concorda que a busca de sintomáticos respiratórios não é realizada, o atendimento se dá pela demanda que chega ao módulo. Ressalta, porém, que todo usuário tem ao menos uma consulta anual e que cada casa tem que ser visitada anualmente: *“Então, isso é uma maneira de captar, desde que você esteja antenado para a questão do sintomático respiratório.”* Acredita também que esse trabalho tem aumentado o diagnóstico de tuberculose.

O número de **sintomáticos respiratórios examinados** nas unidades não teve registro. O que podemos concluir a partir de coleta de dados nos prontuários é que 49%

dos casos diagnosticados e tratados na policlínica A, em 2005, procuraram a unidade espontaneamente, sem referência. Na policlínica B, essa proporção foi de apenas 18,8%, prevalecendo nessa unidade os usuários referenciados tanto de serviço de saúde privado (30,7%) como público (27,8%).

9.3.8 – Formas de administração do tratamento

De acordo com os prontuários consultados, a **forma de administração do tratamento** na policlínica A, em 2005, distribuiu-se da seguinte maneira: 89,8% dos casos fazendo tratamento auto-administrado, 6,12% que fizeram tanto tratamento supervisionado quanto auto-administrado e 4,08% com tratamento supervisionado. Se considerarmos somente os casos pulmonares positivos, temos 84,6% com auto-administração dos medicamentos, 7,7% que fizeram o tratamento supervisionado e o mesmo percentual dos que submeteram-se às duas formas de administração. Um profissional que já participou da supervisão de tratamento percebe que, mesmo com o tratamento supervisionado, alguns pacientes deixam de comparecer quando sentem-se melhores, devido à necessidade de trabalhar. Outro fator que colaborou para o não-comparecimento foi a interrupção no fornecimento de café da manhã para os que vinham tomar os medicamentos. O profissional informa que não havia local próprio para a supervisão do tratamento, nem recursos humanos suficientes. Acredita que os critérios de elegibilidade para o tratamento supervisionado selecionam pacientes com muita dificuldade em obter sucesso no tratamento com esse tipo de supervisão: *“Há a dificuldade de o paciente comparecer diariamente, por dependência física e/ou emocional. Além disso, os pacientes selecionados muitas vezes não têm os documentos exigidos para receber os incentivos.”*

Tabela 5 : Forma clínica X Administração dos medicamentos na Policlínica A

Forma Clínica	Forma de Administração do tratamento			Total
	AA	Ambos	TS	
Pulmonar positiva	22	2	2	26
Pulmonar negativa/sem confirmação	19	-	-	19
Outras	3	1	-	4
Total	44	3	2	49

AA – auto-administrado TS – Tratamento supervisionado

Fonte: Dados dos prontuários encontrados dos casos com tratamento iniciado em 2005

Na policlínica B, as proporções quanto à forma de administração dos medicamentos foram de 87,9% para auto-administrado e 8,08% para supervisionado. Em 4,04% dos prontuários consultados não encontramos essa informação. Dos casos pulmonares positivos, somente 9,43% fizeram tratamento supervisionado. Embora, segundo relato dos profissionais, não houvesse recursos humanos disponíveis para a supervisão do tratamento, um dos profissionais *“realizou durante o período que houve, acumulando com suas funções, por achar importante.”* Na opinião de outro profissional, não havia espaço físico adequado: *“Além disso, o paciente tinha que se deslocar até a policlínica. Creio que a medicação assistida seria feita de melhor e mais fácil maneira no módulo médico de família.”*

Tabela 6 : Forma clínica X Administração dos medicamentos na Policlínica B

Forma Clínica	Forma de Administração do tratamento			Total
	S/I	AA	TS	
Sem informação	1			1
Pulmonar positiva	1	47	5	53
Pulmonar negativa / sem confirmação	1	24	1	26
Outras	1	16	2	19
Total	4	87	8	99

S/I – sem informação AA – auto-administrado TS – Tratamento supervisionado

Fonte: Dados dos prontuários dos casos com tratamento iniciado em 2005

Durante o período de coleta de dados somente o tratamento auto-administrado era realizado nas policlínicas. “*Não há mais DOTS porque acabaram os insumos.*” – foi a afirmação de um profissional. Outro afirma ainda que não há demanda no momento.

No PMF, segundo relato dos profissionais, para todos os casos diagnosticados é feito o tratamento supervisionado: o paciente comparece ao módulo de segunda a sexta-feira para tomar a medicação e recebe a quantidade que vai tomar no fim de semana. Na observação participante vimos que há caso em que a supervisão é feita pela família, visto que o paciente está impossibilitado de comparecer ao módulo.

Verificamos que nem todos os profissionais conhecem os critérios de elegibilidade adotados no município para tratamento supervisionado.

9.3.9 – Medicamentos – disponibilidade, armazenamento e dispensação

As policlínicas fazem mapa de controle do estoque das drogas para tratamento da tuberculose. Não há relato de falta desses medicamentos em nenhuma das unidades estudadas. Referiram-se a “pequenos atrasos”, o que fez com que os usuários tivessem que voltar à unidade com intervalo de tempo mais curto.

Na policlínica A, os **medicamentos** ficam armazenados na farmácia da unidade, em local refrigerado e sem incidência de sol. A verificação mostrou que as drogas, estocadas em prateleiras abertas, tinham as embalagens íntegras e sem manchas, dentro do prazo de validade. O local é limpo e tem boa iluminação. A dispensação dos medicamentos acontece através de janela com vidro e grades, mediante receita médica. Não é feita nenhuma orientação ao paciente neste momento. Não existe exclusividade de local e/ou horário para entrega de medicamentos para os usuários com tuberculose.

Na policlínica B, os medicamentos ficam armazenados em sala do setor de Pneumologia Sanitária, sem refrigeração e com umidade. As drogas verificadas também

tinham as embalagens íntegras e estavam dentro do prazo de validade. A dispensação é feita na pós-consulta pela auxiliar de enfermagem ou assistente social, com orientações sobre o uso dos medicamentos e outras: “*Nós aqui não somos meros repassadores de medicação.*”

No PMF não há reserva de medicamentos anti-TB. Eles são solicitados a partir de diagnóstico confirmado e é fornecida inicialmente a quantidade para um mês de tratamento; em geral, chegam ao módulo um dia depois do pedido. O local de armazenamento não possui refrigeração. A dispensação é feita pelo auxiliar de enfermagem, com orientações.

9.3.10 – Resultados dos tratamentos nas unidades

A proporção de **cura** dos casos cujo tratamento foi iniciado em 2005 foi praticamente a mesma nas duas policlínicas estudadas – 72,9 e 73,7%. No PMF, se considerarmos os registros do grupo I, teremos 43,75% de cura. Para o grupo pertencente ao módulo estudado, com pequeno número de casos, a cura foi de 75%. O percentual de **abandono** de tratamento também foi bastante semelhante entre as policlínicas: 12,9 e 11,1%. No grupo I do PMF o abandono foi de 31,25%. No módulo foi de 25%. A **letalidade** mostrou diferença mais significativa: 2,9% na policlínica A e 7,1% na B. Não houve letalidade registrada no PMF. Os **casos sem informação** foram 5,7% na policlínica A, 1% na policlínica B e 25% no grupo I do PMF. As demais situações de encerramento (mudança de diagnóstico, transferência, falência) totalizaram 5,8% na policlínica A e 7,1% na policlínica B. Outros tipos de encerramento não aconteceram no grupo I do PMF.

Tabela 7 : Situação de alta dos casos de tuberculose nas unidades estudadas, no ano de 2005

Motivo da alta	Policlínica A	Policlínica B	Módulo PMF
Cura	72,9	73,7	75,0
Abandono	12,9	11,1	25,0
Óbito	2,9	7,1	0
Sem informação	5,7	1,0	0
Outros	5,8	7,1	0
Total	100,0	100,0	100,0

Alguns profissionais relataram que o principal motivo para falta ou abandono do tratamento continua a ser a melhora do quadro que leva o paciente a achar que está curado. Entretanto, é importante considerar que entre os casos de abandono pode haver óbitos, mudanças de diagnóstico e falências de tratamento não comunicadas à unidade.

9.3.11 – Visitas domiciliares

As **Visitas Domiciliares** (VD) acontecem para faltosos que não comparecem após contato telefônico ou aerograma e para casos em que a família está afetada, com outros casos de tuberculose. Não há agenda “regular” de VD na policlínica A. De oito usuários entrevistados, um recebeu VD (12,5%).

Na policlínica B, há dificuldade de transporte e pessoal. A VD só acontece em situações especiais. Um profissional entrevistado mencionou que se pode recorrer ao médico de família para dividir esse problema. Nenhum usuário entrevistado recebeu VD da policlínica.

A VD faz parte da rotina do PMF. Há horários dedicados ao “campo”, com visitas agendadas: “*São selecionadas as casas que serão visitadas e levados os prontuários dos moradores dessas casas.*” Um profissional entrevistado disse que as visitas acontecem

mais para os faltosos ao tratamento e que não há agendamento: “*a gente vai fazendo as visitas que vão surgindo na semana*”. As VD podem ser feitas em equipe ou por um dos profissionais.

9.3.12 - Contatos

Na policlínica A, foram registrados 101 contatos em 49 prontuários consultados, o que corresponde ao registro de 2,06 contatos por cada paciente. Observamos na tabela 8 que 26,5% dos prontuários consultados não tinham registro de contatos. Dos registrados, 69 foram examinados (68,3%). A tabela 9 mostra que em 42,9% dos prontuários não havia registro de exame de nenhum contato, e em 87,8% o número de contatos examinados por paciente era inferior a 4.

A média de contatos examinados por paciente foi de 1,4 na policlínica A, considerando somente os prontuários encontrados. Um dos profissionais entrevistados relatou que é mais freqüente o comparecimento de crianças para exame, e que os adultos dificilmente comparecem.

Tabela 8 : **Contatos registrados na policlínica A**

Contatos registrados por prontuário	Frequência de prontuários	%	Percentual cumulativo	Frequência de contatos registrados
0	13	26,5	26,5	0
1	8	16,3	42,9	8
2	11	22,4	65,3	22
3	4	8,2	73,5	12
4	8	16,3	89,8	32
5	4	8,2	98,0	20
7	1	2,0	100,0	7
Total	49	100,0		101

Tabela 9: Contatos examinados na policlínica A

Contatos examinados por prontuário	Frequência de prontuários	%	Percentual cumulativo	Frequência de contatos examinados
0	21	42,9	42,9	0
1	8	16,3	59,2	8
2	9	18,4	77,6	18
3	5	10,2	87,8	15
4	3	6,1	93,9	12
5	2	4,1	98,0	10
6	1	2,0	100,0	6
Total	49	100,0		69

Na policlínica B, foram registrados 241 contatos, cerca de 2,4 contatos por cada paciente. Observamos na tabela 10 que 25,3% dos prontuários consultados não tinham registro de contatos. 64,7% dos contatos registrados nos prontuários dos casos índices foram examinados. O número de contatos examinados por paciente foi de 1,5. Em 34,3% dos prontuários não havia registro de nenhum contato examinado, e em 69% dos prontuários com informação o número de contatos examinados por paciente foi inferior a 4. (Tabela 11)

Segundo profissional entrevistado, *“a maioria dos pacientes traz os comunicantes para serem examinados, mas às vezes acontece desta ficha estar em branco no prontuário de algum paciente. Nós cobramos, mas às vezes os contatos não comparecem. Em situações de maior risco, a assistente social entra em contato com o médico de família para complementar essa busca.”* A orientação quanto ao exame dos contatos é muito enfatizada na pós-consulta, mas há queixa quanto à falta de recursos humanos nessa atividade: *“Se houvesse mais profissionais poderíamos definir quem vai ficar controlando esses contatos, cobrando seu comparecimento. No retorno do paciente nem sempre há conferência no prontuário quanto ao exame dos contatos, por falta de recursos humanos.”* Em sua opinião, eles conseguem avaliar em torno de 50% dos contatos registrados.

Tabela 10 : Contatos registrados na policlínica B

Contatos registrados por prontuário	Frequência de prontuários	%	Percentual válido	Percentual cumulativo válido	Frequência de contatos registrados
0	25	25,3	29,8	29,8	0
1	8	8,1	9,5	39,3	8
2	18	18,2	21,4	60,7	36
3	7	7,1	8,3	69,0	21
4	4	4,0	4,8	73,8	16
5	9	9,1	10,7	84,5	45
6	4	4,0	4,8	89,3	24
7	1	1,0	1,2	90,5	7
8	2	2,0	2,4	92,9	16
9	2	2,0	2,4	95,2	18
10	2	2,0	2,4	97,6	20
13	1	1,0	1,2	98,8	13
17	1	1,0	1,2	100,0	17
Total	84	84,8	100,0		241
Sem inform.	15	15,2			
Total	99	100,0			241

Tabela 11: Contatos examinados na policlínica B

Contatos examinados por prontuário	Frequência de prontuários	%	Percentual válido	Percentual cumulativo válido	Frequência de contatos examinados
0	34	34,3	40,5	40,5	0
1	14	14,1	16,7	57,1	14
2	15	15,2	17,9	75,0	30
3	5	5,1	6,0	81,0	15
4	5	5,1	6,0	86,9	20
5	5	5,1	6,0	92,9	25
6	2	2,0	2,4	95,2	18
7	1	1,0	1,2	96,4	7
8	2	2,0	2,4	98,8	16
11	1	1,0	1,2	100,0	11
Total	84	84,8	100,0		156
Sem inform.	15	15,2			
Total	99	100,0			156

Nesta unidade, o pediatra dedica duas manhãs ao atendimento de casos de tuberculose em crianças e exame dos contatos. Atende no consultório de Pediatria que é uma sala pequena com duas portas e dois basculantes, mesa com três cadeiras, mesa de

exame, negatoscópio, escada de dois degraus, balança, armário para impressos e materiais, pia, porta-toalha e lixeira. O médico desliga o ventilador-de-teto e pega um ventilador-de-pé no setor de pneumologia quando atende casos de tuberculose ou quando o caso índice leva os contatos para serem examinados. Na consulta dos contatos, preocupa-se em pegar o prontuário do caso índice para registrar os exames na ficha própria de contatos. Há o manual do Ministério da Saúde na sala. Nos atendimentos observados, o médico fez o exame físico completo dos contatos, orientou os responsáveis sobre a transmissão da doença, indicou quimioprofilaxia adequadamente, orientou o contato adulto a procurar o setor de pneumologia para ser examinado, atentou para outras situações das crianças examinadas que mereciam cuidados, buscando integralidade da atenção. O livro de registro de quimioprofilaxia desta unidade mostra que 81 contatos (de 99 casos) fizeram quimioprofilaxia no ano de 2005, sendo 19 menores de 14 anos de idade. No livro de registro de PPD, há 675 exames realizados no ano de 2005, com os seguintes resultados: 250 com forte reação, 300 não-reatores e os demais sem registro de resultado.

No PMF não encontramos registros dos contatos nos prontuários dos casos de tuberculose. Foi informado, tanto pela auxiliar de enfermagem quanto pelo médico do programa, que é feito o “rastreamento de casos” nas famílias dos pacientes com tuberculose, e que todos os comunicantes são examinados. Um profissional mencionou a dificuldade de “*fazer o usuário entender que a família tem que comparecer*”, o que torna necessária a visita domiciliar para contactar a família. Um auxiliar de enfermagem informou que na VD são levados os recipientes para coleta de material para baciloscopia dos contatos, feitas as solicitações de raio X e verificadas as carteiras de vacinação.

9.3.13 - Notificação

Todas as unidades fazem a notificação dos casos, que pode ser feita pelo médico ou pelo profissional da vigilância. Apesar de preconizado, a notificação nem sempre é feita no início do tratamento.

Os quadros VI, VII, VIII e IX apresentam a síntese dos resultados encontrados no contexto de implantação por categoria estudada. Os primeiros resultados mostrados em cada quadro são os semelhantes entre as unidades.

Quadro VI: Resultados do Contexto de Implantação na categoria “Cobertura e Acolhimento”

Policlínica A	Policlínica B	Módulo do PMF
Semelhantes		
Atendimento sempre pelo mesmo profissional e atendimento não agendado é providenciado	Atendimento sempre pelo mesmo profissional e atendimento não agendado é providenciado	Atendimento sempre pelo mesmo profissional e atendimento não agendado é providenciado
A distância da residência não é problema para a maior parte dos usuários	A distância da residência não é problema para a maior parte dos usuários	A distância da residência não é problema para a maior parte dos usuários
O tempo de espera para a primeira consulta foi de no máximo 3 dias	O tempo de espera para a primeira consulta foi de no máximo 3 dias	O tempo de espera para a primeira consulta foi de no máximo 3 dias
O tempo de espera no dia da consulta é em média de 30 a 60 minutos	O tempo de espera no dia da consulta é em média de 30 a 60 minutos	O tempo de espera no dia da consulta é em média de 30 a 60 minutos
Não há horário de atendimento ampliado	Não há horário de atendimento ampliado	Não há horário de atendimento ampliado
Semelhante entre duas unidades, divergente na terceira		
Sala de espera na área externa, coberta e bem ventilada, com bancos	Sala de espera na área externa, coberta e bem ventilada, com bancos	<i>Sala de espera dentro do módulo com poucos assentos e ventilação insuficiente</i>
Divergentes		
Entrada dos usuários pelo SAU ou procura direta a profissionais	Entrada dos usuários pelo SAU ou diretamente ao ambulatório de Pneumologia Sanitária	Entrada direta no módulo, comum a todos os usuários, atendidos pela aux. de enf.
Não há setor específico para atendimento de tuberculose	Ambulatório exclusivo para atendimento de tuberculose	Atendimento a todos os usuários nas mesmas salas
Exigência de comprovante de residência na área de abrangência	Não há exigência de comprovante de residência.	Atendimento somente a usuários cadastrados, da área adscrita
Consultórios pequenos com iluminação e ventilação precárias	Consultórios de tamanho médio com duas portas e ventiladores ligados em direção à janela	Consultórios pequenos com ventilação precária

Quadro VII: Resultados do Contexto de Implantação na categoria
 “Diagnóstico, Assistência clínica e laboratorial”

Policlínica A	Policlínica B	Módulo do PMF
Semelhante		
Busca de casos a partir de casos suspeitos ou confirmados em instituições e informações da comunidade. Não é sistematizada.	Busca de casos a partir de casos suspeitos ou confirmados em instituições e informações da comunidade. Não é sistematizada.	Busca de casos a partir de notificação de casos suspeitos na comunidade. Pode ocorrer captação durante atividade de campo. Não é sistematizada.
Semelhantes entre duas unidades, divergente na terceira		
65,8% dos casos de tuberculose tinham o resultado do primeiro BAAR	<i>84% dos casos de tuberculose tinham o resultado do primeiro BAAR</i>	66,6% dos casos de tuberculose tinham o resultado do primeiro BAAR
10% dos casos de tuberculose tinham o resultado do segundo BAAR	<i>37% dos casos de tuberculose tinham o resultado do segundo BAAR</i>	13,3% dos casos de tuberculose tinham o resultado do segundo BAAR
Divergência entre os profissionais quanto ao início do tratamento antes do resultado do BAAR	<i>Profissionais iniciam o tratamento antes do resultado do BAAR com base em outros dados</i>	Divergência entre os profissionais quanto ao início do tratamento antes do resultado do BAAR
Divergentes		
Profissionais não exclusivos para atendimento de tuberculose, comunicação irregular entre eles	Profissionais exclusivos do ambulatório formam equipe com outros não exclusivos, comunicação rotineira entre eles	Profissionais exclusivos para atendimento de toda a população cadastrada na área
Grande variação na formação e experiência dos profissionais com tuberculose	Profissionais com qualificação e grande experiência no atendimento à tuberculose	Profissionais menos qualificados e com pouca experiência no atendimento à tuberculose
Maior demanda espontânea	Maior demanda referenciada	Demanda espontânea de moradores cadastrados e busca a partir de denúncia
Médicos e profissionais da VE podem solicitar a baciloscopia	Médicos e auxiliar de enfermagem podem solicitar a baciloscopia	Somente o médico pode solicitar a baciloscopia
Resultado de BAAR em aproximadamente 1 semana	Resultado de BAAR em 1 a 2 dias	Resultado de BAAR em aproximadamente 10 dias

Quadro VIII: Resultados do Contexto de Implantação na categoria “Tratamento e Assistência Farmacêutica”

Policlínica A	Policlínica B	Módulo do PMF
Semelhante		
Cura menor que 85% e abandono maior que 10%	Cura menor que 85% e abandono maior que 10%	Cura menor que 85% e abandono maior que 10%
Semelhantes entre duas unidades, divergente na terceira		
Letalidade menor que 5%	<i>Letalidade de 7,1%</i>	Letalidade menor que 5%
Material e medicamentos suficientes	Material e medicamentos suficientes	<i>Material suficiente para o atendimento. Medicamentos não disponíveis no estoque</i>
Menos de 10% dos casos em tratamento supervisionado	Menos de 10% dos casos em tratamento supervisionado	<i>Tratamento supervisionado para todos os casos</i>
Falta de recursos humanos e estrutura física para tratamento supervisionado	Falta de recursos humanos e estrutura física para tratamento supervisionado	<i>O paciente recebe os medicamentos no módulo. Caso não possa, busca-se a supervisão da família</i>
Divergente		
5,7% dos casos sem informação de alta	1,0% dos casos sem informação de alta	Nenhum caso sem informação de alta
Não há atendimento pós-consulta de rotina, medicamentos dispensados através de janela da farmácia, sem orientações	O atendimento pós-consulta é rotineiro. Faz-se a dispensação dos medicamentos, orientações sobre o tratamento e exames dos contatos	Tratamento supervisionado ou dispensação dos medicamentos com orientações para a família supervisionar a tomada.

Quadro IX: Resultados do Contexto de Implantação na categoria “Integralidade”

Policlínica A	Policlínica B	Módulo do PMF
Semelhantes entre duas unidades, divergente na terceira		
Visitas domiciliares somente em situações especiais. Dificuldade de recursos humanos e transporte.	Visitas domiciliares somente em situações especiais. Dificuldade de recursos humanos e transporte.	<i>Visitas domiciliares como parte das atividades de rotina.</i>
Menos de 4 contatos examinados por paciente	Menos de 4 contatos examinados por paciente	<i>Não encontrado registro de contatos examinados</i>

Além da consolidação de resultados pelas categorias, foram sintetizados os resultados quanto à integração entre as unidades responsáveis pelo atendimento aos casos de tuberculose no quadro abaixo:

Quadro X – Integração entre policlínicas e USF

Policlínica A	Policlínica B	Módulo do PMF
Semelhante		
Solicitação de informações técnicas junto a especialistas, de forma não sistematizada (na policlínica B ou hospital)	Fornecimento de apoio técnico e orientações, de forma não sistematizada, a profissionais de outras unidades	Busca de apoio técnico na equipe de supervisão ou profissionais de outras unidades (especialistas)
Semelhante entre duas unidades, divergente na terceira		
<i>Não há integração com a ESF, na visão dos profissionais do nível local</i>	A integração com a ESF foi relacionada ao recebimento de pacientes referenciados	A integração com a policlínica foi relacionada à referência de usuários

9.4 – Contexto de efeitos

A avaliação do contexto dos efeitos do programa considerou as seguintes categorias: resultados dos tratamentos no município no ano de 2005 e satisfação dos usuários.

9.4.1 – Resultados

A tabela 12 apresenta os resultados de tratamento no ano de 2005, comparando os do município com os das unidades de saúde estudadas, bem como com os da ESF.

Tabela 12: **Situação de alta dos casos de tuberculose em Niterói, no ano de 2005**

Motivo da alta	Município		Unidades de saúde				ESF		Módulo do PMF	
	n	%	Policlínica A n	%	Policlínica B n	%	n	%	n	%
Cura	336	82,8	51	72,9	73	73,7	48	96	03	75
Abandono	31	7,0	09	12,9	11	11,1	01	02	01	25
Óbito	34	7,7	02	2,9	07	7,1	01	02	-	0
Outros*	11	2,5	08	11,5	08	8,1	-	-	-	0
Total	442	100	70	100	99	100	50	100	04	100

* Outros = mudança de diagnóstico, transferência, falência ou sem informação

Quando comparamos os resultados de 2005 do município com os das unidades de saúde estudadas, observamos que nas unidades, o encerramento dos casos se deu em condições piores do que as do município: a cura ficou abaixo de 75% e o percentual de abandono acima de 10. A única situação de encerramento que apresenta resultado menos favorável no município é o percentual de óbitos.

Consideramos o total de casos no município segundo informação obtida no período de coleta de dados. Mais recentemente, recebemos dados diferentes devido a uma revisão feita no banco de dados, reduzindo o número de casos para 429, sendo que destes 38 ainda passarão por revisão no SINAN (“casos vinculáveis”). Nos 391 casos já revistos, os tipos de tratamento foram em sua maioria casos novos (87,9%), os retratamentos por recidiva representaram 7,2% e os por abandono 4,9%.

A ESF foi responsável pelo acompanhamento de 50 pacientes no ano de 2005 (11,3% dos casos do município), todos com tratamento supervisionado. Destes, 48 (96%) foram curados, 01 foi a óbito e 01 abandonou o tratamento. Nas demais unidades de saúde somente 11 pacientes foram tratados de forma supervisionada (2,8%), tendo os mesmos resultados alcançados pela ESF.

Segundo informação da FMS, a incidência de tuberculose no município vem apresentando diminuição progressiva nos últimos seis anos, de 95,6 casos/100.000 habitantes em 2001 a 52,0 casos/100.000 habitantes em 2006. Os estudos de coorte mostram que em 2001 a taxa de cura era de 65,9% e a de abandono de 19%. O mesmo estudo em 2005 tem resultados mais favoráveis: 79,8% de cura e 8,9% de abandono.

9.4.2 – Satisfação dos usuários

Foram entrevistados 13 usuários das duas policlínicas estudadas, sendo 12 pacientes em tratamento para tuberculose e um em quimioprofilaxia. A faixa etária variou

de 23 a 88 anos de idade, sendo mais freqüente a faixa de 40 a 60 anos (53,8%). O sexo masculino predominou (61,5%).

Foi também de 61,5% o percentual de usuários que utilizam os serviços da policlínica há seis meses ou menos, o que mostra a maior freqüência de usuários que não utilizam habitualmente as policlínicas, estando lá somente na situação específica da tuberculose.

Entre os entrevistados, 69,2% foram referenciados para as policlínicas, sendo quase a metade encaminhados por médico privado. A outra metade dividiu-se nos encaminhamentos provenientes de hospitais públicos e naqueles vindos de outras UBS ou policlínicas.

O tempo menor que um mês entre o início dos sintomas e a confirmação diagnóstica foi o mais informado pelos usuários (41,6%). O tempo de três a quatro meses foi relatado por 25% dos pacientes com tuberculose entrevistados. 16,6% disseram que o intervalo de tempo foi de um a dois meses. O mesmo percentual se aplica àqueles que relataram ter sido feito o diagnóstico somente após quatro meses do início dos sintomas.

Somente 2 dos usuários entrevistados disseram que mudariam de unidade de saúde para seu tratamento, embora isso não estivesse relacionado à insatisfação com o atendimento prestado. Os casos eram relacionados ao desejo de serem tratados em locais mais próximos das residências.

O meio de transporte mais utilizado para comparecer à unidade de saúde foi o transporte coletivo (ônibus), computando 46,1% dos entrevistados. Em segundo lugar, os usuários dirigiam-se à unidade a pé (38,5%). Somente 02 usuários disseram transportar-se por carro ou táxi. O tempo gasto no transporte pelos usuários de transporte coletivo variou de 7 a 30 minutos. Já aqueles que iam a pé levaram 5 a 15 minutos no percurso. Os que

foram de carro ou táxi gastaram de 10 a 15 minutos. 61,5% dos usuários entrevistados levam no máximo 15 minutos para chegar à unidade.

A grande maioria não considerou longo o tempo para marcação de consulta (92,3%) e todos negaram perder o dia de trabalho para comparecer à unidade.

O tempo de espera no dia da consulta é variável segundo os usuários entrevistados. Todos, porém, foram capazes de identificar o intervalo de tempo habitual ou mais freqüente relativo a essa espera, o que pode ser visto na tabela 13.

Tabela 13: Tempo de espera para consulta segundo os usuários das policlínicas

Tempo de espera	Proporção de usuários	
	n	%
Menor que 30 minutos	03	23,1
30 a 60 minutos	07	53,8
01 a 02 horas	02	15,4
Acima de 02 horas	0	---
Não sabe	01	7,7
Total	13	100,0

Todos os usuários entrevistados disseram que foram sempre atendidos pelo mesmo profissional médico.

O tempo de duração da consulta médica é muito variável na experiência dos usuários. Foi de apenas 10 minutos em um caso e, no outro extremo, de 90 minutos em uma primeira consulta. A média foi de 30 minutos e um dos entrevistados não soube responder.

A grande maioria dos usuários entrevistados disse conseguir esclarecer suas dúvidas durante a consulta médica, falar sobre suas preocupações e problemas. Disseram, ainda, que se sentem compreendidos pelos profissionais que os atendem e que os mesmos

respondem às suas perguntas de maneira clara. Enfim, todos se sentem confortáveis ao falar com os profissionais de saúde. 38,5% dos usuários afirmam que os profissionais da unidade conhecem sua família, principalmente através de exames de alguns dos familiares. 46,15% acreditam que os profissionais de saúde da unidade conhecem os problemas de saúde da comunidade, outros 46,15% não sabem informar se os profissionais têm esse conhecimento e 7,7% consideram que os profissionais não conhecem os problemas da comunidade.

Todos os usuários entrevistados relataram que os profissionais conversaram com eles sobre o tratamento contínuo de sua doença e sobre a importância de os familiares serem examinados. Quanto ao modo de transmissão da doença, 84,6% afirmaram que receberam orientação a respeito. Somente um dos usuários entrevistados recebeu visita domiciliar. Tratava-se de uma situação especial, com vários casos da doença na família, inclusive MDR. A maioria dos usuários nunca recebeu qualquer comunicado da unidade e nunca faltaram a consulta médica agendada. Apenas 15,4% informaram ter recebido chamada telefônica da unidade por ter faltado a consulta.

9.5 - Principais achados favoráveis ao controle da tuberculose e principais pontos desfavoráveis

Como contribuição para as gerências da FMS de Niterói, elaboramos quadros com os principais achados nos dois modelos de serviço e os agrupamos em pontos favoráveis ou desfavoráveis ao controle da tuberculose, considerando os contextos utilizados neste estudo. O objetivo desta apresentação é primeiramente dar uma pronta resposta para que as gerências possam redefinir estratégias. Em segundo lugar, através desses achados e da matriz de análise utilizada, fornecer subsídios para que as gerências possam elaborar um modelo de auto-avaliação.

Quadro XI – Principais achados – pontos favoráveis

Dimensão	Pontos favoráveis	Modelos de serviço
CONTEXTO EXTERNO	Aumento da proporção de recursos próprios aplicados na área da saúde	
	Índice de alfabetização alto	
	Proporção de pessoas com 8 anos ou mais de estudo maior que a do estado e do país	
	Proporção de pessoas com renda maior ou igual a 5 salários mínimos maior que a do estado e do país	
	ESF como programa pioneiro, mantendo-se por mais de 15 anos	
CONTEXTO ORGANIZACIONAL	Qualificação e experiência profissionais dos gestores	PCT & ESF
	Participação na decisão sobre a utilização dos recursos destinados ao programa	
	Gestão compartilhada com Associação de moradores	ESF
	Treinamento e capacitação como atividades de rotina, com cronograma anual	
	Divulgação de informações para profissionais do nível local em reuniões trimestrais	
	Equipe de Supervisão comparece à unidade no mínimo uma vez por semana	
CONTEXTO DE IMPLANTAÇÃO	Atendimento sempre pelo mesmo profissional e atendimento não agendado é providenciado	Policlínica & ESF
	A distância da residência não é problema para a maior parte dos usuários	
	O tempo de espera para a primeira consulta foi de no máximo 3 dias	
	O tempo de espera no dia da consulta é em média de 30 a 60 minutos	
	Solicitação e troca de informações técnicas entre profissionais e especialistas	
	Salas de espera com boa ventilação e incidência de sol, assentos em número suficiente	Policlínica
	Maior parte dos doentes cadastrados tinham o resultado da primeira baciloscopia	
	Material e medicamentos em número suficiente na maior parte das vezes	
	Todos os doentes acompanhados tiveram tratamento supervisionado	ESF
CONTEXTO DE EFEITOS	Melhora das taxas de cura e abandono no decorrer dos últimos anos	Todos os serviços
	Abandono menor que 10%	
	Resultados excelentes nos casos com tratamento supervisionado	
	Satisfação da maior parte dos usuários com o atendimento e as orientações recebidos	

Quadro XII – Principais achados – pontos desfavoráveis

Dimensão	Pontos desfavoráveis	Modelos de serviço
CONTEXTO EXTERNO	Alta densidade demográfica	
	Grande volume de pessoas vivendo em aglomerados subnormais	
	Baixa cobertura da ESF na população em geral	
	Proporção de unidades ambulatoriais públicas de saúde menor que as do estado e do país	
CONTEXTO ORGANIZACIONAL	Inexistência de participação na gestão dos recursos da saúde do município	PCT & ESF
	Participação incipiente no CMS	
	Troca de informações não sistematizada	
	Planejamento conjunto não sistematizado	
	Inexistência de emissão de relatórios em conjunto	
	Descontinuidade do incentivo financeiro para tratamento supervisionado	
	Inexistência de articulação com segmentos sociais organizados	PCT
	Treinamento e capacitação realizados para parte dos profissionais de forma esporádica	
	Supervisão operacional esporádica	
	Deficiência na divulgação de informações para o nível local	ESF
	ESF não é instância da FMS do município, tendo caráter complementar	
	Conflitos entre profissionais e Associações de moradores	
CONTEXTO DE IMPLANTAÇÃO	Não há horário de atendimento ampliado	Policlínica & ESF
	Consultórios pequenos e com ventilação precária na maior parte dos casos	
	Pequeno número de profissionais	
	Busca de casos não é sistematizada	
	Cura menor que 85% e abandono maior que 10%	
	Integração entre policlínicas e USF limita-se à referência de usuários	
	Variedade na formação dos profissionais e divergência quanto à conduta de início de tratamento	Policlínica
	Menos de 10% dos doentes tiveram tratamento supervisionado	
	Falta de sala para atendimento inicial em uma das unidades estudadas	
	Número insuficiente de contatos examinados	ESF
	Sala de espera em condições precárias de biossegurança e número insuficiente de assentos no módulo do PMF estudado	
	Carência de recursos humanos resultando em deficiência de visitas domiciliares e supervisão de tratamento	
CONTEXTO DE EFEITOS	Cura menor que 85%	Todos os serviços
	Letalidade maior que 5%	
	Proporção pequena de tratamentos supervisionados	
	Visita domiciliar não recebida pela grande maioria dos usuários em tratamento	
	Pequena proporção de casos de tuberculose diagnosticados e acompanhados pelas equipes da ESF	

10 - DISCUSSÃO

A pesquisa avaliativa considera os contextos em que o programa a ser avaliado se insere. Com relação ao contexto externo, que descreve a situação local, destacando os aspectos que podem facilitar ou dificultar a permanência da endemia, vimos que o município tem alta densidade demográfica e mais de 10% da população habitando aglomerados subnormais, locais com condições desfavoráveis de saneamento e onde a aglomeração favorece a disseminação de doenças. Isso sem contar com a população que vive nas ruas, muitas vezes provenientes de outros municípios. A segmentação da sociedade segundo sua inserção na economia pode levar à formação de grupos populacionais onde as doenças infecciosas têm alta prevalência. Essa população sem vínculo empregatício estável e muitas vezes sem estrutura familiar constitui o que Castellanos (1997) chamou circuito inferior do capitalismo técnico-científico. A proximidade do circuito inferior com o circuito principal possibilita o compartilhamento dessas doenças. Desta forma, as endemias resultam da reprodução das populações e seus modos de vida.

Por outro lado, o município tem aumentado o investimento de recursos financeiros aplicados na saúde, embora conte ainda com proporção pequena de unidades de saúde e leitos públicos para atendimento de sua população, quando comparados às proporções do estado e do país.

Niterói foi um dos municípios pioneiros na implantação da ESF, com início do PMF em 1992. Senna e Cohen (2002) afirmam:

“A perspectiva dos gestores municipais é a de que o PMF configuraria a implantação de um novo padrão de assistência à saúde no município. A novidade residiria no estabelecimento de uma nova relação médico-paciente, na revisão da

prática médica, na forma de contratação, capacitação, supervisão e avaliação dos profissionais e na parceria entre governo municipal e associações de moradores na gestão do Programa. Embora compartilhe dos princípios do Programa Saúde da Família (PSF), implantado pelo Ministério da Saúde em âmbito nacional a partir de 1995, apresentando similaridades, o PMF de Niterói confere muitas especificidades, sendo anterior ao PSF e uma de suas fontes inspiradoras” (p.527)

As mesmas autoras afirmam também que a descentralização da assistência à saúde em Niterói deu-se de forma acelerada e com o surgimento do PMF como uma estrutura paralela à rede de serviços. Hoje, a cobertura do programa é menor que 30% da população como um todo e enfoca a sua presença em áreas de maior risco social e econômico. Esta característica da implantação da ESF é abordada por Pereira *et al.*(2006) que observam que poucas das cidades com sistemas de saúde complexos tiveram a ESF implantada como estratégia substitutiva. Assim, na maior parte das cidades de grande e médio porte, a ESF aparece como “*estratégia focalizada de expansão dos cuidados básicos de saúde, voltada a grupos populacionais sob maior risco social e expostos a precárias condições sanitárias.*” (Pereira *et al.*, 2006, p. 608). Mascarenhas (2003) também observa o caráter complementar da ESF em Niterói.

Com relação à escolaridade, percebe-se em Niterói uma proporção maior tanto de pessoas alfabetizadas quanto daquelas com mais anos de estudo, quando comparado ao estado e ao país.

A população com 10 anos ou mais de idade representa 83,9% da população total. Destes, 49,2% estão ocupados, sendo:

- 53,86% com carteira assinada, servidores públicos pelo regime jurídico único ou militares;

- 28,53% de empregadores, trabalhadores por conta própria, aprendizes ou estagiários sem remuneração, não remunerados por ajuda a membro da família e trabalhadores na produção para próprio consumo, e
- 17,61% sem carteira assinada.

Embora o percentual da população com rendimento no país seja maior do que a do estado e do município, a proporção da população com renda superior a cinco salários mínimos é maior em Niterói.

Quanto aos aspectos do saneamento, verifica-se que o estado tem proporções maiores que as do município, mas o país possui comparativamente as menores taxas.

Viana *et al.* (2006) consideram que o padrão de crescimento e desenvolvimento de um município traz novas condições sociais que podem ser obstáculo na reorganização da atenção básica. Assim, em municípios que possuem produção ambulatorial complexa e alta cobertura hospitalar, há dificuldade da ESF se “*afirmar como modelo prioritário de atenção*”. (Viana *et al.*, 2006, p.584) Elias *et al.*(2006) também abordam essa questão quando comparam PSF e UBS no município de São Paulo, e questionam “*em que aspectos a implantação do PSF nas metrópoles pode contribuir para o acesso à atenção básica, à saúde universal e igualitária e também quais são as vantagens comparativas desta nova e das demais modalidades já incorporadas na rede de serviços*”. (p.634) Szwarcwald *et al.*(2006), em inquérito domiciliar realizado em quatro municípios do estado do Rio de Janeiro, ressaltam “*a lógica da consolidação, na qual os municípios de pequeno porte populacional e pouca capacidade instalada de serviços de saúde encontram menos obstáculos para a implementação do programa*”. (p.652)

Verificamos que a relação de UBS por 100 mil habitantes em Niterói é inferior à do Brasil e a da região Sudeste. Viana *et al.* (2006) constatam que esta relação aumenta gradativamente conforme a diminuição do porte populacional dos municípios,

demonstrando que os municípios mais populosos atuam como “*centro de referência regional de procedimentos especializados e mais complexos.*”. (p.581)

Por outro lado, a relação de leitos por 1.000 habitantes no município é de 5,9. Se considerarmos somente os leitos do SUS esta relação cai para 3,5/1.000. Ibañez & Spinelli (*apud* Viana *et al.*) relacionam a alta concentração de leitos com a alta concentração de médicos na região e, conseqüentemente, uma possível melhor oferta de serviços de saúde. Apesar do pioneirismo no desenvolvimento de uma rede de atenção básica, percebe-se que o modelo centrado na assistência hospitalar, presente por muito tempo nos municípios brasileiros, deixa ainda marcas na oferta de serviços.

No contexto político-organizacional, a partir dos componentes autonomia, qualificação profissional e estabilidade da equipe técnica, relativos à sustentabilidade da atenção básica (Viana *et al.*, 2006), pudemos constatar que em Niterói existe pouca autonomia nos cargos de coordenação em relação à decisão sobre os recursos financeiros destinados à saúde. Além disso, não há autonomia quanto à contratação e seleção de recursos humanos por parte da Coordenação de Vigilância em Saúde. No PMF, as ações relacionadas aos recursos humanos são compartilhadas com as Associações de moradores dos bairros e com a Federação de Associação de Moradores de Niterói (FAMNIT). Apesar de terem alguma interlocução com o CMS, não há participação efetiva nesta instância representativa por parte das coordenações do PMF e do PCT. Quanto à qualificação profissional e estabilidade da equipe de profissionais envolvida na coordenação encontramos técnicos qualificados e com muita estabilidade.

Viana *et al.* (2006) avaliaram alguns aspectos da atenção básica em grandes municípios paulistas e encontram, com relação à sustentabilidade, pouca ou nenhuma autonomia na maior parte deles e falta de estabilidade dos profissionais da coordenação, principalmente nos municípios com um sistema de saúde de baixa ou média complexidade.

A qualificação desses profissionais era menor nos municípios de menor porte populacional. Os autores apontam também a “maturidade” do PSF no município como fator importante para o “aprendizado institucional”. Ou seja, o tempo de implantação do programa e a variação do número de equipes ao longo de sua existência indicam a capacidade do município em promover a descentralização e a reorientação do modelo assistencial. Mascarenhas (2003) aponta a estabilidade institucional do PMF no município de Niterói e relaciona-a à condução da gestão administrativa por um mesmo partido político no governo por três mandatos consecutivos. O programa existe há quinze anos no município e conseguiu atingir a cobertura de 28% da população total, sendo que 22% foram alcançados até o final do ano de 2001 (Mascarenhas, 2003), o que demonstra que nos últimos cinco anos o programa apresentou uma desaceleração do crescimento. Segundo a autora, *“a meta do programa é atingir 30% da população total do município”*.

Por outro lado, não parece clara a posição do PMF junto à FMS. No organograma, a coordenação do programa é mostrada como sendo subordinada à VIPACAF, junto às demais coordenações e unidades de saúde. Na publicação oficial, o programa não aparece na composição da rede executiva da FMS, o que pode ser preocupante com relação à sustentabilidade e organização da estratégia.

Com relação às ações intersetoriais, as iniciativas ainda são incipientes no que diz respeito ao controle da tuberculose. Embora haja uma mobilização por parte da coordenação e gestão na implementação de ações junto a escolas e outras instituições, elas são pontuais.

As associações de moradores são co-gestoras da ESF junto com a FMS. Esta integração é mais voltada, porém, para a contratação e pagamento dos profissionais, além do controle da qualidade do seu trabalho. Viana *et al.* (2006) consideram que *“a complexidade das áreas metropolitanas requer intervenções intersetoriais de forma a criar*

ações sinérgicas e cumuladas sobre as populações mais vulneráveis e que combata de forma mais eficaz a grande exposição aos diferentes tipos de riscos aos quais estão sujeitas as populações dessas localidades.” (p.598) Os autores consideram que a ESF, por suas próprias características de inserção social nas comunidades, deveria contribuir para a efetivação desta integração.

Vimos que, no município, há uma estreita articulação entre coordenação de vigilância, assessorias de programas e a vigilância epidemiológica, o que possibilita a utilização da epidemiologia como “ferramenta de gestão” (Paim, 2006) Paim ressalta, porém, que muitas vezes a utilização da epidemiologia no planejamento das ações de atenção à saúde acontece de forma superficial, com a apresentação de alguns indicadores como forma de cumprir apenas um “ritual”. Outra questão levantada diz respeito ao retorno da informação aos locais onde foi gerada: as unidades de saúde. Apesar de haver um esforço para divulgação, não existe ainda uma ação sistematizada nesse sentido, a não ser no caso da ESF onde há uma reunião trimestral prevista para, entre outras coisas, divulgar os dados epidemiológicos.

Todos os profissionais do nível central que foram entrevistados afirmaram que a boa interação entre os diversos programas, assessorias e coordenações é favorecida pela arquitetura do local, que propicia o contato contínuo e a troca de informações. Porém, o planejamento conjunto das ações não se dá de forma sistematizada.

As atividades de treinamento e capacitação dos profissionais atuando na rede de serviços de saúde são bem definidas na ESF. O Núcleo de Educação Permanente, inicialmente voltado para as equipes de PMF, agora se amplia para toda a rede de ABS. Percebemos que a capacitação dos profissionais que atuam na ESF é planejada e prevê atividade semanal. Nas unidades de saúde tradicionais, as ações de capacitação e treinamento ainda ocorrem de forma pontual. Ao abordar a questão do acesso e qualidade

das ações e serviços de saúde, Paim (2006) considera que as iniciativas de apoio técnico-pedagógico das equipes de saúde da família devem ser expandidas para “outros espaços de práticas do SUS”, como forma de contrapor o que o autor chama de “modelo de desatenção vigente”.

A supervisão periódica das unidades de atenção básica que atendem pessoas com tuberculose é feita pela gerência do programa. Por haver somente um profissional na gerência, há dificuldade em cumprir o cronograma previsto. Neste ano, um novo profissional passou a fazer parte da gerência do PCT, o que pode resultar em supervisão mais freqüente. Já a ESF conta com equipes de supervisão que comparecem ao menos uma vez por semana nos módulos e podem ser requisitadas para orientação e resolução de problemas a qualquer momento. A comunicação entre as unidades de saúde tradicionais e a gerência do PCT também ocorre com certa freqüência, com o objetivo de obter orientações e resolução de problemas, além de fazer alguns comunicados. O fato de o gerente do PCT ser um profissional qualificado e ter uma estabilidade no serviço favorece a relação que se dá entre o mesmo e os profissionais das unidades. Ao mesmo tempo, a carência de recursos humanos desfavorece a articulação sistematizada com as equipes.

Castanheira (2002), ao avaliar a assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/AIDS, caracterizou o processo gerencial através do perfil do gerente, treinamento e supervisão, dinâmica gerencial e avaliação da assistência e planejamento anual. Ao analisar essas características, constatamos que, em Niterói, temos como pontos positivos o fato de o responsável pelo PCT no município se dedicar à gerência e ter experiência de trabalho com tuberculose, além de mostrar-se acessível e estar informado sobre as unidades de atendimento. Já os mecanismos de articulação com as equipes e o planejamento das ações foram considerados incipientes nas unidades de saúde convencionais, devido à ausência de

sistematização e periodicidade com relação ao primeiro e à falta de compartilhamento com as equipes e outros programas no segundo.

A estratégia mais citada para prevenir o abandono de tratamento foi a do tratamento supervisionado. Consideramos que os critérios para oferta de tratamento supervisionado aos pacientes, embora busquem priorizar os casos com maior risco de abandono, são, paradoxalmente, um fator limitante para a diminuição do número de abandono de tratamento, por restringir a oferta dessa forma de acompanhamento. Outros fatores desfavoráveis são a falta de recursos humanos em número suficiente para fazer o tratamento supervisionado e a demora no fornecimento de incentivo ao paciente. A supervisão do tratamento, na grande maioria dos casos, ocorre na unidade de saúde. Ou seja, o usuário deve se deslocar até a unidade, no horário de funcionamento da mesma, para receber a medicação. Cardoso (2004) aponta o DOTS como uma estratégia importante em todo o mundo, não só para garantir a cura e minimizar a transmissão da doença, mas também para prevenir o desenvolvimento da tuberculose multirresistente (MDR-TB) e sua disseminação. Segundo este autor, o acesso ao DOTS é limitado em alguns locais por falta de vontade política, escassez de recursos, deficiência de infra-estrutura assistencial, instabilidade no fornecimento de medicamentos e má gestão.

Com relação ao sistema de informação, temos como ponto positivo a existência de profissionais responsáveis pela vigilância epidemiológica em todas as unidades. Os relatórios dos programas, porém, são construídos separadamente e há pouca divulgação das informações. Apesar de ter havido a construção de um boletim em 2005 e de a gerência do PCT procurar levar as informações verbalmente para as unidades, a divulgação não é feita de forma sistemática. Na ESF, as reuniões trimestrais dos grupos podem favorecer a divulgação de informações para todos os profissionais.

A tomada de decisão com base nas informações não é feita de forma conjunta entre os programas, embora haja uma certa facilidade de comunicação entre os gestores, como já mencionado. Na ESF, há uma descentralização em que os supervisores dos grupos tomam, eles próprios, decisões sobre intervenções a serem feitas, com base nas informações encontradas nos módulos.

A avaliação do sistema de informação é bastante centralizada, com pouca participação dos profissionais que prestam assistência. Como exemplo, pode-se citar o questionamento feito nessa pesquisa a respeito da redução significativa do número de casos de tuberculose na policlínica A, em 2006. Nenhum dos profissionais demonstrou ter se dado conta da situação. As possíveis explicações para essa grande diminuição foram diversas: inicialmente, pensou-se que poderia ser atribuída à abertura de dois novos módulos do PMF na área, mas se verificou que o número de usuários com tuberculose nos dois bairros era nulo em 2005. Argumentou-se também que a incidência de casos poderia ter diminuído devido à eficácia do programa. A abertura de uma nova policlínica na região não poderia explicar a situação porque esta não havia iniciado ainda o atendimento de tuberculose. Por fim, falou-se que a queda do número de pacientes inscritos talvez pudesse ser explicada pela intensificação das ações, no sentido de direcionar o usuário a fazer seu tratamento na área de abrangência onde reside e em decorrência da aposentadoria de um médico da unidade que atendia todos os pacientes, independente do local de residência.

Não há consenso quanto à questão do atendimento conforme a área de abrangência. No nível central, ressalta-se a importância de acolher o usuário e não deixar de atendê-lo. Em uma das policlínicas estudadas, esta é a conduta adotada por todos os profissionais que atendem tuberculose. Já na outra policlínica, a conduta determinada é a de atender somente pessoas da área de abrangência, embora essa decisão da direção seja questionada por alguns dos profissionais entrevistados.

A opinião de que há carência de recursos humanos para o atendimento de tuberculose nas policlínicas é praticamente unânime. A composição da equipe varia de uma unidade para outra e não há equipe mínima dedicada ao programa.

Na ESF, embora nenhum profissional o tenha mencionado durante a entrevista, observa-se uma gama de atividades sendo desenvolvidas por poucos profissionais. Viana *et al.* relacionam a rotatividade profissional no PSF com a violência urbana, o quadro de desigualdades sociais que os profissionais encontram e a exigência de dedicação exclusiva. Em Niterói essa rotatividade é mais observada nos profissionais médicos. É deles também a queixa quanto à sobrecarga de trabalho e à falta de estrutura no atendimento à população, de acordo com reportagem publicada em 20/03/2007 (*Jornal do Brasil*). Outra questão apontada nesta reportagem foi a da participação das associações de moradores na gestão do programa. Alguns profissionais se sentem ameaçados com demissões ou transferências “ao sabor de pressões políticas”. Mascarenhas (2003) menciona as dificuldades de relacionamento surgidas entre os profissionais e os membros das associações de moradores como resultado dos conflitos entre os poderes profissional e gerencial.

Durante o período de observação no PMF, pudemos constatar que uma das “duplas” que compõem a equipe de saúde da família ficou incompleta, sem o médico, por cerca de quarenta dias. Sua ausência foi compensada por supervisores que compareciam com mais frequência ao módulo. Em seguida, devido ao período de férias de uma das auxiliares de enfermagem, houve nítida sobrecarga de trabalho para a outra profissional, devido à não-substituição da primeira. Durante todo o tempo de desfalque na equipe as atividades de campo, tais como as visitas domiciliares, ficaram prejudicadas.

A percepção dos profissionais com relação à forma de chegada da demanda para atendimento de tuberculose nas policlínicas estudadas mostrou-se contrária aos resultados encontrados com base nas informações dos prontuários dos pacientes tratados em 2005. Na

policlínica A, apesar de ser relatado que o local próximo a diversos hospitais levaria a receberem muitos usuários referenciados, não foi o que se verificou. Na policlínica B, o maior percentual de pacientes referenciados talvez possa ser explicado pela presença de dois especialistas na unidade. As características da demanda que chega às unidades para diagnóstico e tratamento de tuberculose confirmam a insuficiência das ações de busca de casos e diagnóstico precoce, o que proporciona a manutenção da alta circulação do bacilo na comunidade.

Segundo Ibañez *et al.*(2006), o acesso “*envolve a localização da unidade de saúde próxima da população a qual atende, o horário e os dias em que está aberta para atender, e o grau de tolerância para consultas não-agendadas*”. (p.687) Como vimos, a localização das unidades e a tolerância para atendimentos não-marcados não constituem problema para o acesso do usuário, quando se trata de pessoa com tuberculose ou caso suspeito. Quanto ao horário, ambos os tipos de unidades, tradicionais ou de saúde da família, tem horário padrão de funcionamento. Elias *et al.*(2006) consideram que a rigidez dos horários “*e as formas quase sempre presenciais de marcação de consultas funcionam como constrangimento ao efetivo acesso à atenção básica, especialmente em metrópoles, nas quais parcelas importantes da população passam o dia longe de seu local de moradia*”. (p.640)

Paim (2006) ressalta as desigualdades no acesso à atenção à saúde e reconhece que ações como a regionalização e hierarquização da rede, mais o fortalecimento da ESF, “*apesar de inteligíveis pelo seu caráter racionalizador, estão longe de responder à segmentação do sistema, sobretudo sem os investimentos necessários à expansão da rede pública e à remuneração adequada dos seus recursos humanos*”. (p.63)

As estruturas dos locais de atendimento à tuberculose observadas se apresentaram de maneira variada. Na maior parte das vezes, não há dificuldade na porta de entrada, com

exceção de uma das policlínicas que exige comprovante de residência e onde não há setor específico para este tipo de atendimento, levando a busca por um profissional que possa acolher o usuário, sem local adequado para fazê-lo. As normas de biossegurança são parcialmente atendidas nas policlínicas, sendo o ambiente mais desfavorável no módulo do PMF estudado. Mascarenhas (2003) relata algumas das mesmas características observadas neste estudo: sala de espera precária no módulo do PMFN e insuficiência de alguns tipos de material (a autora observa o uso de papel reciclado para receituário; no presente estudo observamos sua utilização nos prontuários para registros). Dois dos resultados quanto aos insumos encontrados por Mascarenhas (2003) foram diferentes nesta pesquisa: há atualmente imunobiológicos e realização de imunização no módulo do PMFN, porém não encontramos reserva de medicamentos para tratamento de tuberculose.

Vimos que o tempo de atendimento é muito variável, tanto com relação à condição do usuário quanto de acordo com o profissional de saúde. O tempo de espera varia de acordo com o horário de chegada do usuário e do profissional, visto que na policlínica não há agendamento de horários. Paim (2006) cita um estudo de Travassos *et al.* em que o tempo de espera entre os mais pobres (82,52 minutos) era mais do que o dobro quando comparado aos que tinham seguro saúde. Szwarcwald *et al.*, através de inquérito domiciliar realizado em quatro municípios do estado do Rio de Janeiro, encontraram tempo de espera ainda maior, com 12% dos usuários do setor público tendo esperado mais de três horas pelo atendimento. (p.650) Por outro lado, a garantia de ser atendido pelo mesmo profissional é valorizada no município, o que pode proporcionar um maior vínculo entre o usuário e os profissionais que o atendem.

A dificuldade na referência / contra-referência, na articulação com os outros níveis do sistema de saúde e na obtenção de acesso a exames especializados é uma queixa relativamente freqüente. Esta reclamação também é feita na reportagem do *Jornal do*

Brasil publicada em 20/03/2007: “A estrutura de trabalho, a excessiva burocracia, a falta de retorno por parte da rede secundária às nossas demandas acabam dificultando um trabalho que poderia ser muito melhor – diz o médico que atua há quatro anos no PMF”.

Viana *et al.* (2006) afirmam que o grau de articulação e a distribuição espacial da rede assistencial definem “a capacidade resolutive das equipes” a respeito dos problemas de saúde da população a que assiste. Estes autores consideram que há integralidade quando “a Secretaria Municipal de Saúde garante para a população referenciada o atendimento dos seguintes serviços ou unidades: clínicas especializadas, exames laboratoriais, exames de média e alta complexidade e internações”. (p.588)

As dificuldades de articulação da ESF com a rede local, do fluxo dos usuários no sistema de referência e contra-referência e do acesso a maiores níveis de complexidade são abordadas por Silva *et al.* (2005), Mascarenhas (2003), Estellita (2006), Senna e Cohen (2002) e Connil (2002). Os fatores apontados por esses autores como causadores dessa desintegração são o desconhecimento quanto às formas de acesso e rotina dos serviços especializados, a carência de especialistas, a tensão entre os dois modelos que coexistem na rede (unidades tradicionais e USF) e a forma burocrática de referência, que dificulta o acesso a todos os níveis de complexidade. O resultado dessas dificuldades pode ser o intercâmbio informal de que alguns profissionais lançam mão para garantir o acesso mais facilitado às unidades especializadas. (Senna e Cohen, 2002)

Com relação à tuberculose, parece não haver no município muitas dificuldades para os encaminhamentos das USF para as policlínicas, nem problemas com relação a leitos para internação desses pacientes, quando necessário. Porém, a falta de comunicação entre as unidades gera, muitas vezes, prejuízo nos encaminhamentos e, conseqüentemente, na qualidade dos serviços prestados. Há também o desconhecimento, por parte de diversos

profissionais, do fluxo dos usuários e da organização da rede. Os documentos consultados, obtidos na FMS, são contraditórios e pouco esclarecedores quanto a esses aspectos.

No ano de 2006, um dos hospitais de referência admitiu 17 pacientes residentes no município e sem nenhum encaminhamento formal, nos quais foi feito o diagnóstico de tuberculose. Representaram 14,28% dos pacientes com tuberculose e/ou AIDS que constituíram a demanda espontânea que buscou assistência nesse hospital naquele ano. (NVH, IETAP) Trata-se de usuários provenientes do domicílio, e que ainda não estavam em tratamento. Ao que parece, eles não foram captados pela rede de atenção básica.

Embora não haja dificuldade na realização de exames laboratoriais, o tempo para recebimento do resultado foi bastante variável. O registro dos resultados de exames baciloscópicos no ano de 2005 demonstrou que, apesar da relativa facilidade, há muitos casos em que o exame não foi realizado ou permanece “sem informação”. Acreditamos que isso talvez possa resultar de deficiência nos registros.

Nas duas policlínicas observou-se a distribuição dos resultados dos exames baciloscópicos semelhante aos nacionais, ou seja, cerca de 50% dos casos diagnosticados são de localização pulmonar e com baciloscopia positiva. (Ministério da Saúde-B, 2002)

A busca de casos é realizada de forma não sistematizada e incipiente em todas as unidades estudadas. As USF, por suas próprias características de localização e de modelo de atenção, deveriam comportar ações incisivas a esse respeito. De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica,

“A procura de casos é um conceito programático que compreende tanto os métodos de diagnóstico como as ações organizadas para operacionalizá-los, envolvendo os serviços e a comunidade. Estas ações estão voltadas para os grupos com maior probabilidade de apresentar tuberculose, quais sejam: sintomáticos respiratórios (pessoas com tosse e expectoração por três semanas ou mais);

contatos de casos de tuberculose; suspeitos radiológicos; pessoas com doenças e/ou em condição social que predisponham à tuberculose”. (Ministério da Saúde-C, 2002)

Apesar de realizar atividades de campo e visitas domiciliares, quando podem encontrar sintomáticos respiratórios e examiná-los, os profissionais da USF não conseguiram organizar a busca de casos, mesmo reconhecendo que seria necessária. Situação semelhante foi verificada por Mascarenhas (2003) quando avaliou, entre outras coisas, a captação de gestantes para o pré-natal em unidades de saúde tradicionais e USF. No estudo desta autora, não foi encontrada neste indicador diferença significativa entre as duas unidades. O contrário se deu, porém, na “captação de hipertensos”, onde o PMFN apresentou situação muito mais favorável do que a da unidade tradicional.

Com relação à forma de administração do tratamento, vimos que, nas unidades de saúde tradicionais, mais de 90% dos pacientes em tratamento o fizeram de forma auto-administrada, no ano de 2005. Como dissemos, os critérios que são estabelecidos para inclusão no tratamento supervisionado resultam na seleção de um pequeno número de pacientes que seriam aqueles com maior risco de abandono do tratamento. Alguns profissionais consideram que o tratamento supervisionado deveria ser ampliado; porém, a carência de recursos humanos e estrutura física são fatores que limitam essa ampliação.

De acordo com o II Consenso Brasileiro de Tuberculose (2004), a prioridade para tratamento supervisionado são

“os adultos com diagnóstico de tuberculose pulmonar bacilífera, os pacientes pertencentes aos grupos de maior risco de abandono de tratamento, tais como usuários de drogas, alcoolistas, moradores de rua ou que residem em comunidades fechadas como prisões, asilos, casas de

repouso e hospitais psiquiátricos; os pacientes sob esquema de retratamento e portadores de formas multirresistentes”. (p. S34)

O mesmo documento aponta que experiências desenvolvidas com o tratamento supervisionado, em alguns municípios brasileiros, têm obtido bons resultados em termos de maior adesão e menor abandono do tratamento.

Os critérios de prioridade do II Consenso foram os adotados para tratamento supervisionado, no município de Niterói. Embora o documento mostre que em alguns estudos comparativos entre DOTS e tratamento auto-administrado não houve resultado mais eficaz do primeiro, os bons resultados brasileiros poderiam justificar a ampliação da estratégia. Outros fatores que podem resultar no êxito dos tratamentos são atribuídos “às medidas implementadas na organização dos serviços, à agilidade do fluxo dos pacientes nas rotinas, ao provimento de incentivos aos pacientes e à qualidade da assistência prestada”. (II Consenso, 2004, p. S35)

Nas USF, procura-se fazer o tratamento supervisionado para todos os usuários com tuberculose, independente do cumprimento dos critérios previstos. Segundo informação da gerência, no ano de 2005, a taxa de cura dos usuários que fizeram tratamento supervisionado no PMF atingiu 96%.

Concluimos que o tratamento supervisionado ainda é feito de forma precária no município: o usuário deve se deslocar para a unidade de saúde no seu horário restrito de funcionamento; essa forma de administração do tratamento é oferecida a poucos usuários; há carência de recursos humanos, estrutura física insuficiente e os incentivos não tiveram uma regularidade. As USF podem fazer o tratamento supervisionado do usuário de sua área adscrita, mesmo que esteja sendo acompanhado em policlínica. Mesmo assim, o número de usuários com tuberculose atendidos nessa modalidade de administração é reduzido.

Não há falta de medicamentos para tratamento de tuberculose nas policlínicas, mas por vezes faltam medicamentos de suporte ao tratamento da doença, tais como vitaminas. O armazenamento e a dispensação dos fármacos se dá de forma diferente nas duas policlínicas estudadas. Enquanto na primeira as condições de armazenamento são melhores (na farmácia da unidade, com ambiente refrigerado), na segunda ocorre em uma sala do ambulatório de Pneumologia Sanitária, sem refrigeração. Por outro lado, a policlínica A dispensa os medicamentos sem orientações, enquanto que na policlínica B o momento de dispensação dos fármacos é dedicado ao reforço de orientações quanto à doença, tratamento, cuidados, exames dos familiares, etc. Nas USF, não há estoque de medicamentos para tratamento de tuberculose, embora haja intenção de fazê-lo nas unidades onde tem ocorrido casos em tratamento.

Nas duas policlínicas estudadas, as taxas de cura e abandono dos pacientes tratados no ano de 2005 foram semelhantes, ainda que um pouco mais favoráveis na policlínica B. Nesta unidade, houve também maior letalidade. A mudança de diagnóstico e a falta de informação quanto ao resultado do tratamento foram maiores na policlínica A, enquanto que a transferência maior ocorreu na policlínica B.

A Visita Domiciliar não faz parte da rotina das policlínicas, seja por falta de recursos humanos para realizá-la, seja por carência de transporte para a atividade. Acontece em situações extraordinárias, sem regularidade. Já nas USF, trata-se de uma atividade rotineira e todas as casas da área adscrita devem ser visitadas ao menos uma vez ao ano. A colaboração do PMF nas visitas domiciliares de usuários tratados nas policlínicas é cogitada, mas é necessária uma melhor comunicação entre os profissionais das duas unidades. Ressaltamos que, além disso, a população coberta pela ESF é inferior a 30% daquela do município, o que reduz o alcance desta medida de integração entre as unidades.

O número de contatos examinados por paciente em tratamento nas duas policlínicas foi menor que 2, bem abaixo do exame de 4 contatos/paciente como recomendado no Guia de VE. (Brasil, 2002) Apesar de o número nas duas policlínicas ser semelhante, observamos que havia maior preocupação com o exame dos contatos na policlínica B. Isso era ressaltado pela presença de um pediatra que dedicava um dia específico do trabalho para exame de contatos infantis e tratamento de crianças com a doença. O baixo número de contatos poderia talvez ser explicado pela deficiência no registro. Isso foi mencionado por um profissional, queixando-se da falta de recursos humanos: “*Em função do acúmulo de tarefas, o trabalho realizado não é relatado, se perde.*” Na USF, apesar de ter sido dito pelos profissionais que todos os contatos intradomiciliares são examinados na unidade ou na própria residência, não encontramos esse registro.

O município mantém alta taxa de incidência de tuberculose, porém apresenta melhora nos resultados dos tratamentos, embora eles estejam ainda abaixo das metas nacionais. A taxa de cura aumentou consideravelmente no grupo de pacientes que foi submetido ao tratamento supervisionado. Esta forma de administração foi realizada em somente 13,8% dos casos no ano de 2005.

Foram entrevistados exclusivamente usuários das policlínicas, a maioria deles utilizando a unidade somente partir da necessidade de acompanhamento e tratamento para tuberculose. Na pequena amostra entrevistada, 69,2% dos pacientes foram referenciados para as unidades, metade destes por médico privado. Durante as entrevistas alguns pacientes disseram estar surpresos com a atenção recebida por parte dos profissionais da unidade, pois tinham uma expectativa baixa com relação ao atendimento no serviço público de saúde. Em quase 100% dos casos entrevistados não houve queixa com relação ao atendimento. Os entrevistados disseram também que receberam as orientações a respeito da prevenção da transmissão da doença, sobre o exame dos contatos

intradomiciliares e que o tempo em que é atendido é suficiente para falar sobre suas dúvidas e apreensões. Com relação ao exame dos contatos e ao recebimento de visita domiciliar, os resultados foram semelhantes aos das outras fontes de dados pesquisadas.

10.1 – Limitações do estudo

Esta pesquisa apresentou como limitações:

- A coleta de dados realizada somente em um módulo do PMFN, com pequeno número de usuários em tratamento para tuberculose;
- Impossibilidade de entrevista com paciente com tuberculose no PMFN;
- Impossibilidade de entrevista com todos os profissionais das unidades estudadas;
- Demora no início da coleta de dados devido à necessidade de apresentação e aprovação do projeto pelas diferentes coordenações.

11 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados apresentados, concluímos que o município de Niterói apresenta características que podem favorecer a alta incidência da tuberculose, tais como a alta densidade demográfica e um número considerável de pessoas vivendo em situação insalubre e de aglomeração. Como aspectos favoráveis ao controle da doença vimos o percentual de investimento de recursos municipais na área da saúde, um bom nível de escolaridade e de rendimento, quando comparados aos do estado e do país. Entretanto, devemos levar em consideração a baixa cobertura da ESF e a proporção de unidades públicas ambulatoriais de saúde inferior às do estado e país. O desenvolvimento do contexto externo foi considerado parcial, de acordo com os escores dados aos indicadores estabelecidos neste estudo.

Com relação à organização do serviço para o controle da tuberculose, encontramos uma integração não sistematizada entre PCT e ESF. Isso é confirmado pela falta de planejamento conjunto entre os dois programas, bem como ausência de avaliação compartilhada. É inegável que essas ações podem acontecer de forma esporádica e não sistematizada, por iniciativa dos profissionais que atuam no nível central, todos eles com qualificação e experiência.

A participação das coordenações na decisão sobre a proporção de recursos aplicados na saúde em geral, e para o controle da tuberculose em particular, é nula. Há participação nas decisões sobre a utilização dos recursos que são disponibilizados, uma vez que a gerência tem melhor visão sobre as necessidades da rede.

O PMFN tem sua gestão compartilhada entre a FMS e a Associação de moradores, o que possibilita a participação popular e o controle social sobre, entre outras coisas, a

qualidade e horário do trabalho dos profissionais contratados. Senna e Cohen (2002) consideram que este fato pode gerar mobilização comunitária e, conseqüentemente, a conquista de benefícios e direitos. Por outro lado, essa participação tem gerado por vezes tensão entre os profissionais, que se sentem ameaçados de punição e demissão por critérios diferentes dos de qualidade da assistência e compromisso profissional. Mascarenhas (2003) constata este conflito entre profissionais e Associação de Moradores no município. Vimos também que não há representação de profissionais do PMF no CMS, o que seria necessário para a regulação.

A supervisão do PCT é exercida por um único profissional para todo o município, o que dificulta o cumprimento do organograma proposto. Na ESF há uma equipe de supervisão para um grupo de módulos, com ações de supervisão e treinamento programadas semanalmente.

Há programa de capacitação para as equipes de saúde da família que acontece de forma contínua, com maior volume de treinamentos do que os oferecidos aos profissionais da rede tradicional. Apesar disso, pudemos verificar que alguns profissionais da ESF referem falta de experiência e insegurança ao lidar com pacientes com tuberculose.

O tratamento supervisionado como estratégia para evitar o abandono, apesar de valorizado pelos profissionais, é oferecido a pequena parcela dos usuários em tratamento e sofre processo de descontinuidade no fornecimento de incentivos financeiros, além de carência de recursos humanos e estrutura física na rede. A equipe da ESF tenta manter a supervisão do tratamento para todos os moradores de sua área acometidos pela doença. Porém, observamos que a falta de recursos humanos dificulta o procedimento, limitado na maior parte das vezes ao comparecimento do usuário à unidade. O mesmo acontece com relação à busca de casos. Apesar de terem consciência da necessidade de busca em áreas onde há pessoas em situação mais vulnerável, essa ação é frequentemente adiada devido à

carência de recursos humanos. Em todas as unidades as buscas de casos foram realizadas somente a partir de casos suspeitos comunicados, de maneira pontual.

O município não conta com o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) que talvez pudesse colaborar nas atividades externas à unidade que, como vimos, são realizadas em quantidade insuficiente no município. Além disso, a ESF, apesar do longo tempo em que permanece implantada no município, não demonstra total sustentabilidade, devido ao seu caráter complementar e à sua ausência nos documentos de composição da FMS.

Desta forma, a partir dos escores atribuídos aos indicadores do contexto político-organizacional, consideramos que sua implantação é parcial.

O acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento de tuberculose não representam dificuldade no município, apesar de haver uma pequena variação quanto à recepção nos serviços. A existência de setor específico para este tipo de atendimento na policlínica, bem como componentes da equipe exclusivos do setor, parece favorecer a comunicação entre os profissionais e a concentração de material, documentos e atividades em um só local da unidade. O setor torna-se assim a referência onde se encontram as informações e onde profissionais e usuários buscam a resolução de problemas.

O módulo do PMF é certamente a unidade com melhor acesso aos usuários cadastrados, porém a gama de atividades que os profissionais têm que realizar pode gerar uma sobrecarga de trabalho, o que resulta no descarte de algumas ações. Cada dupla, composta por um médico e um auxiliar de enfermagem, é responsável tanto pelas diversas ações que executam dentro da unidade quanto pelas atividades externas na comunidade. O aumento da demanda espontânea no módulo e a ausência temporária de profissionais podem resultar no prejuízo das atividades de busca ativa e visitas domiciliares.

No que diz respeito à estrutura física, a existência de setor específico para atendimento de tuberculose também mostrou uma situação favorável para a biossegurança. O módulo do PMF é o que apresenta as piores condições nesse sentido. O mesmo acontece com relação ao tempo de espera para resultado da baciloscopia. Uma das policlínicas demonstrou uma boa integração com o laboratório, que fica no mesmo terreno da unidade, conseguindo com que os resultados positivos sejam comunicados no mesmo dia. Nas demais unidades esse tempo é mais variável, fazendo com que frequentemente o início do tratamento seja adiado, visto que nas mesmas iniciar o tratamento sem o resultado da baciloscopia não é consenso entre os profissionais.

A proporção de doentes com tuberculose acompanhados nas duas policlínicas estudadas foi de 46,17% dos casos do município. Isso corrobora os achados de Natal et al. (2004), que verifica que por vezes a cobertura quanto ao número de unidades com o programa implantado é satisfatória,

“mas é insatisfatória quando se verifica a distribuição dos casos por UBS. A concentração de casos em poucas UBS, é decorrente do fato da atenção ser ainda desenvolvida por especialistas. Existe uma falta de capacitação de médicos não especialistas para o atendimento da tuberculose, sendo que, nas unidades concentradoras, existem pneumologistas e uma maior disponibilidade de diagnóstico laboratorial.”

Essa concentração da demanda também dificulta a realização de outras atividades, como tratamento supervisionado, exame dos contatos e busca de casos.

Os resultados dos tratamentos das unidades estudadas foram inferiores às metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

As visitas domiciliares são rotineiras no PMFN, realizadas pela dupla de profissionais ou por apenas um deles. São programadas de acordo com necessidades que

surtem, mas espera-se que cada domicílio cadastrado seja visitado ao menos uma vez ao ano. Vimos, porém, que algumas vezes a ida à comunidade é prejudicada pela necessidade de permanência dos profissionais no módulo. Nas policlínicas as visitas domiciliares acontecem somente em situações muito especiais. Há carência de recursos humanos e materiais para esta atividade. O número de contatos examinados ficou abaixo do recomendado nas duas policlínicas. No PMFN não encontramos registro, embora os profissionais relatassem que todos os contatos são examinados.

As notificações e repasse de informações para o nível central, bem como o preenchimento do livro de registro de dados, apresentaram variações entre as unidades estudadas. Neste estudo, consideramos as informações do nível local como as mais completas, incluindo a consulta do prontuário.

A implantação do programa foi considerada parcial em todas as unidades estudadas, com resultados ligeiramente melhores na policlínica B e no módulo do PMF.

Quanto aos resultados de tratamento, a ESF teve o desempenho alcançado, enquanto que as unidades de saúde tradicionais tiveram um alcance parcial. Há que se considerar que o número de casos tratados no PMF foi pequeno e que todos foram submetidos ao tratamento supervisionado, o que aumenta consideravelmente a taxa de cura e, conseqüentemente, diminui a de abandono e óbito. Outro fator interveniente foi o fato de não ter sido realizada entrevista com usuário no PMFN. Desta forma, não consideramos para fins de pontuação o indicador “satisfação do usuário”.

Este estudo encontrou uma grande diversidade de dados que extrapolaram os esperados pelos indicadores da matriz de julgamento. Assim, as diferenças qualitativas verificadas não puderam ser totalmente contempladas na pontuação da matriz. Ressalta-se a importância de outros estudos para aprofundamento das questões aqui levantadas.

Recomenda-se, a partir desta pesquisa:

- Quanto ao contexto externo - ampliar a cobertura da ESF e definir o papel dessa estratégia no organograma da FMS;
- Quanto ao contexto organizacional - aumentar a participação dos profissionais das coordenações e gerências na decisão sobre os recursos financeiros, humanos e materiais; estimular a integração das unidades de saúde municipais; ampliar a equipe de supervisão e capacitação; promover as atividades de planejamento e avaliação conjuntas entre o PCT e a ESF; e melhorar a distribuição de casos com tuberculose acompanhados pelas diversas unidades;
- Quanto ao contexto de implantação - aumentar o número de recursos humanos dedicados aos programas; fortalecer a busca ativa de casos, o exame dos contatos e o diagnóstico precoce; oferecer o tratamento supervisionado a todos os pacientes com tuberculose pulmonar positiva; e fornecer estrutura física com melhores condições de biossegurança.
- Quanto ao modelo de avaliação – elaborar e aplicar um modelo de auto-avaliação dos programas.

12 – CONCLUSÕES

A integração entre os diversos programas que fazem parte da ABS, representada neste estudo pelas ações de controle de tuberculose e ESF, mostrou-se incipiente. Os principais pontos observados que impedem essa integração são a implantação e a consolidação do PMFN como um programa de caráter complementar, a carência de recursos humanos e a sobrecarga de trabalho, além do fato de a subordinação técnica e administrativa dos programas estarem localizadas em diferentes locais da estrutura organizacional, o que corrobora os resultados encontrados por Natal (2004 e 2006). A autora considera que as prioridades e metas definidas pelos programas seriam diferentes, o que ocorreria também com o planejamento, a capacitação e o perfil de seus recursos humanos.

A integração inexpressiva no nível organizacional se reflete na relação entre as unidades de saúde tradicionais e as USF, não existindo entre seus profissionais um intercâmbio formal. As ações no nível local, na maior parte das vezes, são realizadas de forma isolada.

O grau de implantação do PCT nas policlínicas e na USF foi parcial e semelhante. Entretanto, a estrutura física e os recursos humanos diferiram entre as unidades, assim como a forma de recepção dos usuários.

As ações de busca de casos, busca de pacientes que abandonaram o tratamento e exame de contatos mostraram-se insuficientes e não integradas entre as unidades. O tratamento supervisionado, embora tenha sido citado como estratégia para prevenir o abandono do tratamento, foi realizado em número reduzido de pacientes. Ressalte-se que, nesta forma de administração do tratamento, os resultados foram muito mais favoráveis.

O modelo lógico de avaliação foi elaborado e mostrou ser suficiente para atingir os objetivos, mas insuficiente para explicar algumas situações encontradas como a pequena proporção de pacientes com tuberculose acompanhados nas USF, inferior à da cobertura da ESF no município. Isso levanta indagações quanto à procedência desses pacientes, suas escolhas quanto aos locais de tratamento e suas condições sociais e econômicas.

13 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – Natal S, Penna ML, Moreira dos Santos E, Hartz ZMA, Sabroza P, Cruz M, Patroclo MA. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: estudo de casos na Amazônia Legal. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, v. 12, n.2, 2004. :91-109.
- 2 - Alves MTSSB *Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV e aids no Sistema Único de Saúde: a situação no Maranhão* [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003.
- 3 - Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Controle da Tuberculose*/Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- 4 – World Health Organization. *Compendium of Indicators for Monitoring and Evaluating National Tuberculosis Programs*. WHO/HTM/TB, 2004.
- 5 – Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigilância Epidemiológica – Tuberculose*. <http://www.saude.gov.br/svs> (acessado em 09/ago/2005)
- 6 – World Health Organization. *What is DOTS? A guide to understanding the WHO-recommended TB Control Strategy known as DOTS*. WHO, 1999. p. 13.
- 7 – Ministério da Saúde-B. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. *Indicadores e Dados Básicos-Brasil-2004*. <http://www.datasus.gov.br> (acessado em 03/jun/2005)
- 8 – SES / RJ. *Boletim informativo 2005*. Programa de Controle da Tuberculose do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SES, 2005.
- 9 - Mascarenhas MTM. *Implementação da Atenção Básica em Saúde no Município de Niterói, RJ: Estudo de Caso em Unidade Básica de Saúde Tradicional e Módulo do Programa Médico de Família* [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.

- 10 – Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- 11 - Portela MC. Avaliação da qualidade em saúde In: Rozenfeld S, (org.). *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2000. p.259-269.
- 12 – Andrade LOM, Barreto ICHC e Bezerra RC Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família In: Campos GWS *et al.* *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.
- 13 - Paim JS. *Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006.
- 14 - Ministério da Saúde-D. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Documento Técnico. Avaliação para Melhoria da Qualidade – Qualificação da Estratégia Saúde da Família*. Brasília, DF – Julho de 2005.
- 15 - Ministério da Saúde-C. Portaria nº 21 de 05 de janeiro de 2005. Brasília, 2005.
- 16 - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 17 - Ministério da Saúde. FUNASA. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. *Controle da Tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço*. 5ª ed. Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT; 2002.
- 18 – Bodstein R. Atenção Básica na agenda da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3):401-412, 2002.
- 19 - Estellita BAA. *O Programa de Saúde da Família em grandes centros urbanos: um cenário de êxitos e ruínas inseridos na proposta de reorientação da atenção básica à saúde*. [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

- 20 - Senna MCM, Cohen MM. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7 (3):523-535, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2002.
- 21 – Connil EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad. Saúde Pública* v.18 supl. Rio de Janeiro 2002.
- 22 – Silva LMS, Guimarães TA, Pereira MLD, Miranda KCL, Oliveira EN. Integralidade em Saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um Serviço de Referência em HIV/AIDS. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Vol. 4 nº 2. Brasília: Ministério da Saúde, abril/junho 2005.
- 23 – Elias PE *et al.* Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11 (3):633-641, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.
- 24 - Stufflebeam D, Madus G, Kellaghan T. O modelo CIPP para avaliação. In *Introdução à Avaliação de Programas Sociais*. Coletânea de textos. Instituto Fonte, 2004. p. 58-92.
- 25 - Vieira-da-Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA e Vieira-da-Silva LM, (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.15-39.
- 26 - Center for Disease Control. *Framework for Program Evaluation in Public Health*. Atlanta (US): MMWR; 1999.
- 27 - Denis JL, Champagne F. Análise da Implantação. In: Hartz ZMA, (org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.

- 28 - Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
- 29 – Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA e Vieira-da-Silva LM, (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.41-63.
- 30 - HARTZ ZMA. Avaliação dos Programas de Saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva* 1999; 4 (2):341-354.
- 31- Hartz ZMA, org. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
- 32 - Richardson RJ *et al.* *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. São Paulo: Ed Atlas, 1999.
- 33 - Lee T, Price M. Indicators and Research Methods for Rapid Assessment of a Tuberculosis Control Programme: case study of a rural area in South África. *Tubercle and Lung Disease* (1995) 76, :441-449.
- 34 - Natal, S. *Avaliação Formativa do Componente Fortalecimento Técnico das Secretarias de Estado de Saúde em Monitoramento e Avaliação – Relatório Executivo – Análise Preliminar dos Casos*. ENSP / IMIP / MS-SAS-DAB. Dezembro, 2006. mimeo.
- 35 - Worthen B, Sanders JR, Fitzpatrick JL. *Avaliação de programas: concepções e práticas*. São Paulo: Editora Gente, 2004.
- 36 - Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, (org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- 37 – Penna MLF. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde (Texto de apoio da Unidade I). In: Santana JP. *Capacitação em Gerência de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário*. Brasília: OPAS, 1993.

- 38 - Santos EM *et al.* Avaliação dos Programas de Controle da Malária, Dengue, Tuberculose e Hanseníase na Amazônia Legal: uma proposta de concepção teórica e metodológica comum aos processos endêmicos. In: Santos EM e Natal S, (org.). *Dimensão técnico-operacional: unidade didático-pedagógica: modelo lógico do programa*. Série Ensinando Avaliação v. 2. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2005. p.75-81.
- 39 - IBGE, Resultados da Amostra do Censo demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. In www.ibge.gov.br acessado em 20/03/2007
- 40 - IBGE, Assistência Médica Sanitária 2002. In www.ibge.gov.br, acesso em 20/03/2007
- 41 - Viana *et al.* Modelos de Atenção Básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva* v.11 (3) :577-606 . Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.
- 42 - Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde. <http://siops.datasus.gov.br>, acesso em 22/03/2007
- 43 - Castellanos PL. Epidemiologia, saúde pública e condições de vida: considerações conceituais. In: Barradas RB, (org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p.31-76.
- 44 - Pereira ATS *et al.* A sustentabilidade econômico-financeira no Proesf em municípios do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins. *Ciência & Saúde Coletiva* v.11 (3):607-620 . Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.
- 45 - Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva* v.11 (3):643-654. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.
- 46 - Castanheira ERL *Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/aids em serviços públicos no estado de São Paulo: relações entre qualidade e*

organização do processo de trabalho. São Paulo, 2002. (Tese de doutorado - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo)

47 - Cardoso, Ernesto Montoro. Multiple drug resistance: a threat for tuberculosis control. *Rev Panam Salud Publica*. [online]. 2004, v. 16 (1) [citado 2007-04-18],:68-73.

Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892004000700013&lng=pt&nrm=iso ISSN 1020-4989.

48 – Ibañez N *et al*. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva* v.11 (3):683-703 . Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

49 – Ministério da Saúde-B. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

50 - Ministério da Saúde-C. *Guia de Vigilância Epidemiológica – Tuberculose*. Brasília: Ministério da Saúde: FUNASA, 2002.

51 - II Consenso Brasileiro de Tuberculose. Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 30 (Supl 1). Junho 2004.

ANEXOS

ANEXO I

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO 1: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GERENTE DO PCT

I – Perfil

1. Sexo: () M () F
2. Idade: _____
3. Profissão: _____
4. Vínculo empregatício: _____
5. Escolaridade: _____
6. Tempo que ocupa o cargo: _____
7. Participação em conselhos: () sim () não. Em caso positivo, qual(is)? _____

8. Forma de escolha para o cargo: _____

II – Trabalho em equipe

1. Como é a recepção de funcionários novos? Há treinamento e supervisão? _____

 2. Quais são os profissionais que atuam nos ambulatórios de TB? _____

Quais são os tipos de atuação? _____

- São exclusivos do PCT? () sim () não
3. A área de atuação da equipe de saúde está territorialmente definida?
() SIM () NÃO () NÃO SABE
 4. Como o trabalho multiprofissional é realizado no serviço? _____

- Quais as dificuldades? _____

5. A equipe de saúde utiliza as normas do Ministério da Saúde para o diagnóstico e tratamento da pessoa com tuberculose? () SIM () NÃO
6. Como são encaminhados os conflitos entre os profissionais da equipe? _____

7. Há pessoas treinadas para o preenchimento das fichas do SINAN/SIAB? () SIM () NÃO. E para fazer análise dos dados? () SIM () NÃO
8. Como se dá a integração com a Vigilância Epidemiológica? Como é o fluxo de informações? _____

9. A equipe de saúde realiza reuniões para discutir e programar seu trabalho?
() NÃO
() SIM, sem regularidade
() SIM, mensalmente
() SIM, quinzenalmente
() SIM, semanalmente

III – Gerência

1. Qual é a proporção de unidades do serviço de saúde que atendem tuberculose?
UBS _____ Policlínicas _____ Módulos do PMF _____ Hospitais _____
2. Como é realizada a aquisição de materiais e medicamentos para o programa?
() a gerência do programa decide sobre a aquisição
() a gerência participa das decisões de aquisição
() a aquisição é decidida sem a participação da gerência
3. Quando há carência de recursos ou insumos, que providências costumam ser tomadas? _____

4. Há escuta e encaminhamento das queixas dos usuários? () sim () não. Em caso positivo, como são feitos? _____

5. A gerência é chamada com frequência para resolver problemas relacionados a usuários ou a profissionais? () sim () não. Em caso positivo, em que situações? ____

6. Como são realizadas as atividades de vigilância epidemiológica? Como é o registro e quem o realiza? _____

7. A gerência faz relatório sobre o programa? ()sim ()não. Em caso positivo, o relatório é divulgado? ()sim ()não. Como e para quem? _____

8. Como se dá a referência dos usuários para outros serviços/programas? _____
E a contra-referência? _____

9. Há contato com organizações comunitárias ou ONGs ? ()sim ()não

10. Há planejamento conjunto entre os gerentes dos serviços/programas? ()sim ()não

11. Cite os pontos positivos e negativos do desenvolvimento do programa. _____

Há algum plano para modificar o trabalho realizado nas unidades? _____

**INSTRUMENTO 2:
ROTEIRO DE ENTREVISTA COM COORDENADOR DO PMF**

Data: _____

I – Perfil

1. Sexo: () M () F
2. Idade: _____
3. Profissão: _____
4. Vínculo empregatício: _____
5. Escolaridade: _____
6. Tempo que ocupa o cargo: _____
7. Participação em conselhos: () sim () não. Em caso positivo, qual(is)? _____

8. Forma de escolha para o cargo: _____

II - Trabalho em equipe

1. Como é a atuação do PMF no controle da tuberculose? Existe um protocolo de atuação do PMF no controle da tuberculose? _____

2. Como é a recepção de funcionários novos? Há treinamento e supervisão? Existe treinamento conjunto para as ações de controle da tuberculose? _____

3. Quais são os profissionais que atuam nos ambulatórios de TB? Quais são os tipos de atuação? _____

4. A equipe de saúde realiza reuniões para discutir e programar seu trabalho?
() NÃO () SIM, quinzenalmente
() SIM, sem regularidade () SIM, semanalmente
() SIM, mensalmente

5. São definidas estratégias com relação ao abandono de tratamento?

() sim () não () não sei . Em caso positivo quais? _____

6. E quanto à forma de administração do tratamento? _____

7. Como as equipes do PMF são orientadas para registrar e atuar com os contatos dos casos de tuberculose? _____

III - Gerência

1. Qual é a proporção de unidades do serviço de saúde que atendem tuberculose?

UBS _____ *Policlínicas* _____ *Módulos do PMF* _____ *Hospitais* _____

2. Qual é a cobertura do PMF no município? _____

3. Como é realizada a aquisição de materiais e medicamentos para o diagnóstico e tratamento da tuberculose?

() a gerência do PMF decide sobre a aquisição

() a gerência do PMF participa das decisões de aquisição junto à gerência do PCT

() a aquisição é decidida sem a participação da gerência do PMF

4. Quando há carência de recursos ou insumos, que providências costumam ser tomadas? _____

5. A coordenação do PMF participa na gestão dos recursos para a tuberculose? E na decisão de definição de recursos municipais para o PCT? Existe uma proporção de recursos federais, estaduais e municipais? _____

6. Há escuta e encaminhamento das queixas dos usuários? () sim () não. Em caso positivo, como são feitos? _____

7. A coordenação é chamada com frequência para resolver problemas relacionados a usuários ou a profissionais? () sim () não. Em caso positivo, em que situações? _____

IV - Sistema de Informação

1. Como são realizadas as atividades de vigilância epidemiológica? Como é o registro e quem o realiza? _____

2. Como se dá a integração com a Vigilância Epidemiológica? Como é o fluxo de informações? _____

3. Há avaliação do sistema de informação? () SIM () NÃO Obs: _____

4. As informações são utilizadas para tomada de decisão? _____

5. Há pessoas treinadas para o preenchimento das fichas do SIAB? () SIM () NÃO.
E para fazer análise dos dados? () SIM () NÃO
6. A coordenação faz relatório (conjunto) sobre o programa? ()sim ()não. Em caso positivo, o relatório é divulgado? ()sim ()não. Como e para quem?

7. A coordenação do PMF recebe relatórios de outros programas correlacionados? ()sim ()não. Em caso positivo, qual(is)? _____

V - Referência e Intersetorialidade

1. Como se dá a referência dos usuários com tuberculose para outros serviços/programas?

2. E a contra-referência? _____
3. Há contato/participação com organizações comunitárias ou ONGs ? ()sim ()não
Obs: _____

VI - Integração

1. Há planejamento conjunto entre os gerentes dos serviços/programas?
()sim ()não
2. São construídos relatórios conjuntos entre PCT e PMF? ()sim ()não Obs: _____

3. Há supervisão do PCT junto às equipes do PMF? ()sim ()não Obs: _____

4. Falta algum tipo de recurso para realizar as ações de controle da tuberculose no PMF?

5. Cite os pontos positivos e negativos, facilidades e dificuldades do desenvolvimento das ações de controle da tuberculose no PMF. _____

6. Há algum plano para modificar as ações de controle da tuberculose que vem sendo realizadas nos módulos do PMF? ()sim ()não. Em caso positivo, que mudanças e por que? _____

INSTRUMENTO 3:
ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS
POLICLÍNICAS E DAS EQUIPES DO PMF

Nº do questionário: _____

Unidade de Saúde: _____

I – Perfil

1. Sexo : ()M ()F
2. Idade: _____
3. Escolaridade: _____ Especialidade? _____
4. Profissão: _____
5. Vínculo empregatício: _____
6. Tempo que ocupa o cargo nesta unidade: _____
7. Forma de escolha para o cargo: _____
8. Já trabalhou com pacientes com tuberculose antes, em outros serviços?
()sim ()não. Em caso positivo, por quanto tempo? _____

II – Atendimento

1. Como é feita a recepção dos pacientes novos? _____

2. Quais são as demandas mais frequentes? _____

3. Todo sintomático respiratório é orientado para realização de exame baciloscópico?
()sim ()não. Em caso negativo, quais os critérios adotados? _____

Que profissional pode fazer a solicitação? _____

4. O exame radiológico é solicitado para todos? ()sim ()não. Em caso negativo, quais são os critérios adotados? _____
5. Como é feita a coleta de material para baciloscopia? _____
_____ É encaminhado ao laboratório quantas vezes por semana? _____ Qual é o período de tempo entre a coleta e a chegada do resultado? _____ Inicia-se o tratamento sem o resultado? ()sim ()não. Em caso positivo, em que caso(s)? _____

6. Na sua opinião, a distância entre a residência do usuário e a unidade de saúde é fator limitante para o atendimento? ()sim ()não. Por que? _____

7. Na sua opinião, o serviço dispõe de recursos para atender às necessidades dos usuários? ()sim ()não. Obs: _____

8. De que forma são marcadas as consultas? _____

9. Qual é o tempo de espera entre o agendamento e a primeira consulta? _____

E o tempo de espera no dia da consulta? () menos de meia hora () 30 a 60 minutos

() 1 a 2 horas () acima de 2 horas () não sabe

10. Qual é a duração da consulta? _____ Ela é suficiente para o paciente relatar suas queixas e esclarecer suas dúvidas? _____

11. Qual é média de consultas agendadas durante o tratamento? _____

12. O paciente é atendido sempre pelo(s) mesmo(s) profissional(is)? ()sim ()não. Em caso negativo, como é feito o atendimento? _____

13. Como é informado o diagnóstico e a forma de tratamento? _____

14. Como é feita a abordagem dos contatos? _____

15. Há muitos casos de pacientes com dificuldade de aceitação das regras do serviço e de adesão ao tratamento? () sim () não. Quais são as alternativas de solução? _____

16. O serviço realiza atividades de grupo com os pacientes? () sim () não. Em caso positivo, de que tipo e há quanto tempo? _____

_____ Quem são os profissionais envolvidos?

Como essas atividades se inserem no fluxo assistencial? _____

17. Como é feita a dispensação de medicamentos para os pacientes? Há disponibilidade? _____

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

19. Como é decidida a forma de administração de medicamentos – auto-administrado ou supervisionado? _____

20. Há disponibilidade de pessoal para tratamento supervisionado? ()sim ()não ()às vezes. Quem realiza? _____

Há supervisão da equipe? ()sim ()não

21. Há algum problema na realização de exames laboratoriais? ()sim ()não. Em caso positivo, qual(is)? _____

22. Na sua opinião, o que poderia ser mais valorizado no apoio diagnóstico e terapêutico? _____

Há alguma modificação prevista? ()sim ()não. Em caso positivo, qual(is)? _____

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

24. Na sua opinião, o que poderia ser mais valorizado no atendimento dos “não agendados”? _____

Há alguma modificação prevista? _____

25. A busca de casos é realizada na unidade? ()sim ()não Em caso positivo, como é feita e por quem? _____

26. Há contato com pacientes que faltaram ao atendimento? ()sim ()não. Em caso positivo, como é feito? _____

27. São realizadas visitas domiciliares? ()sim ()não. Em que casos e quem as faz? _____

Existe agendamento? ()sim ()não

28. Os atendimentos são registrados detalhadamente nos prontuários? ()sim ()não.

III - Trabalho em equipe

1. Quais são os profissionais que atuam na equipe? _____

2. Quais são as atividades de cada um deles? _____

3. Existe um líder na equipe? _____
4. Quem é o responsável pelas orientações técnicas? _____
5. A quem se recorre para resolução de problemas de suprimentos de materiais? _____

6. Existe supervisão do serviço? ()sim ()não. Em caso positivo, como é feita? _____

7. Você participou de algum treinamento para atenção e controle da tuberculose?
() sim () não. Quando? _____ É incentivado a fazê-lo? _____

IV – Sistema de Informação

1. Como é feita a notificação do caso de tuberculose e quem faz? _____

2. As informações coletadas e consolidadas pelo Sistema de Informação são utilizadas para tomada de decisões? ()sim. De que tipo? _____
_____ () não () não sei
4. Você participa ou já participou de alguma avaliação do Sistema de Informação?
()sim () não () não sei

V – Intersetorialidade

1. Existe integração entre a UBS em que você atua e o módulo do PMF da sua região?
()sim () não () não sei
Há planejamento conjunto das ações de controle da tuberculose? ()sim () não. Em caso positivo, como é realizado? _____

2. O PMF notifica os casos de tuberculose? ()sim () não () não sei. A UBS ou policlínica recebe a informação do caso? ()sim () não () não sei

**INSTRUMENTO 4:
ENTREVISTA COM USUÁRIOS DO SERVIÇO DE TB**

Nº do questionário: _____

Unidade de Saúde: _____

Idade: _____ Sexo: () M () F

1. Há quanto tempo o senhor(a) utiliza este serviço? _____
2. O senhor(a): () Escolheu este serviço por conta própria () Foi referido para ele
Se referido, por quem? _____
3. Quanto tempo após o início dos sintomas, o senhor soube do seu diagnóstico?
() menos de 1 mês () entre 1 e 2 meses () 3 a 4 meses () mais de 4 meses
4. O senhor(a) mudaria deste serviço para outro local?
() SIM () NÃO () NÃO SABE
5. Que distância o senhor percorreu para chegar até aqui? _____
6. O senhor(a) tem que esperar um longo tempo para marcar uma consulta neste serviço?
() SIM () NÃO () NÃO SABE () o serviço não marca consulta
7. Quando tem que vir a este serviço, o senhor perde o dia de trabalho?
() SIM () NÃO
8. Quanto tempo o senhor(a) espera neste serviço para ser consultado pelo médico ou enfermeiro? () menos de meia hora () 30 a 60 minutos () 1 a 2 horas () acima de 2 horas () NÃO SABE
9. Quando o senhor(a) vem a este serviço, é atendido(a) pelo mesmo profissional de saúde?
() SIM () NÃO () NÃO SABE
10. Quanto tempo, em média, dura a consulta médica? _____
11. Quando o senhor(a) tem alguma dúvida, o senhor(a) pode chamar e conversar com o médico ou enfermeiro deste serviço?
() SIM () NÃO () ALGUMAS VEZES () NÃO SABE
12. Neste serviço, o senhor(a) tem tempo suficiente para falar sobre suas preocupações ou problemas? () SIM () NÃO () ALGUMAS VEZES () NÃO SABE
13. O senhor(a) acha que o médico ou enfermeiro entende o que o senhor(a) fala?
() SIM () NÃO () ALGUMAS VEZES () NÃO SABE

14. O médico ou enfermeiro responde a suas perguntas de maneira que o senhor(a) entenda? () SIM () NÃO () ALGUMAS VEZES () NÃO SABE

15. O senhor(a) se sente confortável em falar com os profissionais deste serviço sobre suas preocupações ou problemas? () SIM () NÃO () ALGUMAS VEZES () NÃO SABE

16. Os profissionais deste serviço conhecem sua família?
() SIM () NÃO () NÃO SABE

17. O senhor(a) acha que os profissionais deste serviço conhecem os problemas de saúde da sua comunidade? () SIM () NÃO () NÃO SABE

18. Em consultas a este serviço, os profissionais conversam com o senhor(a) sobre:
(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SABE

Modo de transmissão da sua doença 1 () 2 () 3 ()

Tratamento com medicamentos de forma contínua 1 () 2 () 3 ()

Importância da sua família ser examinada 1 () 2 () 3 ()

19. Já recebeu visita domiciliar? () sim () não Em caso positivo, de qual profissional?

Quais foram os assuntos abordados durante a visita? _____

20. Já recebeu algum comunicado para comparecer à unidade?

() Sim, por ter faltado a consulta

() Sim, por outro motivo

() Não, mesmo tendo faltado a consulta

() Não

INSTRUMENTO 5:

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DIRETA NO SERVIÇO (UBS e PSF)

I – RECEPÇÃO DO SERVIÇO

- Horário de funcionamento do serviço
- Forma de organização da chegada dos usuários ao serviço
- Profissional que faz a recepção do usuário
- Ambiente, privacidade do usuário
- Capacidade de escuta e discriminação da demanda
- Capacidade de diálogo e orientação (pacientes novos, pacientes sem agendamento, pacientes agendados)
- Grau de autonomia na tomada de decisões
- Registro de dados
- Orientações e encaminhamentos (internos e externos)
- Tempo entre o agendamento e a consulta

II – SALA DE ESPERA

- Espaço físico
- Postura dos usuários
- Troca de opiniões entre usuários
- Reclamações
- Tempo de espera para consulta
- Realização de atividades educativas
- Cartazes

III – CONSULTÓRIOS

- Equipamentos e outros insumos: Balança de adulto, Formulário de atendimento, Termômetro, Negatoscópio, Mesa com três cadeiras, Mesa de exame, Ventilador e/ou exaustor, porta do consultório fechada.

IV – TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

- Tipo de atividade desenvolvida por cada profissional
- Relação de escuta e diálogo com os usuários, conteúdos apresentados, adequação da linguagem
- Abordagem de contatos
- Formas de registro do trabalho

V – TRABALHO DA FARMÁCIA

- Dinâmica do atendimento (Pacientes de Tb junto com pacientes de outros programas, filas, espera)
- Atenção às demandas dos pacientes, orientações
- Formas de registro
- Medicamentos disponíveis: ()rifampicina ()isoniazida ()pirazinamida ()etambutol ()estreptomicina ()etionamida
- Local e condições de armazenamento dos medicamentos
- Período(s) de falta de medicamentos

VI – TRABALHO DO MÉDICO

- Duração da consulta, tempo para o paciente tirar dúvidas e expor suas dificuldades
- Como é informado o diagnóstico e tratamento
- Abordagem dos contatos
- Registro do atendimento

VII - OBSERVAÇÃO DO MANEJO DE CASOS

Verificação de:

- () Temperatura corporal
- () Tosse e expectoração (questionar)
- () Ausculta respiratória
- () Estado Nutricional (peso)
- () Tratamento medicamentoso (uso regular)
- () Exames laboratoriais e radiológicos
- () Situações de risco: alcoolismo, tabagismo, uso de drogas, diabetes, desnutrição

Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças :

- () Orientações sobre modo de transmissão da doença
- () Orientações para exame dos contatos
- () Orientações para Retorno ao Serviço
- () Notificação Compulsória de doenças
- () Orientações sobre o Tratamento
- () Perguntas de Verificação

INSTRUMENTO 6:

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS

Unidade N° de ordem Pront. Examinados N° do prontuário	<u>1 - Identificação do paciente:</u> a) nome completo b) Idade ou Data de Nascimento c) Endereço atualizado d) Endereço com referência	<u>2-Anamnese e Evolução:</u> 1. Anamnese 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 2. Solicitação ou Resultados de Exames Laboratoriais na primeira consulta: a) baciloscopia de escarro a) RX de tórax c) Outros 3. Sinais Vitais: b) Peso b) PA c) Temperatura 4. Exame Físico: a) Exame do aparelho respiratório b) Exame Físico Completo 5. Forma clínica	<u>3-Tratamento / evolução terapêutica:</u> a) registro do esquema terapêutico indicado / drogas b) registro de doses mensais c) registro de efeitos adversos d) registro de outras ocorrências e encaminhamentos (até negativos) e) registro de resultados de exames solicitados f) data início do tratamento g) Esquema de Tratamento h) Forma de administração dos medicamentos i) número de baciloscopias solicitadas na evolução j) número de resultados de baciloscopias registrados k) mês de solicitação das baciloscopias	<u>4- Alta terapêutica:</u> a) registro do tipo de alta do tratamento : cura, abandono, óbito, transferência, mudança de diagnóstico, falência. b) Data da alta: ___/___/_____ c) Solicitação de baciloscopia na alta d) Registro de resultado da baciloscopia da alta <u>5 – Contatos:</u> a) registrados: ____ b) examinados: ____	<u>6 - Registros</u> a) datados b) assinados c) orientação individual d) orientação sobre os contatos
--	--	---	---	---	--

<p>1 a () b () c () d ()</p>	<p>2 1. ()a ()b ()c ()d ()e ()f 2. ()a ()b ()c 3. ()a ()b ()c 4. ()a ()b 5. () Pulmonar () Extra-pulmonar</p>	<p>3 a () b () c () d () e () f) ___/___/___ g) Esquema () I () IR () III () outro h) () supervisionado () auto-administrado i) _____ j) _____ k) Mês: _____</p>	<p>4 a () b) ___/___/___ c () d () 5 a) _____ b) _____</p>	<p>6 a () b () c () d ()</p>
<p>1 a () b () c () d ()</p>	<p>2 1. ()a ()b ()c ()d ()e ()f 2. ()a ()b ()c 3. ()a ()b ()c 4. ()a ()b 5. () Pulmonar () Extra-pulmonar</p>	<p>3 a () b () c () d () e () f) ___/___/___ g) Esquema () I () IR () III () outro h) () supervisionado () auto-administrado i) _____ j) _____ k) Mês: _____</p>	<p>4 a () b) ___/___/___ c () d () 5 a) _____ b) _____</p>	<p>6 a () b () c () d ()</p>
<p>1 a () b () c () d ()</p>	<p>2 1. ()a ()b ()c ()d ()e ()f 2. ()a ()b ()c 3. ()a ()b ()c 4. ()a ()b 5. () Pulmonar () Extra-pulmonar</p>	<p>3 a () b () c () d () e () f) ___/___/___ g) Esquema () I () IR () III () outro h) () supervisionado () auto-administrado i) _____ j) _____ k) Mês: _____</p>	<p>4 a () b) ___/___/___ c () d () 5 a) _____ b) _____</p>	<p>6 a () b () c () d ()</p>

INSTRUÇÕES PARA COLETA DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS

* Na primeira coluna deve-se registrar as iniciais da unidade, o número de registro do paciente e o número da coleta (em ordem crescente).

GERAL – Registrar entre parênteses a letra **S** para Sim e **N** para Não de acordo com a presença ou ausência do dado no prontuário do paciente. As iniciais **NA** poderão ser utilizadas em casos em que a pergunta específica “não se aplica” ao caso.

1 – Será considerado endereço atualizado se o prontuário tiver sido aberto há menos de 2 anos ou se houver algum registro com atualização do endereço há menos de 2 anos (ou algum registro de que o endereço é o mesmo da abertura do prontuário).

Deve-se verificar se há uma referência do endereço. Assinalar **NA** (não se aplica) nos casos de endereços muito conhecidos pela comunidade.

2 – No registro da anamnese, verificar:

2.1

- se há descrição de sinais e sintomas do paciente,
- se é mencionado tratamento anterior (ou a menção de não ter história de tratamento anterior),
- se é registrado se o paciente teve contato com alguém com tuberculose (ou a menção de negar ter tido contato),
- se há registro de doença associada (diabetes, AIDS ou outras) ou registro de que não apresenta nenhuma doença associada,
- o registro de o paciente ter ou não alguma alergia medicamentosa,
- o registro do uso (ou não) de álcool.

2.2

- o registro da solicitação da baciloscopia de escarro ou o resultado recente se o paciente o tiver – nesse ítem anotar a sigla **NA** (não se aplica) caso a forma clínica seja extra-pulmonar e não haja suspeita da forma pulmonar concomitante,
- a solicitação de Raio X de tórax ou o resultado recente se o paciente o tiver– nesse ítem anotar a sigla **NA** (não se aplica) caso a forma clínica seja extra-pulmonar e não haja suspeita da forma pulmonar concomitante,
- a solicitação de outros exames laboratoriais: dosagem de enzimas hepáticas, sorologia p/ HIV, hemograma ou outros.

2.3 - Nos registros das consultas, verificar:

- a presença de registro de peso, PA e temperatura (considerar **Sim** quando 70% ou mais das consultas tiverem esses dados e **Não** quando a quantidade de registros for inferior a este percentual),

2.4 - a descrição do resultado do exame do aparelho respiratório - nos casos de tuberculose pulmonar, considerar **Sim** quando 70% ou mais das consultas tiverem esse relato e **Não** quando a quantidade de registros for inferior a este percentual. Nos casos de tuberculose extra-pulmonar considerar **NA** (não se aplica)

- a descrição do exame físico (incluindo minimamente o estado geral do paciente, a coloração das mucosas e o exame do abdome) – considerar **Sim** na presença de registro em 50% ou mais das consultas descritas e **Não** quando a quantidade de registros for inferior a este percentual.

2.5 – Assinalar a forma clínica da tuberculose (pulmonar ou extra-pulmonar)

3 – Nos registros de acompanhamento do paciente durante seu tratamento, verificar:

- o registro do esquema terapêutico indicado
- o registro das doses com as possíveis mudanças de acordo com aumento de peso do paciente
- o registro de efeitos adversos ou de que o paciente vem apresentando boa tolerância ao esquema terapêutico
- o registro do resultado dos exames solicitados (ou a menção de estar aguardando os resultados)
- a data de início do tratamento

- Assinalar o esquema de tratamento do paciente (caso tenha havido mudança de esquema, considerar o esquema em que houve o desfecho do tratamento)

- Assinalar a forma de administração do tratamento. Considerar como supervisionado se houver algum registro de que o paciente esteve em DOT a maior parte do tratamento ou se houver registro das tomadas diárias de medicamentos. Caso haja somente um registro mensal de comparecimento do paciente ao serviço ou ausência de registro, considerar como auto-administrado.

- Registrar o número de baciloscopias solicitadas durante o tratamento e em que meses foram solicitadas (1º, 2º, 3º, etc.) – considerar **NA** (não se aplica) nos casos de tuberculose extra-pulmonar

4 – Verificar se foi registrado o tipo de desfecho do tratamento.

– Registrar a data da alta (desfecho)

– Verificar se foi feita a solicitação de baciloscopia na alta e se foi registrado o resultado da mesma. considerar **NA** (não se aplica) nos casos de tuberculose extra-pulmonar.

5 – Verificar se os registros são:

- datados (considerar **Sim** quando 70% ou mais dos registros estiverem datados)
- assinados (considerar **Sim** quando 70% ou mais dos registros estiverem com assinatura legível e/ou carimbo)
- Verificar se há algum registro de orientação individual (alimentação, repouso, tomada diária dos medicamentos, etc.) e/ou algum de orientação familiar (forma de transmissão, cuidados para evitar exposição de familiares, necessidade de exame dos contatos)

ANEXO II

Matriz Lógica de Avaliação e Julgamento das ações para controle da Tuberculose na Atenção Básica à Saúde

Dimensão I : Contexto Externo (40 pontos)

Subdimensão	Indicador / critério	Descrição	Pont. Obs.	Pont.
Vulnerabilidade social (05 pontos) 2,5 pontos	1 - Aglomeração de grupos populacionais (05 pontos)	Densidade demográfica do município de Niterói, em comparação à do estado do Rio de Janeiro (01)	0	2,5
		Presença de aglomerados subnormais Ausência = 02 pts	1,5	
		Presença de albergues e/ou presídios Ausência= 02 pts	1,0	
Compromisso político (15 pontos) 2,5 pontos	1 - Cobertura de serviços de saúde no município (05 pontos)	% de cobertura dos Centros de Saúde (Atenção Básica) no município Cobertura total = 02 pts	1,5	2,5
		% de cobertura do PSF no município Cobertura total = 02 pts	0,5	
		% dos leitos hospitalares públicos entre os leitos do município 100% = 01 pt	0,5	
	2 - O Controle da Tuberculose e PSF como parte da agenda do CMS (05 pontos)	PCT como pauta do CMS no último ano (05)	Não obs.	Não obs.
	3 - Recursos financeiros para o PCT (05 pontos)	Proporção de recursos federais, estaduais e municipais (05)	Sem inform.	Sem inform.
Condições sócio-econômicas (20 pontos) 12,7 pontos	1 - Faixa etária e sexo			
	2 - Grau de escolaridade da população do município (05 pontos)	% da população com oito anos ou mais de estudo 100% = 03 pts	2,0	4,0
		% da população alfabetizada: >90%=02 pts	2,0	
	3 - Vínculo empregatício (05 pontos)	% da população ocupada assalariada (05) 100% = 05 pts	3,4	3,4
	4 - Renda per capita (05 pontos)	% da população com renda superior a 5 salários mínimos (05) 100% = 05 pts	1,5	1,5
	5 - Condições de moradia / saneamento (05 pontos)	% de domicílios com rede de abastecimento de água: 100% = 02 pts	1,5	3,8
% de domicílios com rede de esgotamento sanitário: 100% = 02 pts		1,4		
% de domicílios coberta com serviço de coleta de lixo: 100% = 01 pt		0,9		

Total de 17,7 pontos em 30 = 59% (Desenvolvimento parcial)

Dimensão II : Contexto político-organizacional (40 pontos)

Subdimensão	Indicador / critério	Descrição	PCT	ESF
Autonomia político-financeira (05 pontos) 1,5 ponto PCT 1,5 ponto ESF	1 - Autonomia político-financeira das gerências dos programas a respeito das verbas para o controle da TB no município (05 pontos)	Participação na gestão dos recursos (02) Sim = 02 pts Parcial = 1,0 pt Não = 0 pt	1,5	1,5
		Participação na definição de verbas municipais destinadas ao programa Sim = 02 pts Não = 0 pt		
		Participação no Conselho Municipal de Saúde Como membro=01 pt Esporádica=0,5 pt Não=0 pt		
Ações intersetoriais (05 pontos) 3,0 pontos PCT 4,0 pontos ESF	1 - Inserção dos programas na estrutura organizacional (05 pontos)	Integração com a Vigilância Epidemiológica (2,5) Sim = 2,5 pts Não = 0 pt	3,0	4,0
		Articulação com outros programas e segmentos organizados da sociedade (2,5) Sim=2,5 pts Parcial=1,5 pt Pontual=0,5 pt Não=0		
Gerência (30 pontos) 14,5 pontos PCT 18,5 pontos ESF	1 - Integração entre PCT e PSF, no nível das gerências municipais (10 pontos)	Existência de planejamento conjunto das ações de controle da tuberculose (10) Formal = 10 pts Informal = 02 pts	2,0	2,0
	2 - Cobertura de serviços com atividades de diagnóstico, tratamento e profilaxia de TB (05 pontos)	% de Centros de Saúde 100% = 02 pts	4,0	5,0
		% de Módulos do PSF 100 % = 02 pts		
		% de Hospitais 100 % = 01 pt		
	3 - Treinamento e supervisão de recursos humanos (05 pontos)	Profissionais receberam treinamento sobre o PCT há menos de 1 ano (03)	3,0	5,0
		Profissionais recebem supervisão periódica da gerência do programa (02)		
4 - Sistema de Informação e Vigilância (05 pontos)	Notificação realizada pela UBS/PSF (01)	2,5	2,5	
	Emissão de relatórios em conjunto (01)			
	Avaliação conjunta do sistema de informação (01)			
	Uso de informações para tomada de decisão em conjunto (02)			
5 - Autonomia técnico-gerencial (05 pontos)	Definição de estratégias em casos de abandono e para tipo de administração do tratamento (05)	3,0	4,0	

PCT – 19 pontos em 40 = 47,5%

ESF – 24 pontos em 40 = 60%

Ambos com Implantação parcial

Dimensão III: Contexto de Implantação (105 pontos)

Subdimensão	Indicador / critério	Descrição	Polic. A	Polic. B	ESF
Cobertura e Acolhimento (24 pontos)	1 – Acesso do usuário ao serviço (15 pontos) Pol. A 12,3 pontos Pol. B 12,3 pontos ESF 12,5 pontos	Tempo de deslocamento entre a residência e a unidade menor que 30 minutos (02)	2,0	2,0	2,0
		Espera menor que 30 minutos para ser atendido pela recepção (02)	2,0	2,0	2,0
		Espera menor que 60 minutos para ser atendido pelo profissional de saúde (02)	1,5	1,5	1,5
		Horário de atendimento ampliado (02)	0	0	0
		Atendimento sem agendamento prévio (02)	2,0	2,0	2,0
		Garantia de retorno para o mesmo profissional (02)	2,0	2,0	2,0
		Frequência de consultas por paciente maior ou igual a 6 (02)	2,0	2,0	2,0
		Duração da consulta médica maior que 20 min (01)	0,8	0,8	1,0
	2 – Infraestrutura - Instalações físicas, equipamentos e insumos (9 pontos) Pol. A 5 pontos Pol. B 6,8 pontos ESF 6,0 pontos	Consultórios com ventilação adequada (02)	1,0	1,8	0
		Mesa com 3 cadeiras por consultório (01)	0	1,0	1,0
		Mesa de exame por consultório (01)	1,0	1,0	1,0
		Balança (01)	1,0	1,0	1,0
		Termômetro (01)	0	0	1,0
		Negatoscópio (01)	1,0	1,0	1,0
Consultórios e salas de atendimento capazes de manter a privacidade dos pacientes (02)	1,0	1,0	1,0		
Diagnóstico, Assistência clínica e laboratorial (16 pontos)	1 – Oferta de exame baciloscópico (10 pontos) Pol. A 5,5 pts Pol B 9,5 pts ESF 4,0 pts	Proporção de casos que realizaram exame baciloscópico entre o total de casos (03)	2,0	2,5	2,0
		Tempo para resultado do exame (04)	2,5	4,0	1,0
		Início do tratamento X resultado do exame (03)	1,0	3,0	1,0
	2 – Busca de casos (06 pontos) Pol. A 1,0 pt Pol. B 1,0 pt ESF 2,0 pt	É realizada (02)	1,0	1,0	1,0
		A busca é incorporada na rotina (03)	0	0	1,0
		Proporção de diagnosticados entre os sintomáticos respiratórios examinados (01)	Sem inform	Sem inform	Sem inform

Dimensão III: Contexto de Implantação (Continuação)

Subdimensão	Indicador / critério	Descrição	Polic. A	Polic. B	ESF
Tratamento e Assistência Farmacêutica (45 pontos) Pol. A 31,2 pts Pol. B 30,2 pts ESF 30,3 pts	1 – Tipo de tratamento (05 pontos) Pol. A 0,7 pt Pol. B 0,7 pt ESF 5,0 pts	% de tratamento supervisionado para casos confirmados 100% = 03 pts	0,5	0,5	3,0
		% de tratamento auto-administrado para casos confirmados 0% = 02 pts	0,2	0,2	2,0
	2 – Disponibilidade dos medicamentos (05) A-5,0 B - 4,0 ESF - 1,5	Programação para a solicitação das drogas para UBS, policlínicas e PSF (03)	3,0	3,0	1,0
		Armazenamento das drogas (02)	2,0	1,0	0,5
	3 – Cura (10 pontos) Pol. A 8,5 Pol. B 8,5 ESF 8,8 pts	Proporção de usuários curados entre os tratados 85% = 10 pts	8,5	8,5	8,8
	4 – Abandono do tratamento (10) Pol. A 4,0 Pol. B 4,0 ESF 0 pt	Proporção de usuários que abandonaram o tratamento entre os tratados 5% ou menos = 10 pts 6 a 8%=8 pts 9 a 11%=6 pts 12 a 15%=4 pts >16%=0 pt	4,0	4,0	0
	5 – Letalidade (10) Pol. A 10,0 pts Pol. B 8,0 pts ESF 10,0 pts	Proporção de usuários que faleceram durante o tratamento entre os tratados 5% ou menos = 10 pts 6 a 8%=8 pts 9 a 11%=6 pts 12 a 15%=4 pts >16%=0 pt	10,0	8,0	10,0
6 – Casos sem informação (05) A- 3,0 b B- 5,0 ESF 5,0	Proporção de usuários sem informação sobre a conclusão do tratamento (05) 0 a 1 % = 05 pts 2 a 6%=03 pts >7%=0 pt	3,0	5,0	5,0	
Integralidade (15 pontos) A – 1,0 pt B – 0 ESF – 5,0	1 – Visitas domiciliares (05) Pol. A – 1,0 Pol. B – 0 ESF – 5,0	Realização de visitas domiciliares aos usuários cadastrados (05)	1,0	0	5,0
	2 – Orientação quanto aos contatos (10)	Proporção de contatos examinados entre os usuários com TB maior ou igual a 4 (10)	0	0	0
Vigilância Epidemiológica / Sist. de Informação (05 pontos)	1 – Notificação de casos (05) Pol. A, B, ESF – 2,0 pts	Notificação pela unidade de saúde ou módulo do PSF que fez o diagnóstico (02)	2,0	2,0	2,0
		Proporção de casos notificados entre os diagnosticados (03)	Sem inform	Sem inform	Sem infor

Policlínica A - 58 / 105 pontos (55,2%)
Policlínica B – 61,8 / 105 pontos (58,8%)
ESF – 61,8 / 105 pontos (58,8%)

Implantação parcial em todas as unidades estudadas

Dimensão IV: Contexto de Efeitos (35 pontos)

Subdimensão	Indicador / critério	Descrição	PCT	ESF
Resultado do tratamento (15 pontos)	1 – Cura por forma de administração do tratamento (05)	Nº de usuários curados / Nº de usuários tratados de forma supervisionada >85% = 03 pontos	3,0	3,0
		Nº de usuários curados / Nº de usuários tratados de forma auto-administrada > 85% = 02 pts 70 a 84 % = 01 pt < 70% = 0	1,0	2,0
	2 – Abandono (05)	Nº de usuários que abandonaram o tratamento / Nº de usuários atendidos no programa < 5% = 05 pts 6 a 8% = 03 pts >8% = 0	3,0	5,0
	3 – Letalidade (05)	Nº de usuários que faleceram durante o tratamento / Nº de usuários atendidos no programa < 5% = 05 pts 6 a 8% = 03 pts >8% = 0	3,0	5,0
Satisfação do usuário (10 pontos)	1 - Satisfação do usuário (10)	Satisfação do usuário quanto ao acesso: disponibilidade do serviço, acessibilidade, adequação e acolhimento (10)	9,0	Não obs

PCT – 10 / 15 pontos (66,6%) – Desempenho alcançado parcialmente

ESF – 15 / 15 pontos (100%) – Desempenho alcançado

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Título do Projeto: “Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Niterói – A integração entre Unidade de Saúde e Programa Saúde da Família”

Investigador: Luísa Gonçalves Dutra de Oliveira

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Departamento de Endemias – Manguinhos

Rio de Janeiro – RJ CEP: 21041-210

Telefone: (21) 2598-2683 e (21) 2598-2654

Local da Pesquisa: FMS, Unidades de Saúde e Programa Médico de Família em Niterói - RJ

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Para poder participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Caso haja alguma dúvida, peça ao responsável pelo estudo para explicar qualquer palavra ou procedimento que não esteja devidamente esclarecido para você.

O propósito deste documento é dar a você as informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para participar no estudo. O documento descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e eventuais riscos ou desconfortos, caso decida participar. Sua participação é voluntária. Você pode se recusar a participar ou se retirar deste estudo a qualquer momento.

PROPÓSITO DO ESTUDO

Este estudo pretende avaliar como está se desenvolvendo o Programa de Controle de Tuberculose em Niterói. Pretende verificar, junto aos profissionais e gestores da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, profissionais de saúde das unidades de saúde e programa médico de família e usuários, as condições de implantação do programa, o atendimento e acompanhamento dos pacientes e seus contatos.

SELEÇÃO

A seleção das pessoas envolvidas será por livre participação, de acordo com interesse demonstrado. Serão convidados a participar todas as pessoas que direta ou indiretamente participam do programa, profissionais e usuários.

PROCEDIMENTOS

- Será utilizada a metodologia de pesquisa “Estudo de Caso”, com coleta de dados qualitativos e quantitativos.
- Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário e/ou a uma entrevista, podendo ser utilizado um gravador, caso seja autorizado pelo entrevistado.
- Será também efetuada a observação direta no serviço, após autorização pela FMS.

RISCOS E BENEFÍCIOS

- Não existem riscos físicos, morais ou outros agravos à pessoa associados à pesquisa.
- Os benefícios relacionados com a sua participação são a possível melhoria do programa.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:

Sua decisão em participar deste estudo é voluntária. Você pode decidir não participar no estudo. Uma vez que você decidiu participar do estudo, você pode retirar seu consentimento e participação a qualquer momento. Se você decidir não continuar no estudo e retirar sua participação, você não será punido ou perderá qualquer benefício ao qual você tem direito.

CUSTOS

Não haverá nenhum custo a você relacionado aos procedimentos previstos no estudo.

PAGAMENTO PELA PARTICIPAÇÃO

Sua participação é voluntária, portanto você não será pago por sua participação neste estudo.

CONFIDENCIALIDADE E ACESSO AOS REGISTROS:

O Investigador responsável pelo estudo irá coletar informações fornecidas por você. Em todos esses registros um código substituirá seu nome. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial. Os dados coletados serão usados para a avaliação do estudo, e as Autoridades de Saúde ou do Comitê de Ética podem revisar os dados fornecidos. Os dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, **sua identidade não será revelada em qualquer circunstância.**

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE:

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/2006

Comitê de Ética em Pesquisa / ENSP / Fiocruz

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – 3º andar – Manguinhos

Rio de Janeiro – RJ CEP: 21041-210

Telefone: (21) 2598-2863

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA USUÁRIOS DAS UBS E PMFN**

Título do Projeto: “Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Niterói – A integração entre Unidade de Saúde e Programa Saúde da Família”

Investigador: Luísa Gonçalves Dutra de Oliveira

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Departamento de Endemias – Manguinhos

Rio de Janeiro – RJ CEP: 21041-210

Telefone: (21) 2598-2683 e (21) 2598-2654

Local da Pesquisa: Unidades de Saúde e Programa Médico de Família em Niterói - RJ

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Para poder participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Ele pode conter palavras que você não entende. Por favor, peça ao responsável pelo estudo para explicar qualquer palavra ou procedimento que você não entenda claramente.

O objetivo deste documento é dar a você as informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para participar no estudo. O documento descreve o propósito do estudo, como será realizado e a existência de possíveis benefícios e eventuais riscos ou desconfortos para o participante. Você só deve participar do estudo se você quiser. Você pode se recusar a participar ou se retirar deste estudo a qualquer momento.

PROPÓSITO DO ESTUDO

Este estudo pretende avaliar como está se desenvolvendo o Programa de Controle de Tuberculose em Niterói. Pretende verificar, junto aos profissionais da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, profissionais de saúde das unidades de saúde e programa médico de família e usuários, as condições de implantação do programa, o atendimento e acompanhamento dos pacientes e seus contatos.

SELEÇÃO

A seleção das pessoas envolvidas será por livre participação, de acordo com interesse demonstrado. Serão convidados a participar todas as pessoas que direta ou indiretamente participam do programa, profissionais e usuários.

PROCEDIMENTOS

- O método utilizado é denominado “Estudo de Caso”, e as informações colhidas serão tanto numéricas como “qualitativas”, ou seja, sua opinião sobre o programa e outras.
- Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário e/ou a uma entrevista, podendo ser utilizado um gravador, caso seja autorizado pelo entrevistado.

RISCOS E BENEFÍCIOS

- Não existem riscos físicos, morais ou outros danos à pessoa associados à esta pesquisa.
- Os benefícios relacionados com a sua participação são a possível melhoria do programa.

PARTICIPACÃO VOLUNTÁRIA:

Sua decisão em participar deste estudo é voluntária. Você pode decidir não participar no estudo. Uma vez que você decidiu participar do estudo, você pode retirar seu consentimento

e participação a qualquer momento. Se você decidir não continuar no estudo e retirar sua participação, você não será punido ou perderá qualquer benefício ao qual você tem direito.

CUSTOS

Não haverá nenhum custo para você relacionado aos procedimentos previstos no estudo.

PAGAMENTO PELA PARTICIPAÇÃO

Sua participação é voluntária, portanto você não será pago por sua participação neste estudo.

CONFIDENCIALIDADE E ACESSO AOS REGISTROS:

O Investigador responsável pelo estudo irá coletar informações sobre você. Em todos esses registros um código substituirá seu nome. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial. Os dados coletados serão usados para a avaliação do estudo, e as Autoridades de Saúde ou do Comitê de Ética podem revisar os dados fornecidos. Os dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, **sua identidade não será revelada em nenhuma circunstância.**

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE:

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/2006

Comitê de Ética em Pesquisa / ENSP / Fiocruz

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – 3º andar – Manguinhos

Rio de Janeiro – RJ CEP: 21041-210

Telefone: (21) 2598-2863