

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004660015>

ACÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE: ANÁLISE A PARTIR DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

Francisco de Sales Clementino¹, Emanuella de Castro Marcolino², Luciano Bezerra Gomes³, Joria Viana Guerreiro⁴, Francisco Arnoldo Nunes de Miranda⁵

- ¹ Doutor em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: fclementino67@yahoo.com.br
- ² Mestre em Saúde Pública. Enfermeira do governo estadual do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: emanuella.de.castro@gmail.com
- ³ Doutorando em Clínica Médica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Docente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: lucianobgomes@gmail.com
- ⁴ Doutora em Saúde Pública. Docente do Curso de Graduação em Medicina da UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: joria2005@yahoo.com.br
- ⁵ Doutor em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: farnoldo@gmail.com

RESUMO: O estudo objetivou analisar as ações de saúde à pessoa com tuberculose na atenção básica à saúde, em nível nacional, a partir da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, com base nos dados da avaliação externa do 2º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica realizado em 2014. Utilizou-se o *software Statistical Package for Social Sciences* para realização de frequências e associações por meio do teste estatístico qui-quadrado. Constatou-se que o percentual de registro da estimativa anual do número de casos confirmados de tuberculose e sintomáticos respiratórios na Estratégias Saúde da Família atingiu 81,1%, em todo Brasil; em contrapartida, o percentual de registros de acompanhamento dos casos de tuberculose alcançou, somente, 48,3% e tratamento diretamente observado 48% das unidades básicas de saúde. Os achados indicaram a presença de barreiras na estruturação das unidades básicas de saúde quanto à operacionalização e sustentabilidade da assistência ao portador de tuberculose, incluindo a estratégia do tratamento diretamente observado.

DESCRIPTORES: Tuberculose. Avaliação em saúde. Atenção primária à saúde.

TUBERCULOSIS CONTROL ACTIONS: ANALYSIS BASED ON THE ACCESS AND PRIMARY HEALTH CARE QUALITY IMPROVEMENT PROGRAM

ABSTRACT: The study's aim was to analyze primary health care delivered to people with tuberculosis on a national level, based on the information collected by an external assessment implemented by the *Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*. This cross-sectional study with a quantitative approach used data from the 2nd cycle external assessment of the *Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica* conducted in 2014. The Statistical Package for Social Sciences was used to establish frequencies and check for associations using the Chi-square test. The percentage of Family Health Strategy units recording the annual number of confirmed tuberculosis cases and respiratory symptoms was high for the entire country (81.1%). In contrast, the recording of follow-up of tuberculosis cases was performed by only 48.3% of the facilities, while only 48% of the health basic units implemented directly observed treatment. The findings reveal barriers in the structure of health basic units regarding the operationalization and sustainability of care provided to individuals with tuberculosis, including directly observed treatment.

DESCRIPTORS: Tuberculosis. Health evaluation. Primary health.

ACCIONES DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS: ANÁLISIS A PARTIR DEL PROGRAMA DE MEJORA DEL ACCESO Y DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN BÁSICA

RESUMEN: El estudio tuvo como objetivo analizar las acciones de salud a la persona con tuberculosis en la atención básica, a nivel nacional, desde la Evaluación Externa del programa de mejora del acceso y de la calidad de la atención básica. Se trata de un estudio transversal con abordaje cuantitativo, basados en los datos de la evaluación externa del 2º ciclo del programa de mejora del acceso y de la calidad de la atención básica realizado en el año de 2014. Se utilizó el programa *software Statistical Package for Social Sciences* para la realización de frecuencias y tentativas de asociaciones por medio del teste estadístico Qui-Cuadrado. Se encontró que el porcentual de registro de la estimativa anual del número de casos confirmados de tuberculosis y sintomáticos respiratorios en las ESF atingió 81,1%, en todo Brasil; en contrapartida el porcentual de registros de acompañamiento de los casos de Tuberculosis alcanzó, solamente, 48,3% y el Tratamiento Directamente Observado en el 48% de las Unidades Básicas de Salud. Los datos indicaron la presencia de barreras en la estructuración de las Unidades Básicas de Salud cuanto a la operacionalización y sustentabilidad de la asistencia al portador de tuberculosis, incluyendo la estrategia Tratamiento Directamente Observado.

DESCRIPTORES: Tuberculosis. Evaluación en salud. Atención primaria a la salud.

INTRODUÇÃO

No quadro sanitário brasileiro, a tuberculose (TB) ainda permanece como um desafio na saúde pública. Ainda que o Brasil apresente queda da incidência de cerca de 20,3% desde 2003, em 2013, foram registrados 71.230 novos casos, sendo 11.500 de retratamento, com uma incidência de 37,2/100.000 habitantes. Trata-se da doença infectocontagiosa mais letal do mundo, atingindo todas as faixas etárias e agravada por condições sociais e econômicas precárias.¹⁻²

Diante desse cenário epidemiológico, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a Proposta pós-2015, que tem como meta eliminar a epidemia mundial de TB, por meio de ações que devem ser realizadas até 2025 e 2035. Para 2025: 75% de redução da mortalidade em relação às taxas de 2015; 50% de redução na taxa de incidência em nível mundial. Para 2035: 95% de redução das taxas de mortalidade em relação a 2015 e 90% de redução nas taxas de incidência (menos de 10/100.000 habitantes).¹

Considerada prioridade pelo governo brasileiro, desde 2003, a doença esteve no elenco das principais pactuações nacionais, como: Pacto pela Saúde; Programa Mais Saúde; Programação das Ações de Vigilância em Saúde; Pacto da Atenção Básica e mais recentemente, na Agenda Estratégica da Secretaria de Vigilância em Saúde.³

Entre as estratégias consideradas prioritárias pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), está previsto o aumento da detecção de casos nos diferentes cenários socioeconômicos e clínicoepidemiológicos, por meio do fortalecimento do sistema de serviços de atenção primária à saúde (APS).⁴ Reconhece-se, ainda, a importância da atuação das equipes de saúde da família (ESF) na implementação de ações de vigilância, prevenção e controle da doença.⁴

Apesar dos inúmeros avanços obtidos no processo de ampliação da APS, pesquisadores⁵⁻⁷ apontam que essa lógica, que visa a promover o acesso ao portador de TB, não se configurou como um aspecto facilitador para a realização do diagnóstico dessa doença nas unidades básicas de saúde (UBSs), tendo em vista dificuldades enfrentadas pelos municípios na integração das ações de controle da TB, de ordem organizacional, econômica e geográfica.

A descentralização das atividades em saúde mostra-se como uma questão complexa e envolve a dimensão político-gerencial, capacitação dos profissionais, intersectorialização, financiamento das ações, ordenação do sistema de informação, organização do fluxo de referência-contrarreferência para exames de apoio diagnóstico e especialidades, requerendo um contexto de rede de atenção em saúde.⁸

Com a introdução do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), desde 2013, o Ministério da Saúde visa a estimular o fortalecimento das ações ofertadas na APS, tendo como principal objetivo a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços em saúde nesse nível de atenção, a fim de garantir a efetividade das ações governamentais e a reorganização do modelo de atenção em saúde.⁹

Tendo em vista o caráter nacional do PMAQ-AB, ressalta-se a relevância deste estudo ao abordar aspectos de dimensões nacionais da assistência à pessoa com TB no cenário da APS. O presente estudo teve como objetivo analisar as ações de saúde à pessoa com tuberculose na atenção básica, em nível nacional, a partir da avaliação externa do PMAQ-AB.

MÉTODO

Estudo transversal de abordagem quantitativo, com base nos dados da avaliação externa do 2º

ciclo do PMAQ-AB, realizada no ano de 2014, contemplando aspectos de estrutura física e ambiência, processo de trabalho e satisfação do usuário.

Todas as UBSs que aderiram ao PMAQ-AB, na 1ª etapa do programa (contratualização das ESF e gestores com o PMAQ-AB), participaram da avaliação externa. No 2º ciclo do PMAQ-AB, 100% dessas unidades no Brasil poderiam aderir ao Programa; assim, participaram da avaliação externa 24.055 UBSs em todo o país.

Na coleta de dados, utilizaram-se instrumentos formulados e revisados pelas instituições de ensino superior públicas vinculadas ao Ministério da Saúde, nomeados Módulos I, II, III, IV, V e VI.

Para este estudo, consideraram-se os eixos temáticos referentes à assistência ao portador com TB (Módulo II), identificação das unidades de saúde e transporte (Módulo I). A aplicação dos instrumentos ocorreu no período de janeiro a junho de 2014, por supervisores e avaliadores de campo, distribuídos em todo o país.

A logística para a aplicação dos instrumentos seguiu o seguinte percurso: primeiramente os gestores municipais do setor saúde foram contactados, via telefone, a fim de acordar a visita da equipe de campo ao município; em seguida, foram enviadas cartas de apresentação nas quais constavam horário, local, nome do supervisor e avaliador de qualidade destinados à aplicação dos instrumentos, além da lista com os documentos comprobatórios que seriam solicitados durante a entrevista com o profissional de saúde.

As variáveis estudadas quanto à assistência ao portador de TB foram: a estimativa anual de número de casos de TB e sintomáticos respiratórios; a primeira amostra de escarro para diagnóstico de TB na 1ª consulta; registro do número de usuários com TB no último ano; registro com o acompanhamento dos casos; ficha de notificação de casos de TB na unidade; o tratamento diretamente observado (TDO); busca ativa de faltosos do tratamento TDO; vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de tuberculose. Todas as respostas categori-

zaram-se em sim, não e não sabe ou não respondeu. No que se refere às variáveis de identificação das UBSs, utilizou-se o tipo de unidade de saúde e a disponibilidade de veículo em condições de uso; com base no conceito de UBS como a unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior.⁹

Utilizou-se a análise estatística do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21, na qual executaram-se as frequências absolutas e relativas das variáveis e as associações por meio do teste estatístico qui-quadrado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (protocolo nº 21904).

RESULTADOS

As UBSs predominaram entre as unidades de saúde participantes do 2º ciclo do PMAQ-AB, tendo em vista este programa voltar-se para o primeiro nível de atenção à saúde, apesar de contar a com participação de outros tipos de estabelecimento de saúde, atuando de forma adaptada na modalidade da atenção básica, tais como: policlínicas, unidades de saúde mistas e postos de saúde.

Dessas unidades de saúde, 92,4% não eram parametrizadas com saúde bucal, ou seja, com equipes de atenção básica organizadas de maneira diferente da ESF, contudo seguiam parâmetros mínimos para adesão ao PMAQ-AB. Além disso, consideram-se núcleos e carga horária de trabalho mínimos para os profissionais que compõem essas equipes,⁹ no entanto, apenas 65,9% das unidades de saúde possuíam ESF com saúde bucal, considerando a equipe mínima da atenção básica (Tabela 1).

Quanto ao sistema de informação utilizado nas unidades de saúde, o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) ainda se mostra predominante, em utilização, estando o e-SUS implantado em apenas 8,1% das unidades de saúde (Tabela 1).

Tabela 1- Caracterização das unidades de saúde participantes do 2º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Brasil, 2014

Caracterização	Tipologia	Brasil	
		n	%
Tipo de unidade de saúde	Posto de saúde	2340	9,7
	Unidade básica de saúde	20571	85,5
	Outro	1144	4,8
Total		24055	100

Caracterização	Tipologia	Brasil	
		n	%
Parametrizada com saúde bucal	Sim	1818	7,6
	Não	22237	92,4
Total		24055	100
Saúde bucal	Equipes saúde da família com saúde bucal	15854	65,9
	Equipes saúde da família sem saúde bucal	8201	34,1
Total		24055	100
Sistema de informação	Sistema de Informação da Atenção Básica	20354	84,6
	e-SUS	1940	8,1
	Outros	1215	5,1
	Não sabe/não respondeu	546	2,3
Total		24055	100

A assistência ao portador de TB pelas UBSs, por regiões do país, está apresentada na tabela 2. Observou-se que o registro da estimativa anual do número de casos confirmados de TB e sintomáticos respiratórios pelas UBSs mostrou percentual elevado em todo o Brasil (81,1%).

A realização da coleta da primeira amostra de escarro, na primeira consulta para diagnóstico de TB, apresentou percentual mínimo de 51,5% das UBSs na região Nordeste e máximo de 62,9% na região Sul. O registro do número de usuários com TB no último ano, com comprovação documental, mostrou-se presente em 51% de todas as UBSs do Brasil, sendo um percentual de 43,6% representado por aquelas equipes que não possuíam usuários portadores de TB no território adscrito. Por região, as percentagens seguiram o mesmo padrão (Tabela 2).

Quanto aos registros de acompanhamento dos casos de TB sob responsabilidade das UBSs, no Brasil, 49% dessas unidades não sabiam ou não responderam a questão. A região Norte apresentou o maior percentual de registro de acompanhamento dos casos de TB, 54,1%, estando a região Sul com o menor percentual de registro, 46,4%.

Verificou-se a existência da ficha de notificação de casos de TB nas unidades de saúde em 89,4% das UBSs entrevistadas, seguindo o mesmo padrão de

percentual por regiões do país. A região Nordeste apresentou o percentual máximo de presença das fichas de notificação (92,8%) (Tabela 2).

Constatou-se que o TDO tem sido realizado em 48% das UBSs, percentagem aproximada daquelas que não sabem ou não responderam sobre esse aspecto, 43,6%. A região Nordeste apresentou maior número de UBSs que não sabiam ou não responderam sobre o TDO, 45,1%; a região Norte sinalizou o menor percentual de conhecimento/recusa a este item, 35,6%. Em todo o Brasil, a busca ativa dos faltosos do TDO segue o mesmo nível de percentual, 44,8% das UBSs informaram realizar tal ação, enquanto 49% não souberam ou não responderam o questionamento. No que se refere a esse item, o percentual de UBSs que não sabe ou não respondeu quanto à busca ativa em todas as regiões sobrepõe a percentagem das UBSs que executam a ação (Tabela 2).

Quanto à execução da vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de TB, verifica-se um maior percentual de UBSs que não sabe ou não respondeu, comparando-se com as que realizam a ação, destacando-se a Região Centro-Oeste na qual 50,5% das UBSs não souberam relatar ou não souberam responder, frente a 47,7% de UBSs que executam essa ação no território adscrito (Tabela 3).

Tabela 2 - Assistência de saúde à pessoa com tuberculose nas unidades básicas de saúde, participantes do 2º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, por regiões do país, Brasil, 2014

Unidades Básicas de Saúde que...	Brasil			Nordeste			Norte			Centro-Oeste			Sudeste			Sul		
	Sim %	Não %	NS* %	Sim %	Não %	NS* %	Sim %	Não %	NS* %	Sim %	Não %	NS* %	Sim %	Não %	NS* %	Sim %	Não %	NS* %
Possuem a estimativa anual de número de casos de tuberculose e sintomáticos respiratórios	81,1	18,9	-	79,6	20,4	-	76,0	24,0	-	79,5	20,5	-	83,8	16,2	-	%	%	%

Unidades Básicas de Saúde que...	Brasil			Nordeste			Norte			Centro-Oeste			Sudeste			Sul		
	Sim	Não	NS*	Sim	Não	NS*	Sim	Não	NS*	Sim	Não	NS*	Sim	Não	NS*	Sim	Não	NS*
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Coletam 1ª amostra de escarro para diagnóstico de tuberculose na 1ª consulta	57,0	43,0	-	51,5	48,5	-	44,5	55,5	-	64,7	35,3	-	60,9	39,1	-	62,9	37,1	-
Possuem registro do nº de usuários com tuberculose no último ano	51,0	5,4	43,6†	50,8	4,1	45,1†	55,8	8,6	35,6†	49,5	6,9	43,6†	50,5	5,4	44,1†	50,2	6,0	43,8
Possuem registro com o acompanhamento dos casos	48,3	2,7	49,0	48,8	2,0	49,2	54,1	1,7	44,2	47,4	2,1	50,5	47,2	3,3	49,5	46,4	3,9	49,8
Possuem ficha de notificação de casos de tuberculose na unidade	89,4	10,6	-	92,8	7,2	-	87,6	12,4	-	87,4	12,6	-	87,6	12,4	-	86,9	13,1	-
Realizam o tratamento diretamente observado	48,0	8,4	43,6	46,9	8,0	45,1	53,2	11,3	35,6	49,2	7,2	43,6	47,9	8,0	44,1	46,6	9,7	43,8
Realizam busca ativa de faltosos do tratamento diretamente observado	44,8	6,3	49,0	43,8	7,0	49,2	48,9	7,1	44,0	45,3	4,3	50,4	44,5	6,0	49,5	44,4	5,9	49,8
Realizam vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de tuberculose	48,8	2,2	49,0	49,0	1,8	49,2	53,8	2,0	44,2	47,7	1,8	50,5	48,3	2,2	49,5	46,6	3,6	49,8

*Não sabe ou não respondeu;†Não há usuário com tuberculose no território.

Tabela 3 - Associação entre ações de assistência à saúde do portador de tuberculose e disponibilidade de transporte nas unidades básicas de saúde participantes do 2º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Brasil, 2014

Ações de assistência à saúde		Disponibilidade de veículo na unidade de saúde em condições de uso						p-valor	Razão de prevalência
		Sim		Não		n	%		
		n	%	n	%				
Realização da vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de tuberculose	Sim	7212	96	291	97	5,50	0,390 (0,173 - 0,882)		
	Não	291	4	6	3				
	Total	7503	100	297	100				
Realização do tratamento diretamente observado	Sim	7116	84	285	84	0,030	-		
	Não	1277	16	51	16				
	Total	8393	100	336	100				
Realização da busca ativa de faltosos do tratamento diretamente observado	Sim	6623	87	261	87	0,134	0,936 (,656 - 1,335)		
	Não	976	13	36	13				
	Total	7599	100	297	100				

Nas variáveis “Disponibilidade de veículo na unidades de saúde em condições de uso” e “Realização do tratamento diretamente observado”, quando cruzadas, encontrou-se associação entre elas ($p < 0,05$). Na associação da “Disponibilidade de veículo na unidades de saúde em condições de uso”, com as variáveis “Realização da vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de tuberculose” e “Realização da busca ativa de faltosos do tratamento diretamente observado” obteve-se $p > 0,05$; ressalta-se que mais de 70% das UBSs não souberam ou não responderam ao item

quanto à disponibilidade de veículo em condições de uso (Tabela 3).

DISCUSSÃO

O presente estudo possibilitou identificar os desafios do cotidiano do PNCT junto à pessoa com TB, nas cinco regiões brasileiras, com base nas ações de controle da doença, normatizadas pelo Ministério da Saúde (MS). No que diz respeito à coleta da primeira amostra de escarro, na primeira consulta para diagnóstico de TB, realizada pelas UBSs, os re-

sultados apontam uma cobertura média menor que 60% nas cinco regiões brasileiras, em contrapartida, o PCNT prevê a execução de tal procedimento para todos os casos sintomáticos atendidos.

Estudo desenvolvido em Porto Alegre¹⁰ encontrou percentual semelhante de baciloscopia na APS. Entende-se tal fato como preocupante, pois a baciloscopia, além de ser de baixo custo, é o principal método diagnóstico preconizado pela OMS para o diagnóstico dos casos pulmonares de TB. O atraso ao diagnóstico pode ser considerado como uma das principais variáveis para a alta prevalência da doença, levando a repensar a capacidade da rede de atenção à saúde em prestar cuidados mais coordenados, capazes de minimizar as barreiras de acesso e favorecer o diagnóstico oportuno da TB nos serviços da atenção básica.⁴

Estudo desenvolvido em três capitais brasileiras corroborou a baixa realização de baciloscopia em UBSs.¹¹ Da mesma forma, estudo desenvolvido em São José do Rio Preto, município prioritário para o controle da TB, destacou a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) como porta de entrada para o diagnóstico da TB (49,4%), sendo o hospital o serviço de saúde que mais diagnostica a doença (39,5%), seguido pelas UBSs (30,9%).¹²

Outros estudos^{10,13-14} ratificam a permanência da centralização das ações relacionadas à TB nas instituições de referência, pronto atendimentos e hospitais, nos quais grande número de casos são diagnosticados e desenvolvem-se esquemas terapêuticos, em contraposto ao preconizado pelo MS, que desde a implementação da PNCT reforça a descentralização da assistência.¹⁰

O PCNT, em 2013, estabeleceu duas estratégias principais de enfrentamento da doença; a ampliação do diagnóstico com novas tecnologias e o fortalecimento das ações de TB na atenção básica. Ainda assim, percebe-se que o diagnóstico da TB, no Brasil, tende a se caracterizar como tardio, quando se consideram outros indicadores, tais como: taxa de cura, abandono, mortalidade, comorbidade, tempo decorrido entre sintoma e diagnóstico, dentre outros.¹⁵ Essas incompatibilidades relacionam-se ao acompanhamento circunstanciado pelo enfoque na terapia medicamentosa, desconsiderando a complexidade socioeconômica e cultural, que influencia desde a percepção do surgimento da doença até a adesão ao tratamento, o que denota fragilidades no cuidado desenvolvido na perspectiva da integralidade.¹⁶

Estudo realizado em 2012 revelou que o abandono do tratamento da TB tem relação com o ambiente social no qual o paciente se encontra inserido.¹⁷

Além disso, o abandono do tratamento da TB advém, muitas vezes, de acompanhamento deficiente.¹⁸

Entende-se, portanto, que para a efetivação do acesso, diagnóstico e tratamento da TB, faz-se necessário, além da transferência das ações essenciais ao portador dessa doença para a atenção básica, a estruturação dessas UBSs, tornando-as capazes de realizar o manejo adequado do usuário em termos clínico-científicos, estruturais e organizacionais dos serviços, praticando a integralidade com esse sujeito.¹³

Quanto ao registro do número de usuários com TB no último ano, os resultados revelam uma situação epidemiológica preocupante entre as UBSs avaliadas, tendo em vista que 43,6% destas não possuíam registro de usuários com TB no território adscrito.

Diante do fato, a gestão deve investir na qualificação profissional, buscando aprimorar e reorganizar o processo de trabalho, com mudanças de práticas na perspectiva da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS), envolvendo o quadrilátero: formação, gestão, atenção e controle social, adotando, como metodologia, a problematização do processo de trabalho nas redes de cuidado do Sistema Único de Saúde.¹⁹ Além disso, torna-se relevante elucidar conhecimentos acerca da temática, uma vez que, os resultados disponíveis e socializados contribuem na tomada de decisões e na formulação de políticas para o controle da TB.²⁰

Além do preenchimento da ficha de notificação dos casos diagnosticados de TB, preconiza-se o preenchimento do Livro de Controle de Tratamento, instrumento usado para registro dos dados de acompanhamento dos usuários com TB (resultado de exames, critério de alta); informações que devem ser enviadas mensalmente ao primeiro nível informatizado do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).⁴

Para alcançar as metas recomendadas pela OMS, é preciso 70% de detecção de casos, 85% de cura por meio do TDO e 5% de abandono, percentuais ainda não foram atingidos pelo Brasil.¹³ Assim, faz-se necessário assinalar os pontos de estrangulamento do sistema de vigilância da TB, a fim de verificar em que momento os casos não estão sendo captados e, conseqüentemente, notificados, acompanhados, tratados e monitorados.

A subnotificação dos casos, devido principalmente à frágil busca ativa, incipiência dos registros e fluxo de informações, refletem a falta de equidade de acesso aos serviços de saúde. Estudos realizados em várias regiões do Brasil, revelaram que entre as possíveis justificativas, destacam-se a descontinuidade dos processos de capacitação, inexistência de

política de educação permanente e rotatividade dos profissionais de saúde, relacionadas à descontinuidade político-partidária.²⁰⁻²²

Além disso, é preciso visar a formação de profissionais de saúde habilitados a responderem às demandas do Sistema Único de Saúde e também aos seus princípios.²³ Para o efetivo controle da doença, torna-se relevante que profissionais e políticas de saúde transcendam o caráter fragmentado e reducionista das ações.²⁴

O estudo mostrou que o tratamento supervisionado nas UBSs avaliadas tem sido realizado em 48% das UBSs no Brasil, percentagem aproximada à das unidades de saúde que não sabem ou não responderam sobre esse aspecto (43,6%). Observa-se que as ESFs não estão seguindo as orientações da PNCT, no que diz respeito à cobertura de pacientes com tratamento diretamente supervisionado, indicando necessidade de melhoria nas ações para alcance das recomendações de qualidade no tratamento da TB pela OMS.

Portanto, desde 1993, a OMS passou a recomendar a estratégia de TDO como principal ação no controle da doença,²⁵ com o objetivo de reduzir a transmissão do bacilo da TB na população, por meio de ações de diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos.²⁶⁻²⁸ O TDO fundamenta-se em quatro premissas: detecção de casos por baciloscopia para os sintomáticos respiratórios; terapêutica através do fornecimento regular de drogas; registro e informação acerca do tratamento e compromisso governamental por meio de políticas de saúde voltadas ao controle da TB.²⁹

Um dos pilares dessa estratégia caracteriza-se na mudança da forma de administrar os medicamentos, sem alterar o esquema terapêutico, baseando-se na presença de um profissional ou pessoa capacitada para observar a tomada da medicação pelo paciente desde o início do tratamento até a cura, o que representa o TDO.²⁵⁻²⁷

Além da observação do tratamento é necessário que os profissionais atentem para a lógica de que a pessoa com TB, antes de tudo, é um ser humano e apresenta necessidades que precisam ser percebidas e solucionadas tanto quanto possível, uma vez que o reflexo dessa assistência holística às suas necessidades refletirá diretamente na adesão ao tratamento e, conseqüentemente, numa possível cura.³⁰

Por considerar o abandono um elemento crucial na concretização do tratamento da TB é imprescindível destacar que os aspectos associados a esse fato são diversos e complexos, relacionados tanto ao portador da doença quanto à operacionalização do

tratamento e ao tratamento em si. Assim, a relação construída entre profissional e paciente mostra-se como ferramenta potencializadora das práticas de cuidado, autocuidado e corresponsabilização com e para com o sujeito acometido pela TB.³¹

As práticas profissionais das equipes de Atenção Básica com vistas à busca ativa das pessoas com TB e a concretização do TDO, bem como o suporte organizacional das UBS são aspectos essenciais no combate a TB, fato ratificado pela associação significativa entre as variáveis ($p < 0,05$). Observou-se uma baixa cobertura quanto ao indicador relacionado à busca ativa e vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de TB, por razões operacionais e de logística, dentre elas, a falta de transporte para as equipes.

Tal situação implica fragilidades no processo de operacionalização do TDO, no qual se pode inferir que, na atenção aos contatos intradomiciliares, exige o desenvolvimento de uma política local de atenção primária visando a interrupção da cadeia de transmissão da TB em tempo oportuno. Além disso, para o efetivo controle da doença, faz-se relevante que os profissionais de saúde, assim como as políticas de saúde, transcendam o caráter fragmentado e reducionista das ações, possibilitando a prestação de cuidados de forma integral.³¹

CONCLUSÃO

Tendo em vista o objetivo proposto por este estudo de analisar as ações de saúde à pessoa com TB, a partir da avaliação externa do PMAQ-AB, os achados indicaram a presença de barreiras na estruturação das unidades básicas de saúde, traduzidas na acessibilidade organizacional, geográfica e econômica.

A forma de organização da atenção à TB mostrou-se como fator determinante para garantia de acesso ao diagnóstico precoce da doença e acompanhamento do doente e familiar na sua área de abrangência, tendo em vista fragilidades observadas na operacionalização e sustentabilidade da estratégia TDO, tais como: baixo percentual de UBS realizando o TDO, incipiente busca ativa de faltosos ao TDO e o déficit na vigilância dos contatos intradomiciliares, além do elevado percentual de UBS que demonstraram ausência de conhecimento acerca dessas estratégias prioritárias na assistência ao portador de TB.

Os elementos abordados no que concerne à assistência ao usuário com TB na Atenção primária emanam a reflexão dos meios objetivamente necessários para a operacionalização da descentralização dessas ações para a atenção básica, tendo em vista os entraves perceptíveis da efetivação da PNCT por meio das equipes de saúde da família brasileiras.

Percebe-se que o fortalecimento da estratégia TDO requer um compromisso intersetorial, a partir do nível governamental, em garantir os recursos para a concretização do controle da TB e assegurar aos doentes e familiares a oferta e acesso a serviços de qualidade.

A avaliação externa do PMAQ-AB permitiu a análise sistemática da realidade da Atenção Básica brasileira sendo capaz de fornecer as fragilidades da PNCT no seu próprio fazer entre as equipes de saúde da família e a oportunidade de repensar a efetivação da descentralização da atenção ao usuário com TB no primeiro nível de atenção à saúde.

Exprime-se a necessidade de recondução das ações, modificações nas abordagens intersetoriais e intergovernamentais e potencialização da Atenção Básica por meio de modelos organizacionais que estimulem os profissionais de saúde à produção da essência da Atenção Primária: construção do vínculo, vigilância em saúde e longitudinalidade do cidadão e, sobretudo, assumir o combate à TB como ação prioritária nos territórios de atuação.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global Tuberculosis report 2013. Geneve: WHO Library; 2013.
2. Sá LD, Rodrigues DC, Barreto AJ, Oliveira AA, Pinheiro PG, Nogueira JA. A organização da estratégia saúde da família e aspectos relacionados ao atraso do diagnóstico da tuberculose. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2015 Jul 15]; 16(3):437-42. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/21245/16227>
3. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis - DEVIT. Secretaria de Vigilância em Saúde. Tuberculose no Brasil: realidade e perspectivas. Brasília (DF): MS; 2012.
4. Paiva RCG, Nogueira JÁ, Sá LD, Nóbrega RG, Trigueiro DRSG, Villa TCSV. Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2014 [cited 2016 Feb 12]; 16(3):520-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i3.23491>
5. Clementino FS, Miranda FAN. Tuberculose: acolhimento e informação na perspectiva da visita domiciliária. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2015 [cited 2016 Feb 12]; 23(3):350-4 Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4289/13773>
6. Villa TCS, Ponce MAZ, Wysock AD, Andrade RLP, Arakawa T, Scatolin BE, et al. Diagnóstico oportuno da tuberculose nos serviços de saúde de diversas regiões do Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet] 2013 [cited 2016 Feb 10]; 21(Spec):[08 telas]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_24.pdf
7. Bertolozzi MR, Takahashi RF, Hino P, Litvoc M, França FOS. O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública. *Rev Med (São Paulo)* [Internet]. 2014 [cited 2015 Jul 11]; 93(2):83-9. Available from: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/97330>
8. Mota RRA, David HMSL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2015 [cited 2015 Jun 10]; 23(1):122-7. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a20.pdf>
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Avaliador da Qualidade. Brasília (BR): MS; 2013.
10. Almeida CPB, Skupien EC, Silva DR. Health care seeking behavior and patient delay in tuberculosis diagnosis. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [cited 2015 Jul 10]; 31(2):321-30. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v31n2/0102-311X-csp-31-02-00321.pdf>
11. Campos CEA, Fonseca ACF, Pessini ML. Análise dos percursos assistenciais de pacientes com tuberculose por equipes de saúde em três capitais brasileiras. Que lições os profissionais podem tirar? *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2012 [cited 2015 Jul 23]; 20(2):188-94. Available from: http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_188-194.pdf
12. Ponce MAS, Wysocki AD, Scatolin BE, Andrade RLP, Arakawa T, Netto AR et al. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 [cited 2015 Jul 02]; 29(5):945-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000500012&script=sci_arttext
13. Souza MSPL, Aquino R, Pereira SM, Costa MCN, Barreto ML, Natividade M et al. Fatores associados ao acesso geográfico aos serviços de saúde por pessoas com tuberculose em três capitais do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [cited 2015 Jul 13]; 31(1):111-20. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v31n1/0102-311X-csp-31-01-00111.pdf>
14. Amaral AS, Tamaki EM, Sales CM, Renovato RD. Avaliação da descentralização do programa de controle da tuberculose do nível secundário para o nível primário do sistema de saúde de Dourados-MS. *Saúde Soc* [Internet]. 2010 [cited 2015 Jun 23]; 19(4):794-802. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/07.pdf>
15. Souza KMJ, Sá LD, Silva LMC, Palha PF. Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose.

- Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014 [cited 2015 May 01]; 48(5):874-82. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-874.pdf
16. Sá LD, Scatena LM, Rodrigues RAP, Nogueira JA, Silva AO, Villa TCS. Gateway to the diagnosis of tuberculosis among elders in Brazilian municipalities. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 Feb 11]; 68(3):408-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n3/0034-7167-reben-68-03-0467.pdf>
 17. Souza ABF, Cruz ZV. Abandono do tratamento da tuberculose no município de Itapetinga-BA: um estudo da influência dos fatores ambientais. *Encic Biosfera*. [Internet]. 2012 [cited 2016 Feb 08]; 8(14):1471-86. Available from: <http://www.conhecer.org.br/enciclop/2012a/saude/abandono.pdf>
 18. Santos TMMG, Nogueira LT, Santos, Santos LNM, Costa CM. O acesso ao diagnóstico e ao tratamento de tuberculose em uma capital do nordeste brasileiro. *Rev Enferm UERJ*. 2012; 20(3):300-5.
 19. Oliveira RCC, Adário KDO, Sá LD, Videres ARN, Souza SAF, Pinheiro PGOD. Speeches of managers about the policy of the directly observed treatment for tuberculosis. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016; [cited 2016 Sep 27] 25(2):e3210015 Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/pt_0104-0707-tce-25-02-3210015.pdf
 20. Lima LM, Harterb J, Tomberg JO, Vieira DA, Antunes ML, Cardozo-Gonzalez RI. Avaliação do acompanhamento e desfecho de casos de tuberculose em município do sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016; [cited 2016 Sep 27] 37(1):e51467 Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n1/0102-6933-rgenf-37-1-1983-144720160151467.pdf>
 21. Cardoso GCP, Cruz MM, Abreu DMF, Decotelli PV, Chrispim PPM, Borenstein JS et al. A conformidade das ações do tratamento diretamente observado para tuberculose na perspectiva dos profissionais de duas unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2012 [cited 2015 Jun 22]; 20(2):203-10. Available from: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_203-210.pdf
 22. Cunha NV, Cavalcanti MLT, Costa AJL. Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia Saúde da Família em Jardim Catarina - São Gonçalo (RJ), 2010. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2012 [cited 2015 Jul 05]; 20(2):177-87. Available from: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_177-187.pdf
 23. Grecco R, Oliveira CBB; Silva LMC; Souza KMJ; Santos GP; Palha PF. Tratamento diretamente observado da tuberculose: processos de aprendizagem em uma instituição de ensino superior. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2014 [cited 2016 Feb 10]; 22(1):77-82. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v22n1/v22n1a12.pdf>
 24. Silva DM. Tratamento da tuberculose na Atenção Básica: avaliação de estrutura e processo dos serviços de saúde [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba. Programa de Pós-graduação em Enfermagem; 2013.
 25. World Health Organization (WHO). *Global Tuberculosis Control: epidemiology, strategy, financing: WHO report 2011*. Geneva: WHO; 2011.
 26. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília (DF): MS; 2011.
 27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília (DF): MS; 2011.
 28. Siqueira HR, Vargas TC, Costa W, Faria AC, Lopes AJ, Capone D. O tratamento atual da tuberculose (para adolescentes e adultos) comentado. *Rev HUPE* [Internet]. 2010 [cited 2015 Jul 13]; 9. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9178>
 29. Sá LD, Oliveira AAV, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa TCS, Collet S. Caring for tuberculosis patients in the Family Health Strategy: the nurses' perceptions. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2015 Jun 20]; 46(2):356-63. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0080-62342012000200013&script=sci_arttext&tlng=en
 30. Hino P, Takahashi RF, Bertolozzi MR, Villa TCS, Egry EY. Conhecimento da equipe de saúde da família acerca das necessidades de saúde das pessoas com tuberculose. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2016 Feb 15]; 20(1):44-51 Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_07.pdf
 31. Silva PF, Moura GS, Caldas AJM. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2015 Jul 15]; 30(8):1745-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000801745&script=sci_arttext

Correspondência: Francisco de Sales Clementino
Universidade Federal de Campina Grande - Enfermagem
Rua Juvêncio Arruda, 795
58400510 - Bodocongó, Campina Grande, PB, Brasil
Email: fclementino67@yahoo.com.br

Recebido: 22 de agosto de 2015
Aprovado: 05 de maio de 2016