



**FUNDAÇÃO  
UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE  
MATO GROSSO DO SUL**



**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL (UFMS)  
CAMPUS TRÊS LAGOAS (CPTL)  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU-ENFERMAGEM**

**ANDRÉA PANHOTI RIBEIRO**

**PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE: AVALIAÇÃO DO GRAU DE  
IMPLANTAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**TRÊS LAGOAS**

**2021**

**ANDRÉA PANHOTI RIBEIRO**

**PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE: AVALIAÇÃO DO GRAU DE  
IMPLANTAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem do Campus Três Lagoas (CPTL) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Área de concentração:** Cuidar em Enfermagem, saúde e sociedade

**Linha de Pesquisa:** Saúde Coletiva: Saberes, Políticas e Práticas na Enfermagem e Saúde

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Anneliese Domingues Wysocki

**Coorientador:** Prof. Dr. Edirlei Machado dos Santos

**TRÊS LAGOAS**

**2021**

## **ANDRÉA PANHOTI RIBEIRO**

### **PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE: AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem do Campus Três Lagoas (CPTL) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

#### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Anneliese Domingues Wysocki

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS, Campus de Três Lagoas  
(Membro Titular)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Amélia Zanon Ponce da Rocha

Faculdade de Medicina de São José de Rio Preto - FAMERP  
(Membro Titular)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Érika Simone Galvão Pinto

Universidade Federal do Rio Grande do Norte -UFRN  
(Membro Titular)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mariana Alvina dos Santos

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Três Lagoas  
(Suplente interno)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Priscila Fernanda Porto Scaff Pinto

Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (Cidacs)/Fundação Oswaldo Cruz –  
CIDACS/FIOCRUZ  
(Suplente externo)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rúbia Laine de Paula Andrade

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paula – EERP/USP  
(Suplente externo)

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus que me conferiu a honra de ser enfermeira pela UFMS/CPTL e, passados 13 anos, permitiu-me voltar a essa mesma casa para cursar o tão sonhado Mestrado em Enfermagem.

Agradeço aos meus pais que me apoiaram/incentivaram por todos esses anos, formando a base do meu ser, subsidiando o meu desenvolvimento como filha, profissional, mãe e cidadã.

Agradeço ao meu marido e aos meus filhos, que aguentaram o estresse e a correria para que eu pudesse me dedicar ao curso, sempre me apoiando, dando força e acreditando que eu conseguiria. Como diria minha filha: “Tudo o que eu quero eu consigo”.

Agradeço à minha sogra, sogro e cunhados que foram o esteio à minha família para que eu conseguisse honrar com todos os compromissos de trabalho, estudo e casa.

Agradeço à minha coordenadora/professora/líder Angélica que, juntamente com meus “amigos” de trabalho (são mais que colegas), me encorajaram, me auxiliaram, me cobriram para que eu conseguisse concluir essa grande etapa do meu crescimento profissional.

Agradeço à Sabrina, aluna de graduação em enfermagem, que me auxiliou na organização dos dados obtidos na pesquisa com muita dedicação, empenho, responsabilidade e presteza.

Como não agradecer à minha professora/orientadora Anne, que me trouxe um outro olhar para enfermagem, que ensina e motiva seus alunos com doçura, alegria e inteligência. Fiquei encantada pela sua postura desde o primeiro encontro, que, junto com a ternura e a dedicação do meu coorientador Prof. Edirlei, fecharam com chave de ouro esse meu processo em tornar mestre.

Gratidão à UFMS/CPTL por mais uma etapa da minha formação profissional.

“Que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balanças nem barômetros etc. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós.”

[MANOEL DE BARROS, 2003]

## RESUMO

O município de Três Lagoas em 2019 apresentou 48,6 casos de tuberculose (TB) para cada 100.000 habitantes, superior à taxa de incidência do estado de Mato Grosso do Sul, da Região Centro Oeste e até do Brasil. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) adjudica à atenção primária à saúde (APS) a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da tuberculose (TB), existindo lacunas quanto à implantação do Programa de Controle da TB (PCT) na APS. Nesse estudo, objetivou-se avaliar o grau de implantação do PCT nas unidades de APS (UAPS) de Três Lagoas, sede de região de saúde de Mato Grosso do Sul. Trata-se de uma avaliação normativa, do tipo grau de implantação, com abordagem quanti-qualitativa. Foram realizadas entrevistas com coordenadores das UAPS e coleta de dados secundários de pessoas com TB e seus contatos utilizando instrumento elaborado com base em Modelo Lógico e Matriz de Julgamento, construídos a partir de premissas do PNCT. Para análise qualitativa utilizou-se técnica de análise de conteúdo de Bardin e na quantitativa criaram-se indicadores aos quais atribuíram-se pontuações (0-2 pontos) que embasaram o cálculo do Grau de Implantação (GI), a partir da  $\frac{\sum \text{pontuação observada}}{\sum \text{pontuação estimada}} \times 100$ . Considerou-se “Implantado” quando GI maior ou igual a 80%, “Parcialmente implantado” entre 60-80%, “Incipiente” de 30-60% e “Não implantada” abaixo de 30%. Evidenciou-se que o PCT está implantado de forma incipiente nas UAPS do município de Três Lagoas, bem como seus componentes “Diagnóstico Precoce”, “Tratamento Adequado e Oportuno” e “Ações de Prevenção” seguem nessa mesma classificação, salvo o componente “Atividades Colaborativas TB/HIV” que foi avaliado como parcialmente implantado. Aponta-se como responsável pelas fragilidades encontradas aspectos relacionados ao usuário (negação da doença e uso de álcool e outras drogas) e relacionados aos serviços (resistência e/ou falta de treinamento/capacitação/sensibilização e alta rotatividade dos profissionais de saúde, falta de um documento norteador com ações e fluxos definidos tanto na APS quanto no serviço de referência/PCT municipal, falta de controle/acompanhamento dos indicadores de TB, e registro deficiente nos instrumentos de vigilância/prontuários). Majoritariamente as dificuldades apontadas estão relacionadas ao processo de trabalho, salvo o quesito capacitação/treinamento/sensibilização pertencentes à estrutura, porém intrinsecamente relacionado aos indicadores de processo. Já as facilidades apontadas variaram desde a prática de atividades já previstas na APS ao envolvimento/proatividade das equipes, autonomia do enfermeiro, habilidade para a educação em saúde e a percepção de que a UAPS é e deve ser vista como referência para a TB.

**Palavras-chave:** Avaliação em saúde. Tuberculose. Atenção primária à saúde.

## ABSTRACT

Tres Lagoas is a municipality of Mato Grosso do Sul state, Brazil, that had, in 2019, 48,6 cases of tuberculosis (TB) for 100,000 residents, higher than the incidence rates of the state and country. The National Tuberculosis Control Program (NTCP) assigns to primary health care (PHC) the prevention, early diagnosis and treatment of tuberculosis (TB), noticing gaps in TB Control Program (TCP) implementation in PHC. This study aimed evaluate the level of TCP implementation in PHC units (PHCU) of Três Lagoas, headquarter of a health region of Mato Grosso do Sul state. A normative assessment study of implementation type was performed, through a quantitative-qualitative approach. Interviews were carried out with PHCU coordinators and secondary data were collected from records of people with TB and their contacts using an instrument based in a Logical Model and Judgment Matrix, specifically elaborated to this study, based in NTCP recommendations. For qualitative analysis Bardin's content analysis technique was used and, to quantitative analysis, indicators were created and scored (0-2 points) to support the calculation of the level of TCP Implantation (LI), through the equation  $\frac{\sum \text{observed score}}{\sum \text{estimated score}} \times 100$ . The LI was considered "Implemented" when greater than or equal to 80%, "Partially implemented" between 60-80%, "Incipient" between 30-60% and "Not implemented" below 30%. TCP were considered incipiently implemented in PHCU of the municipality, as well as its components "Early Diagnosis", "Adequate and Timely Treatment" and "Prevention Actions", except for the component "Activities TB/HIV Collaboratives" that was assessed as partially implemented. Aspects related to people of TB (disease denial and use of alcohol and other drugs) and related to health services (resistance and/or lack of training/capacity/sensitization, high health professionals turnover, lack of TB protocols, lack of control/monitoring TB indicators, and deficient registration in surveillance instruments/medical records) were indicated as responsible for the weaknesses found. Mostly difficulties are related to the work process, except the qualification/training/awareness that is related to the structure, but intrinsically linked to process indicators. The facilities related with TCP LI ranged from the practice of activities already provided in PHC, involvement/proactivity of health professionals, nurses autonomy, health education skills and the perception that the PHCU should be the reference for TB.

**Keywords:** Health Evaluation. Tuberculosis. Primary Health Care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Modelo Lógico do Programa de Controle da Tuberculose na Atenção Primária à Saúde. Três Lagoas, MS, 2021.....	30
Quadro 2	Grau de implantação do Programa de Controle da Tuberculose nas Unidades de Atenção Primária À Saúde segundo os pontos de corte obtidos. Três Lagoas, MS, 2021.....	31

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Indicadores epidemiológicos e operacionais de tuberculose segundo Unidade da Federação, 2019.....	27
Tabela 2	Matriz de Julgamento do Grau de Implantação do Programa de Controle da Tuberculose. Três Lagoas, MS, 2021.....	35
Tabela 3	Caracterização dos casos de tuberculose segundo tipo de entrada e situação de encerramento. Três Lagoas, MS, 2019.....	37

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BA	Busca Ativa
BCG	<i>Bacillus Calmette-Guérin</i>
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
COMP	Computador
CGDR	Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas
EABP	Equipes de Atenção Básica Prisional
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GI	Grau de Implantação
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ILTB	Infecção Latente de Tuberculose
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ML	Modelo Lógico
MJ	Matriz de Julgamento
MS	Mato Grosso do Sul
Nº	Número
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PCAT	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PMCT	Programa Municipal de Controle da Tuberculose
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PPL	População Privada de Liberdade
PT	Ponto
PVHA	Pessoas Vivendo com o HIV/Aids
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial

RAS Redes de Atenção à Saúde  
SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
SPSS *Statistical Package for the Social Sciences*  
SR Sintomáticos Respiratórios  
SUS Sistema Único de Saúde  
TB Tuberculose  
TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TDO Tratamento Diretamente Observado  
TTO Tratamento  
TR Teste Rápido  
TRM-TB Teste Rápido Molecular para Tuberculose  
TS Teste de Sensibilidade  
UAPS Unidade de Atenção Primária à Saúde  
UF Unidade de Federação  
UFMS Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
VD Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	15
Avaliação em saúde.....	16
Tuberculose e atenção primária à saúde.....	18
Avaliação da atenção primária à saúde no controle da Tuberculose.....	20
<b>OBJETIVO</b> .....	23
Objetivo Geral.....	24
Objetivos Específicos.....	24
<b>RESULTADOS</b> .....	25
Artigo original: Implantação do controle da TB na atenção primária à saúde: análise quanti-qualitativa.....	26
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	45
<b>APÊNDICES</b> .....	49
<b>ANEXOS</b> .....	77



A tuberculose (TB) é uma doença de transmissão respiratória que historicamente (desde o século XIX) tem acometido e matado milhares de pessoas, ainda hoje sendo considerada como sério problema de saúde pública mundial. O Brasil é um dos países com maior número de casos no mundo mesmo oferecendo ações que percorrem do diagnóstico ao tratamento de forma universal e gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017a), o que pode ser reflexo da extensão territorial e da diversidade organizacional do país no que tange às formas de ofertar as ações de controle da TB, o que resulta em indicadores epidemiológicos e operacionais muito aquém do esperado.

O estado de Mato Grosso do Sul (MS), localizado na região centro-oeste do Brasil, no ano de 2019 obteve uma taxa de incidência e de abandono superior à Nacional (incidência 39,7/100 x 36,8/100 mil habitantes; abandono 15,4% x 13,5%) e, embora tenha alcançado menor coeficiente de mortalidade (1,8/100 x 2,2/100 mil habitantes) e maior proporção de cura à do país (62,7% x 58,6%) (BRASIL, 2019a), revela fragilidades no controle do agravo (CORTEZ *et al.*, 2021). Em consonância com o estado, Três Lagoas, município sul-mato-grossense cenário desse estudo que atua como polo comercial, industrial, de ensino e sede de Região de Saúde responsável por dez municípios da costa leste do estado, também alcançou indicadores epidemiológicos e operacionais da TB preocupantes (incidência 48,6 /100 mil habitantes, abandono 7,0% e cura 70,4%) (BRASIL, 2019a).

O Programa Nacional de Controle da TB (PNCT) do Brasil, que atualmente encontra-se sob a Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas (CGDR), tem recomendado a descentralização das ações de controle da TB para a Atenção Primária à Saúde (APS) vislumbrando o alcance de uma maior efetividade do programa ao pressupor que sua proximidade e o reconhecimento das necessidades do território e suas populações sejam elementos facilitadores nesse processo de trabalho (BRASIL, 2017a). No entanto, observa-se que não há um consenso sobre os reais benefícios da descentralização dessas ações de controle às Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), observando-se ainda fragilidades inerentes ao usuário (adesão ao tratamento, usuário de álcool/drogas, falta de atividades educativas) e à organização dos serviços de saúde (equipe de saúde incompleta, rotatividade de recursos humanos, falta de capacitações, baixa completude dos registros de controle da TB, dificuldade na pactuação de metas junto à equipe, lacunas nos processos de trabalho, falta de articulação das UAPS com a comunidade, desalinhamento/desarticulação entre a micro e meso gestão, falta de planejamento das ações e de retaguarda/supervisão/controle/integração/apoio do Programa Municipal de Controle da Tuberculose/PMCT às UAPS) (ANDRADE *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2017; WYSOCKI *et*

*al.*, 2017; MAIA *et al.*, 2018; PINTO *et al.*, 2018; SPAGNOLO *et al.*, 2018; VILLA *et al.*, 2018; CANTO; NEDEL, 2020; SILVA *et al.*, 2021).

Nesse cenário, revela-se que aspectos da micro e meso gestão dos serviços podem ditar distintas lacunas/fragilidades para o controle da TB (WYSOCKI *et al.*, 2017; VILLA *et al.*, 2018; BAUMGARTEN *et al.*, 2019) o que demonstra a potencialidade e a necessidade de se realizar estudos avaliativos e de incorporação das ações de controle como forma de prover informações qualificadas para posicionamento e construção de um julgamento assertivo e capaz de guiar decisões retificadoras, saneadoras e/ou otimizadoras (CHAMPAGNE *et al.*, 2011a). A essa abordagem acrescenta-se também o potencial de estudos *mix-methods*, os quais agregam à abordagem quantitativa e qualitativa, proporcionando o reconhecimento de subjetividades incapazes de serem identificadas apenas por meio da objetividade do método avaliativo tradicional. Assim, potencializa-se a possibilidade de se levantar fortalezas e fragilidades da realização das ações de controle de TB na APS, subsidiando intervenções que impactem positivamente nos indicadores de controle da doença (ANDRADE *et al.*, 2017; FURLAN *et al.*, 2017; COSTA, TC *et al.*, 2019).

Atualmente ainda são poucos os estudos que avaliam a incorporação das ações de controle da TB em contextos descentralizados sendo que as últimas evidências desse tipo de avaliação no estado de MS ocorreram em 2010 (AMARAL *et al.*, 2010). Assim, frente à escassez de evidências e embasamento para direcionar ações e políticas específicas, à peculiaridade do cenário de grande extensão territorial e baixa densidade demográfica, da relevância do estado de MS e do município de Três Lagoas enquanto polo econômico nacional (BRASIL, 2019a) e da hipótese de que o grau de implantação do PCT na APS interferem no controle da TB, objetivou-se avaliar o grau de implantação do controle da TB na APS de Três Lagoas/MS, trazendo as fragilidades e as potencialidades das UAPS, a partir de uma análise quanti-qualitativa.

Acredita-se na imprescindibilidade da realização de estudos avaliativos para o fornecimento de informações e avanço no conhecimento das situações de saúde, subsidiando a elaboração de estratégias que fortaleçam o acesso da população às ações de controle da TB em conformidade com as recomendações do Ministério da Saúde.



## AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Em virtude da necessidade de tomada de atitudes assertivas frente à evolução tecnológica, à crise das finanças públicas e à transição epidemiológica, passou-se a buscar por estratégias que aliassem o custo-benefício e o acesso universal e equitativo a serviços de qualidade (MENDES, 2011; SALTMAN, FIGUERAS; 1997). Para tal, as tomadas de decisão passaram a pautarem-se em dados cuja captação é viabilizada por meio de métodos/abordagens no campo avaliação em saúde, que vem sendo estudados e aprimorados ao longo dos anos (CHAMPAGNE *et al.*, 2011a).

Segundo o dicionário Michaelis (AVALIAR, 2021) avaliar significa “fazer o cômputo de; calcular, computar” ou ainda “supor previamente; julgar segundo certas probabilidades; pressupor, presumir”. Já a definição de saúde, segundo a OMS, “é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, cujo nível de saúde depende do acesso a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 2013). Por meio da análise desses dois termos é possível perceber o quão polissêmica e complexa é a “avaliação em saúde”, visto a abrangência que a saúde é concebida e dos diversos métodos desenvolvidos para aferi-la/analísá-la.

Segundo Hartz avaliar no contexto da saúde é emitir juízo de valor sobre uma intervenção/programa/política, por meio de um método capaz de promover informações cientificamente comprovadas e de qualidade que possibilitam posicionamento e construção de um julgamento passível de se transformar em ações retificadoras, saneadoras e/ou otimizadoras (CHAMPAGNE *et al.*, 2011b).

Nos estudos em avaliação, Avedis Donabedian (1919- 2000) e Zulmira Hartz revelam-se como expertises no assunto. O primeiro enfocou a avaliação de serviços de saúde sobre o olhar de qualidade nos quesitos estrutura-processo-resultado e a segunda às relações entre componentes de uma intervenção (estrutura física/organizacional/simbólica, atores individuais e coletivos e suas práticas, processos de ação, finalidades/objetivos e o ambiente) em um determinado contexto social, propondo possibilidades metodológicas que transcendem o fator qualidade, propiciando subsídios para a tomada de decisão principalmente na análise de implantação de programas (CHAMPAGNE *et al.*, 2011b; FURTADO; VIEIRA DA SILVA, 2014).

Em estudos avaliativos, quando se tem como objeto um programa de saúde, prevê-se etapas as quais inicial e imprescindivelmente envolvem a construção de um modelo

lógico/teórico/operacional, que apresenta de forma esquemática e representativa como a intervenção/programa/política está organizada em um determinado contexto político/social/organizacional, pontuando os atores envolvidos, a estrutura e os processos entrelaçados em um único objetivo. Em alguns países, como o Canadá, essa prática é fase obrigatória na execução de seus processos avaliativos desde os anos 80. Destaca-se que alguns autores apresentam definições distintas para cada um desses termos e outros descrevem que na prática, dependendo das peculiaridades e da complexidade do objeto estudado, tais modelos se entrelaçam ou se sobrepõem (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1999; OLIVEIRA *et al.*, 2010; CHAMPAGNE *et al.*, 2011b).

Avaliar a implantação de um programa e verificar sua performance pressupõe verificar se o que foi planejado (modelo lógico) está sendo ou foi executado. Para isso é essencial que as atividades desse programa sejam apresentadas de forma a possibilitar mensuração, ou seja, que os produtos e o impacto desse programa sejam avaliados de modo a se obter um julgamento quanto ao alcance dos resultados almejados. Para tal, o método de se operacionalizar tal mensuração ocorre por meio da construção de uma matriz, elaborada com base no modelo lógico, composta por critérios/indicadores, seus respectivos parâmetros e suas fontes de informação (HARTZ; VIEIRA DA SILVA, 2005).

Metodologicamente, para que seja desenvolvida uma abordagem avaliativa, têm-se como direcionador os pressupostos da avaliação normativa, que afere as conformidades tendo como balizador as normas legais e/ou institucionais, e da pesquisa avaliativa, que pressupõe procedimentos científicos que analisem as relações entre os diversos componentes de uma intervenção dentro de um contexto social/organizacional/político, sendo possível realizá-la por meio de seis (06) tipos de análise, a saber: análise estratégica, análise lógica, análise de produção, análise dos efeitos, análise da eficiência e análise da implantação. Essa última, a análise de implantação, ganha destaque por propiciar informações sobre as características das ações realmente implementadas de um programa, evidenciando suas fragilidades e/ou suas potencialidades, acrescido ao fato de que esse tipo de estudo possui um alto potencial generalizador (CHAMPAGNE *et al.*, 2011a, 2011c).

Ao se tratar de avaliação, em geral, tende-se a se limitar à “quantificação” dos elementos da matriz de julgamento. No entanto vale destacar a potencialidade que estudos com enfoque quanti-qualitativo possuem por proporcionar a complementariedade dos dados provenientes desses dois tipos de métodos, uma vez que os dados quantitativos viabilizam análises objetivas das ações realizadas enquanto o enfoque qualitativo revela a forma como esses elementos se relacionam subjetivamente, aprofundando o entendimento sobre o contexto analisado

(SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006; MINAYO, 2010).

Para alcançar bons produtos de estudos de natureza avaliativa o acesso às informações confiáveis e de qualidade são essenciais para a tomada de decisões assertivas. Porém, deve-se acrescentar a análise, interpretação e discussão dos dados coletados considerando os diversos atores envolvidos, de forma contextualizada e coproduzida, visto que tais atividades promovem um melhor conhecimento da intervenção e seu aprimoramento (DOMINGUES *et al.*, 2019).

## TUBERCULOSE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS é a porta principal/preferencial de acesso ao SUS, sendo considerada o centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), ou seja, a coordenadora do cuidado e responsável pelo fluxo dos usuários nos demais pontos/níveis de atenção, sendo capaz de resolver os problemas de maior prevalência e relevância de seu território adscrito (BRASIL, 2011, 2017b). Nesse nível de atenção estão previstas atividades para o cuidado das principais condições de saúde da população, com destaque às condições crônicas que, inclui, além das doenças crônicas, as doenças infecciosas persistentes, condições ligadas aos ciclos de vida, deficiências físicas, distúrbios mentais e outras (MENDES, 2018). Nessas, perdura a TB, doença milenar que ainda hoje segue caracterizada como sério problema de saúde pública, pois, embora possua diagnóstico e tratamento disponibilizados pelo SUS, ainda sustenta indicadores epidemiológicos e operacionais fragilizados (BRASIL, 2019b).

Vale notar que a TB possui um fator socioeconômico determinante na contaminação e evolução da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019), reforçando-se a importância da implementação de políticas públicas de proteção social como forma de melhorar o cenário epidemiológico e operacional da TB (MOREIRA; KRITSKI; CARVALHO, 2020).

Em 2017 o PNCT elaborou o “Plano pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil” como forma de adotar estratégias de enfrentamento da TB a partir da estratificação de cenários (considerando características socioeconômicas e situações epidemiológicas e operacionais da doença), as quais organizaram-se a partir de três pilares, a saber: Prevenção e cuidado integrado e centrado no usuário, Políticas arrojadas e sistema de apoio e Intensificação da pesquisa e inovação (BRASIL, 2017a). Principalmente no que tange o Pilar I – “Prevenção e cuidado integrado e centrado no usuário”, que prevê a realização de ações de diagnóstico precoce, tratamento adequado e oportuno, atividades colaborativas TB-HIV e ações de prevenção, há que se destacar o papel dos serviços de APS dada sua potencialidade e proximidade aos indivíduos, famílias e comunidade.

Nacionalmente, todas as políticas voltadas ao controle da TB têm preconizado e ancorado à APS a efetivação da integralidade e do cuidado centrado na pessoa acometida por esse agravo recomendando-se, portanto, a descentralização e incorporação das ações do PCT às equipes desse nível assistencial (BRASIL, 2017b). Nesse cenário, são atribuições das UAPS: realizar vacinação BCG e monitorar as coberturas vacinais; realizar busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR) nos diversos espaços sob sua adscrição; realizar coleta de escarro para baciloscopia, cultura, identificação e teste de sensibilidade (TS) com resultado da baciloscopia disponível em 24 horas na rede ambulatorial e a cultura em até 45 dias; solicitar cultura, identificação de micobactérias e teste de sensibilidade para os casos com baciloscopia de controle positiva ao final do 2º mês e para os casos de falência, garantir o tratamento diretamente observado (TDO); indicar e prescrever o esquema básico, realizar o TDO e monitorar todos os casos de TB com baciloscopias de controle até o final do tratamento; realizar o TDO compartilhado com a referência (se for o caso); responsabilizar-se pelo acompanhamento de todos os casos de TB de sua região adscrita; identificar rapidamente os efeitos adversos e referenciar os casos de reações adversas maiores; realizar a investigação e controle de contatos, tratando a infecção latente de TB (ILTB) e/ou a TB propriamente dita, conforme o caso; oferecer a testagem do HIV a todas as pessoas com TB e seus contatos; realizar o controle/busca de faltosos; preencher os instrumentos de vigilância (ficha de notificação de caso, livros de registro de sintomáticos respiratórios e de tratamento e acompanhamento dos casos) de forma adequada; encaminhar para a referência os casos de difícil diagnóstico, de eventos adversos maiores, na presença de comorbidades de difícil manejo, falência ao tratamento e/ou resistência aos fármacos; oferecer apoio aos doentes em relação às questões psicossocioeconômicas por meio de articulação intersetorial; e outros conforme a necessidade do caso (BRASIL, 2019b).

Para que essas ações sejam implantadas, o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) deve viabilizar treinamentos/capacitação/reciclagem, fluxo laboratorial, acesso a medicamentos/insumos e o fluxo organizacional das referências secundárias e terciárias nas UAPS (BRASIL, 2017a, 2019b).

Há que se destacar o incremento da realização de ações de controle da TB pela APS entre 2001 e 2019, evidenciado por 54,0% das notificações de casos novos e pelo acompanhamento de 61,4% dos casos pelas UAPS (BRASIL, 2020), embora ainda persista questionamentos quanto à real incorporação das ações do PCT pelas equipes e quanto ao Grau de Implantação do programa na APS.

## AValiação DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTROLE DA TUBERCULOSE

Em pesquisa à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando os descritores “avaliação em saúde”, “atenção primária à saúde” e “TB” evidenciou-se 160 estudos sobre a temática nos últimos 10 anos. Desses, 148 dispunham o trabalho publicado na íntegra e 127 estavam pertinentes ao tema após verificação do título/resumo. Ao limitar essa busca literária aos últimos 05 anos, levantou-se 53 estudos de avaliação em saúde (excluindo teses e livros) sobre controle da TB na APS, os quais foram realizados a partir de diferentes abordagens metodológicas, cenários, ópticas e eixo de análise do PCT (diagnóstico, tratamento, acompanhamento), ratificando a característica polissêmica dessa prática de avaliação em saúde. Desses, 38 utilizaram abordagem quantitativa (com instrumento de coleta de dados próprio, validado no Brasil como o *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), proposto pelo *MacCool Institute for Health Care Innovation* ou por meio de resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ), cinco (05) desenvolveram estudos de abordagem qualitativa, cinco (05) de abordagem quanti-qualitativa, três (03) realizaram revisão de literatura e apenas dois (02) se detiveram à abordagem do grau de implantação do PCT (ANDRADE *et al.*, 2017; ARAKAWA *et al.*, 2020).

Evidenciou-se que a maioria dos estudos tratam a avaliação do PCT na APS restringindo suas matrizes apenas para acesso ao diagnóstico e/ou tratamento, não trazendo uma visão geral de todos os aspectos que devem ser levados em consideração para avaliar o controle efetivo da TB num determinado cenário, muito embora tragam olhar aprofundado sobre um determinado aspecto/dimensão desse manejo, normalmente oriundos de pesquisas multicêntricas (HARTZ; VIEIRA DA SILVA, 2005; CHAMPAGNE *et al.*, 2011b).

Assim, quanto aos atributos da APS, verificou-se que: 16 estudos avaliaram especificamente o acesso, 17 analisaram a integralidade, dois (02) a coordenação, um (01) a longitudinalidade, sete (07) foram combinações de dois ou mais atributos e cinco (05) outros recortes que não se encaixaram. Quanto à perspectiva de análise: 22 trazem a perspectiva do profissional, 12 a perspectiva do usuário, um (01) ambos profissional e usuário e 19 dos serviços de saúde/gestão. Quanto à fonte de coleta de dados, 32 trabalharam com dados primários, 18 com dados secundários e três (03) utilizaram-se de dados primários e secundários.

Essas perspectivas sob diferentes ópticas são importantes e agregam aos estudos operacionais, bem como os estudos que partem de uma única dimensão avaliativa para avaliar a APS, porém há que se ressaltar a potencialidade de estudos avaliativos que abrangem todos

os componentes de um programa para se obter um juízo de valor (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1999; HARTZ; VIEIRA DA SILVA, 2005; OLIVEIRA *et al.*; 2010; ANDRADE *et al.*, 2017).

A importância de estudos avaliativos de implantação do PCT na APS se ampara na distância entre os indicadores epidemiológicos e operacionais de TB alcançados e preconizados em 2019 no Brasil (BRASIL, 2020), o que gera lacunas no conhecimento de como os serviços desse nível de atenção tem se organizado e incorporado as ações programáticas da TB.

Se por um lado reconhece-se a relação entre a adequação estrutural e organizacional (com protocolos padronizados e disponíveis às UAPS) do PMCT e das UAPS e o desempenho satisfatório desses serviços nas ações de controle da doença, com destaque ao papel imprescindível da monitorização dos processos de trabalho no sucesso das ações realizadas (COSTA, MR *et al.* 2019; RABELO *et al.*, 2020; BRUGUERAS *et al.*, 2020), por outro revela-se que as dificuldades de implantação do PCT na APS sobrepõem-se às facilidades, seja por questões relacionadas às próprias pessoas com TB (comorbidades, uso de álcool/drogas, presença de reações adversas ao tratamento) como ao próprio serviço de saúde e programa (fragilidade na realização de exames complementares, equipe de saúde incompleta (principalmente agente comunitário de saúde/ACS e médicos), falta de envolvimento da equipe de saúde, rotatividade de profissionais, falta de capacitação dos membros da equipe, fragilidade nas ações de registro, dificuldade em pactuar metas com a equipe, não realização de atividades educativas aos usuários e equipe de saúde, desorganização dos processos de trabalho dos serviços de saúde, falta de articulação das UAPS com a comunidade, falta de planejamento das ações, fragilidades na retaguarda/supervisão/controle/integração/apoio do PMCT às UAPS, e lacunas no apoio/fluxo organizado às referências) (ANDRADE *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2017; WYSOCKI *et al.*, 2017; MAIA *et al.*, 2018; PINTO *et al.*, 2018; SPAGNOLO *et al.*, 2018; VILLA *et al.*, 2018; CANTO; NEDEL, 2020; SILVA *et al.*, 2020).

Tais evidências corroboram com a dificuldade da APS em se estabelecer enquanto porta de entrada aos Sintomático Respiratório (SR) à rede assistencial de saúde, reveladas pela ausência de suspeição da doença e de solicitação de baciloscopia de escarro, alta proporção de encaminhamento para outros serviços e maior proporção de diagnósticos realizados por serviços especializados/hospitalares (QUINTERO *et al.*; 2018; SANTANA *et al.*, 2018; MARTINS *et al.*, 2019; TOMBERG *et al.*, 2020).

Assim, mesmo diante da recomendação da descentralização das ações de controle da TB para a APS, por considerar o privilégio desse nível assistencial ao acesso às pessoas, não há um consenso quanto aos benefícios dessa descentralização (WYSOCKI *et al.*, 2017;

TOMBERG *et al.*, 2020; MÜLLER *et al.*, 2021). Em estudo realizado no Camboja (SUNDARAM *et al.*, 2017), bem como também em estudos nacionais (TOMBERG *et al.*, 2020; MÜLLER *et al.*, 2021), observam-se benefícios de se ter um serviço centralizado/estruturado/forte no controle da TB, que é visto como confiável e referência para sintomas respiratórios enquanto os serviços de APS tidos como de baixa qualidade e dotado de barreiras de acesso.

Apesar das dificuldades da implantação do PCT na APS, a maioria dos estudos ainda defende a importância da descentralização dessas ações para o nível primário de atenção, pressupondo-o como adequado à oferta da integralidade e cuidado centrado na pessoa, por ter processo de trabalho condizente à realização da longitudinalidade do cuidado e por proporcionar maior alcance/acesso às pessoas mais vulneráveis de seu território (WYSOCKI *et al.*, 2017; MAIA *et al.*, 2018; QUINTERO *et al.*, 2018; VILLA *et al.*, 2018; TOMBERG *et al.*, 2020; JESUS *et al.*, 2021).

Diante do exposto, evidencia-se a notoriedade e aplicabilidade de estudos avaliativos relacionados ao controle da TB na APS, visto que os indicadores da doença estão contrários ao preconizado e medidas assertivas são necessárias para mudar esse cenário, rumo à eliminação da TB como problema de saúde pública. Destaca-se lacuna de conhecimento nesta temática no estado de MS, uma vez que poucos estudos foram realizados nessa região (último no ano de 2010 no município de Dourados/MS).

---

**OBJETIVO**

**Objetivo Geral**

- Avaliar o grau de implantação do Programa de Controle da Tuberculose na Atenção Primária à Saúde do município de Três Lagoas/MS.

**Objetivos Específicos**

- Elaborar modelo lógico de avaliação do Programa de Controle da Tuberculose na Atenção Primária à Saúde do município de Três Lagoas/MS.

- Analisar as fragilidades e potencialidades do Programa de Controle da Tuberculose na Atenção Primária à Saúde do município de Três Lagoas/MS.

---

## RESULTADOS

## ARTIGO ORIGINAL

### **Implantação do controle da tuberculose na atenção primária à saúde: análise quanti-qualitativa**

**Título resumido:** Implantação do controle da tuberculose na atenção primária à saúde

#### **Resumo**

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) adjudica à atenção primária à saúde (APS) a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da tuberculose (TB), existindo lacunas quanto à implantação do Programa de Controle da TB (PCT) na APS. Objetivou-se avaliar o grau de implantação do PCT nas unidades de APS (UAPS) de Três Lagoas, sede de região de saúde de Mato Grosso do Sul. Avaliação normativa, do tipo grau de implantação, com abordagem quanti-qualitativa. Realizaram-se entrevistas com coordenadores das UAPS e coleta de dados secundários de pessoas com TB e seus contatos utilizando instrumento elaborado com base em Modelo Lógico e Matriz de Julgamento, a partir de premissas do PNCT. Para análise qualitativa utilizou-se técnica de análise de conteúdo de Bardin e na quantitativa criaram-se indicadores aos quais atribuíram-se pontuações (0-2 pontos) que embasaram o cálculo do Grau de Implantação (GI), a partir da  $\frac{\sum \text{pontuação observada}}{\sum \text{pontuação estimada}} \times 100$ . Considerou-se “Implantado” quando GI maior ou igual a 80%, “Parcialmente implantado” entre 60-80%, “Incipiente” de 30-60% e “Não implantada” abaixo de 30%. Considerou-se o PCT incipiente nas UAPS, bem como os componentes “Diagnóstico Precoce”, “Tratamento Adequado e Oportuno” e “Ações de Prevenção”. As “Atividades colaborativas TB/HIV” foram classificadas como parcialmente implantadas. Evidenciaram-se fragilidades relacionadas ao usuário e ao processo de trabalho das UAPS. As facilidades variaram desde a prática de atividades já previstas na APS ao envolvimento das equipes, autonomia do enfermeiro, habilidade para a educação em saúde e a percepção de que a UAPS deve ser vista como referência para a TB.

**Palavras-chave:** avaliação em saúde; tuberculose; atenção primária à saúde.

## Introdução

No decorrer da história das políticas de saúde brasileira a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) têm se consolidado enquanto porta de entrada preferencial e centro de comunicação à Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1</sup>, prevendo ações voltadas a indivíduos e coletividades em consonância com o perfil epidemiológico do território, bem como manejo de condições crônicas, como a Tuberculose (TB)<sup>2</sup>.

Políticas mundiais e nacionais dos últimos anos proporcionaram grandes investimentos para realização de pesquisas e desenvolvimento de tecnologias voltadas ao controle da TB, possibilitando não mais classificá-la negligenciada (do ponto de vista do financiamento), embora persistam questionamentos quanto à incorporação das ações de controle recomendadas pelo Programa de Controle da Tuberculose (PCT) nacional pelos serviços de APS, reafirmando-a como sério problema de saúde pública.

O Brasil é um dos países com maior número de casos de TB no mundo mesmo oferecendo ações que percorram do diagnóstico ao tratamento universal e gratuitamente pelo SUS<sup>3</sup>. Em 2019, Três Lagoas, município sul-mato-grossense cenário desse estudo, que atua como polo comercial, industrial, de ensino e sede de Região de Saúde para dez municípios da costa leste do estado, apresentou indicadores operacionais e epidemiológicos da TB preocupantes e aquém do esperado frente à realidade nacional e estadual (tabela 1), classificando-se no “subcenário 1.3” do “Plano pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil”, para o qual designou-se metas específicas para o aprimoramento/intensificação de objetivos e estratégias voltadas à “Prevenção e cuidado integrado centrados na pessoa com TB”<sup>3</sup>.

**Tabela 1** - Indicadores epidemiológicos e operacionais de tuberculose segundo Unidade da federação, 2019.

Unidade da Federação	Pop. Estimada	Total de casos de TB	Casos novos	Óbitos por TB	Taxa de incidência	Taxa de mortalidade	% cura	% abandono
Brasil	210.659.013	97.629	77.584	4.532	36,8	2,2	62,7	13,5
Centro Oeste	16.293.774	4.579	3.679	215	22,6	1,3	59,0	12,5
Mato Grosso do Sul	2.772.343	1.407	1.101	50	39,7	1,8	58,6	15,4
Três Lagoas	121.388	71	59	1	48,6	0,8	70,4	7,0

Fonte: Tabnet/SINAN/SIM/IBGE, 2019.

Nesse contexto reforça-se o papel da APS nas ações de detecção, diagnóstico e acompanhamento da TB considerando a potencialidade desse nível assistencial à efetivação das

ações de controle da doença de forma descentralizada<sup>1</sup>. Observa-se, no entanto, falta de consenso sobre os benefícios da descentralização do PCT à APS visto a existência de aspectos da micro/meso gestão dos serviços ditando distintas lacunas/fragilidades para o controle da TB<sup>4, 5, 6, 7, 8</sup>, revelando-se a necessidade de estudos avaliativos e de incorporação das ações do PCT na APS como forma de prover informações qualificadas para construção de julgamento e posicionamento assertivos e capazes de direcionar decisões retificadoras, saneadoras e/ou otimizadoras<sup>9, 10, 11</sup>.

Assim, frente à escassez de estudos<sup>12</sup> para direcionar ações e políticas específicas à TB, à peculiaridade do cenário de grande extensão territorial e baixa densidade demográfica, da relevância do estado de MS e do município de Três Lagoas enquanto polo econômico nacional e da hipótese de que o grau de implantação das ações do PCT na APS interfere no controle da TB, objetivou-se avaliar o grau de implantação do controle da TB na APS em Três Lagoas/MS.

## **Métodos**

Avaliação normativa do tipo grau de implantação, com abordagem quanti-qualitativa, cuja complementariedade dos métodos amplia a identificação de evidências<sup>10, 13, 14, 15, 16</sup> realizada em Três Lagoas/MS, cuja rede de APS constitui-se de: 17 unidades de APS (UAPS) dez (10) vinculadas a 24 equipes de ESF, seis (06) à sete (07) equipes de Estratégia de Agente Comunitário de Saúde (EACS) e uma (01) Unidade Básica de Saúde Tradicional, duas (02) equipes de Atenção Básica Prisional (eABP) e uma (01) academia de saúde<sup>17</sup>.

No município as ações de controle da TB foram descentralizadas às UAPS desde 2017. O PCT municipal (PMCT) oferece apoio/retaguarda às UAPS sob atuação de equipe composta por uma (01) enfermeira/coordenadora do programa, uma (01) técnica de enfermagem e um (01) médico pneumologista, todos não exclusivos do programa e também responsáveis pelas ações de controle da hanseníase de toda região de saúde de Três Lagoas/MS. O tratamento dos casos de TB em pessoas vivendo com o HIV/aids (PVHA) é realizado pelo Programa IST/AIDS.

Neste estudo, por se tratar de uma avaliação normativa, denominou-se a população de ‘Unidades de Observação’, considerando-se todas as UAPS do município (com exceção às Unidades prisionais) que acompanharam pessoas com TB no ano de 2019.

A coleta de dados ocorreu entre janeiro-fevereiro de 2021, em três etapas: Na primeira, objetivando-se evitar viés de informação, coletaram-se dados qualitativos por meio de entrevistas pré-agendadas em dias e horários de melhor disponibilidade de todos 16

coordenadores das UAPS e coordenadora do PMCT. Utilizou-se instrumento semiestruturado, composto por 06 perguntas norteadoras, que buscaram compreender sobre: o desenvolvimento das ações de controle da TB pela equipe, percepção sobre o envolvimento da equipe na realização das ações do PCT na UAPS, dificuldades e potencialidades para a realização das ações do PCT na UAPS e experiência no manejo de casos de TB de difícil manejo. As entrevistas foram realizadas em sala privativa e gravadas em formato de áudio, sob anuência/assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo participante e pesquisador responsável, sendo transcritas na íntegra. Utilizou-se técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin<sup>18</sup>, modalidade temática, para realização da análise dos dados. A leitura exhaustiva da transcrição das falas possibilitou a formulação de hipóteses, categorização do conteúdo, classificação e agregação dos dados e, finalmente, tratamento e interpretação dos resultados<sup>16</sup>. Assim, analisaram-se os significados/significantes das falas quanto às ações do PCT desenvolvidas nas UAPS à luz do aporte teórico da avaliação de serviços de saúde<sup>19</sup>.

Nas segunda e terceira etapas realizou-se a coleta dos dados quantitativos, utilizando-se de diferentes fontes de informação: primárias, por meio de entrevista com coordenadores de todas UAPS; e secundárias, pelo levantamento em fontes de registro de pessoas com TB e seus contatos, maiores de 18 anos, que realizaram tratamento e/ou passaram por avaliações nas UAPS em 2019 e que concordaram quanto ao acesso às informações dos documentos de registro (fichas de notificação, livro de sintomáticos respiratórios/acompanhamento do tratamento/acompanhamento da tomada diária da medicação-TDO, sistema de informação laboratorial municipal e prontuário físico/eletrônico) após anuência/assinatura do TCLE.

Nessas etapas utilizou-se instrumento de coleta de dados elaborado com base em Modelo Lógico (ML) e Matriz de Julgamento (MJ), construídos especificamente para este estudo.

O ML é uma forma esquemática e ilustrativa de organizar um programa/política em determinado contexto. Nesse estudo considerou-se seis (06) eixos estruturantes para o ML: Componentes, Estrutura, Processo, Produtos, Resultados e Resultados “últimos”<sup>20</sup>. Como elementos de análise dos “Componentes” elegeram-se objetivos do Pilar I – “Prevenção e cuidado integrado centrado na pessoa com tuberculose”, em consonância com a classificação do município<sup>3</sup>, denominando-os de “Diagnóstico Precoce”, “Tratamento Adequado/Oportuno”, “Atividades Colaborativas TB-HIV” e “Ações de Prevenção”.

Após definição dos “Componentes” organizou-se a estrutura e processos necessários para operacionalização de cada componente do ML, traçando-se possíveis

produtos, resultados de intervenção e últimos dessas ações (Quadro 1), sob fundamentação das recomendações para o Controle de TB no Brasil<sup>9</sup> e de pesquisas avaliativas desenvolvidas na área<sup>13, 21</sup>.

**Quadro 1 – Modelo Lógico do Programa de Controle da Tuberculose na Atenção Primária à Saúde. Três Lagoas, MS, 2021.**

MODELO LÓGICO DO PROGRAMA DE CONTROLE DE TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE							
COMPONENTES DO PLANO NACIONAL	ESTRUTURA	PROCESSOS	PRODUTOS	RESULTADOS			
				DE INTERVENÇÃO	ÚLTIMOS		
Diagnóstico Precoce	Profissionais de saúde capacitados e sensíveis à TB Pote escarro Requisição exames Raio-X Livro de SR Fluxo de Laboratório (BAAR e cultura de escarro) Fichas de notificação /investigação Armazenamento/ Transporte das amostras Teste Tuberculínico	Realizar busca ativa permanente	SR identificados e examinado; Expansão das atividades extramuros; Informação da busca de casos registradas no livro de SR; Amostras de escarro satisfatórias	Diagnóstico precoce Prevenção das formas graves de TB			
		Anotar no livro de Sintomático Respiratório (SR)					
		Oferecer baciloscopia de escarro à todos os SR	Todos os casos de TB com cultura de escarro e raio-X de tórax realizados				
		Oferecer baciloscopia de escarro e raio-X de tórax aos SR de grupos vulneráveis					
		Oferecer coleta de escarro induzido	Todos os casos de TB notificados na UAPS				
		Oferecer cultura de escarro e raio-X de tórax aos casos de TB					
		Notificar casos confirmados para TB	Armazenamento e transporte adequado das amostras				
		Armazenar e transportar amostras de escarro adequadamente (ao abrigo da luz e refrigerado)					
		Relacionar os casos índices e seus contatos	Instrumento com os contatos e casos índices relacionados				
		Investigar para ILTB	Contatos examinados discriminados na ficha de Registro/Investigação ou instrumento próprio; Baciloscopias de escarro e raio-X tórax realizadas a todos os contatos SR; Raio-X e/ou Teste tuberculínico realizados a todos os contatos assintomáticos.				
Tratamento Adequado e Oportuno	Profissionais de saúde capacitados e sensíveis à TB Instrumentos de registro Estrutura física adequada Medicação esquema básico Medicação para ILTB Telefone/Internet Computador Livro de registros de usuários e acompanhamento de tratamento dos casos de TB Ficha de acompanhamento TDO	Iniciar tratamento para TB na UAPS	A equipe inicia o tratamento na UAPS	Interrupção da cadeia de transmissão Alta por cura Redução do abandono de tratamento	REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR TUBERCULOSE		
		Ofertar TDO à todas pessoas com TB, com facilidade de acesso	TDO realizado na UAPS, domicílio ou em outro local				
		Realizar consultas (médicas e de enfermagem) mensais	Informações do acompanhamento mensal pela equipe multiprofissional; Atendimento dos profissionais registrado no prontuário; Medicação do esquema básico disponível, suficiente e entregue pela UAPS; Usuários com vulnerabilidades sociais identificadas e atendidas; Casos diagnosticados e tratados oportunamente.				
		Informar sobre a doença, riscos, tratamento, reações adversas e outros					
		Tratar reações adversas menores	Baciloscopia de escarro para controle				
		Prescrever esquema básico de tratamento					
		Anotar o acompanhamento dos casos de TB em Livro de acompanhamento	Raio-x de tórax realizados no 2º e 6º mês de tratamento				
		Ofertar baciloscopia de controle mensal	Exames laboratoriais de glicemia, função hepática e renal realizados				
		Assegurar raio-X de tórax no 2º e 6º mês					
		Assegurar exames laboratoriais de glicemia, função hepática e renal	Encaminhamento dos casos para a referência				
		Encaminhar para a referência apenas casos indicados	Acompanhamento compartilhado com a referência				
		Realizar visita domiciliar às pessoas de TB	No mínimo uma VD realizada por qualquer integrante da equipe multidisciplinar				
		Oferecer incentivos para a adesão ao TDO	Possíveis incentivos: restaurantes comunitários, cestas básicas, inserção nos benefícios sociais e transporte público gratuito				
		Articular com equipamentos sociais quando casos de pessoas com TB com dificuldades socioeconômicas	Usuários com vulnerabilidades sociais identificadas e atendidas				
		Tratar ILTB (prescrever tratamento)	Informações do acompanhamento mensal registradas em instrumento próprio; Atendimento dos profissionais registrado no prontuário; Medicação disponível e entregue pela UAPS.				
Informar sobre ILTB, riscos, tratamento, reações adversas, sintomas sugestivos de TB e outros	Usuários faltosos notificados e com tratamento continuado						
Realizar busca ativa de faltosos (VD, telefone, e-mail)							
Atividades Colaborativas TB-HIV	Profissionais de saúde capacitados e sensíveis à TB Instrumentos de registro Livro de registros de usuários e acompanhamento de tratamento dos casos de TB TR HIV Rede de frio Telefone/Internet Computador	Oferecer teste rápido para HIV (TRHIV) no momento do diagnóstico de TB	Casos em tratamento testados para HIV	Acompanhamento precoce da infecção HIV/TB			
		Oferecer TRHIV a todos os contatos das pessoas com TB	100% dos contatos testados para HIV				
Ações de Prevenção	Profissionais de saúde capacitados e sensíveis à TB Instrumentos de registro Vacina Seringa Agulha Rede de frio Máscara cirúrgica Livro sintomáticos respiratórios; Livro de registros de usuários e acompanhamento de tratamento dos casos de tuberculose; Ficha de notificação/investigação; Ficha de acompanhamento da tomada diária da medicação do tratamento diretamente observado – TDO;	Oferecer BCG	BCG ofertada na UAPS	Prevenção na transmissão de TB			
		Treinar a equipe para as ações de controle de TB	Equipe capacitada e sensível à TB				
		Utilizar o Manual de recomendações para o controle de Tuberculose no Brasil (BRASIL, 2019) como referência/apoio à equipe ou protocolo institucional	Utilização de protocolo de atenção à TB				
		Oferecer máscara cirúrgica aos SR e orientar sobre etiqueta da tosse	Medidas gerenciais de controle da TB aplicadas				
		Priorizar o atendimento ao SR e/ou bacilífero					
		Oferecer atendimento em horário diferenciado ao bacilífero	Medidas ambientais de controle da TB aplicadas				
		Investigar SR no momento do acolhimento, se positivo, priorizar o atendimento/medidas de controle					
		Oferecer local para coleta de escarro que proporcione privacidade do usuário e onde bata sol	Ações educativas para TB realizadas no território				
		Promover atividades educativas sobre TB no território					
		Prover máscara tipo PFF2/N95 para profissionais atenderem bacilíferos no início de tratamento, principalmente quando resistentes a medicamentos	Medidas de proteção respiratória aplicadas				
		Preencher instrumentos de Vigilância				Ficha de notificação/investigação de caso preenchida corretamente	Informações de qualidade
						Livro de registro de sintomáticos respiratórios preenchido corretamente	
Ficha da tomada diária da medicação do TDO preenchida corretamente							
Registro de usuários e acompanhamento de tratamento dos casos de tuberculose preenchido corretamente							
Relatório mensal de atividades e de acompanhamento de casos enviados regularmente ao PCT municipal							

Fonte: Autores, 2021.

A construção do ML embasou a elaboração da MJ<sup>22</sup>, que constituiu-se de sete (07) eixos: três (03) extraídos do ML (componentes, atividades e produtos) e quatro (04)

(indicadores, padrão, pontuação e a fonte/forma de verificação) adicionados para clarificar o contexto de avaliação do PCT. A partir disso estruturou-se o instrumento de coleta de dados, composto por 4 seções, nomeadas conforme denominação dos “Componentes” do ML/MJ, nas quais distribuíram-se 63 variáveis (39 coletadas de fontes primárias e 24 secundárias), que sustentaram a construção de 50 indicadores avaliativos.

Os dados coletados foram digitados em planilha do Excel, exportada para o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 25.0. Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva, realizando-se cálculo das proporções de cada indicador da MJ. Conforme proporção obtida, considerando a fonte de coleta de dados do indicador e baseando-se nas metas/ações preconizadas<sup>9</sup>, cada indicador recebeu uma pontuação, que variou de 0 a 2 pontos, totalizando 100 pontos para todos os componentes avaliativos (“Diagnóstico Precoce” - 28 pontos, “Tratamento Adequado e Oportuno” - 32 pontos, “Atividades Colaborativas TB-HIV” - 12 pontos e “Ações de Prevenção” - 28 pontos).

Indicadores com variáveis coletadas de fontes secundárias receberam: 02 pontos quando as proporções variaram entre 90-100%, 01 ponto para proporções entre 70-89,99% e 0 ponto às menores que 70%. Apenas para os indicadores “Proporção dos Sintomáticos Respiratórios (SR) identificados” e de “casos de TB com baciloscopia de escarro de controle mensal/bimensal” que se considerou as proporções de 1% e de 90-100%, respectivamente, para atribuição da pontuação máxima – 02 pontos. Para pontuação dos indicadores oriundos de dados primários: atribuiu-se 02 pontos quando a resposta à variável fora afirmativa COM comprovação do registro da ação investigada; 01 ponto para casos SEM comprovação e 0 ponto quando as ações não foram realizadas.

Para classificar o Grau de Implantação do PCT nas UAPS utilizou-se a seguinte equação: Grau de implantação (GI) =  $(\sum \text{pontuação observada} / \sum \text{pontuação estimada}) \times 100$ , considerando-se “Implantado” quando se alcançou GI maior ou igual a 80%, “Parcialmente implantado” quando entre 60-80%, “Incipiente” de 30-60% e “Não implantada” abaixo de 30%<sup>22</sup> (Quadro 2).

**Quadro 2** – Grau de implantação do Programa de Controle da Tuberculose nas Unidades de Atenção Primária à Saúde segundo os pontos de corte obtidos. Três Lagoas, MS, 2021.

Grau de implantação	Pontos de corte
Implantado	≥ 80 %
Parcialmente implantado	≥ 60 % e < 80%
Incipiente	≥ 30 % e < 60%
Não implantado	< 30%

Fonte: Frias, Lira, Hartz; 2005.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), sob CAAE nº 26560919.0.0000.0021.

## Resultados

Foram entrevistados a coordenadora do PMCT (enfermeira graduada há mais de 10 anos, com último treinamento em TB em 2019) e todos os coordenadores das UAPS do município (n=16): a maioria do sexo feminino (14 - 87,5%), enfermeiros (15 - 93,7%), pós-graduados (15 - 93,7%), formadas há mais de seis (06) anos (100%) e que atuava há mais de um ano na UAPS avaliada (15 - 93,7%). Parte referiu ser especialista em Saúde da Família/Saúde Pública/Coletiva (06 - 40,0%) e ter recebido treinamento em TB em 2019 (08 - 50,0%). Dos 49 casos de TB acompanhados pelas UAPS, 46 casos tiveram seus prontuários/fichas/instrumentos de registros examinados (02 casos de TB menores de 18 anos e 01 recusa) e dos 124 contatos de pessoas com TB identificados analisaram-se prontuários/fichas/instrumentos de registros de 73 (49 contatos eram menores de 18 anos e 02 recusas).

Os achados quantitativos relacionados ao grau de implantação do PCT nas UAPS encontram-se na Tabela 2. Os resultados qualitativos foram organizados por categorias temáticas: Limitações/Pontos Negativos/Dificuldades, Facilidades/Pontos Positivos/Fortalezas e (Des)organização da rede, cujos trechos apresentam-se entrelaçados aos achados quantitativos.

O PCT encontrou-se implantado de forma incipiente nas UAPS. Os componentes: “Diagnóstico Precoce”, “Tratamento Adequado/Oportuno” e “Ações de Prevenção” também se encontraram incipientes e as “atividades colaborativas TB/HIV” parcialmente implantadas.

O componente com menor grau de implantação foi “Tratamento Adequado/Oportuno” (36,7%), observando-se que menos de 60,0% das UAPS proporcionaram: início de tratamento nas suas dependências, efetivação do TDO, consultas médicas/enfermagem mensais, baciloscopia de escarro para controle mensal, raio-x de tórax no 2º e 6º mês, exames laboratoriais no início de tratamento, incentivos sociais e registros de ações de busca de faltosos. Nenhuma UAPS possuía medicação de esquema básico de TB/ILTB para início de tratamento imediato (Tabela 2). Elementos que justificam/afirmam a incipiência desse componente avaliativo foram encontrados por meio da análise das falas de alguns coordenadores das UAPS:

[...]O agente [comunitário], meu Deus, imagina que vai levar na casa [medicação]. Eles não fazem[...] (E09)

[...] tem unidade que o enfermeiro não quer saber do caso [tuberculose] da equipe que não é dele. (E07)

[...] A maioria é usuário de droga, alcoolista[...] já teve pacientes que a agente de saúde não conseguia encontrar porque ele saia pra beber e não voltava[...] (E12)

[...] Mas a hora de fazer um raio-X de controle tem bastante dificuldade. Deveria liberar mais vagas. (E01)

[...] falta direcionamento para que todas as unidades falem a mesma língua, capacitação. Falta comunicação entre a coordenação e a ponta; fica nesse um empurra para o outro e o paciente fica nesse meio encontro[...] (E10)

O segundo componente com menor implantação foi o de “Ações de Prevenção” (39,1%), cujos indicadores revelaram que menos da metade das UAPS: ofereceram vacina BCG, treinaram equipes nas ações de controle da TB, utilizaram o manual de recomendações para o controle da TB no Brasil, ofertaram máscaras cirúrgicas aos SR enquanto aguardavam atendimento (muito embora 81,3% afirmaram possuí-la em quantidade suficiente), ofereceram atendimento priorizado ao SR/bacilífero, realizaram ações educativas sobre TB no território e preencheram de forma completa as fichas de notificação. Embora se tenha observado que 68,8% das UAPS possuíam local ventilado, que batia sol e proporcionava privacidade para coleta de escarro (Tabela 2), observou-se indicação incorreta quanto ao momento e local de coleta: 54,5% (6/11) dos coordenadores relataram orientação da coleta das duas amostras para diagnóstico da TB no domicílio dos usuários, recebendo as duas concomitantemente; e um coordenador informou orientar tal coleta dentro do banheiro da UAPS. Também se observam fragilidades nas “Ações de Prevenção” nos seguintes trechos:

[...] o médico não teve treinamento específico para o diagnóstico de TB para diagnosticar com mais propriedade. Depois que o médico da Referência municipal faleceu não teve médico para dar alta para os usuários de TB, aí, o médico (por talvez não ter segurança) não quis se responsabilizar [...] (E03)

[...] precisa ter mais capacitações com todos profissionais, não só a coordenação [...] (E14)

[...]Aqui nós não temos indicadores. É falta da cobrança também, dispor esses dados para gente ver que é alarmante [...] (E15)

[...] nós trabalhamos mais com a curativa do que a preventiva [...] (E06)

[...]o registro [relacionado aos casos de TB] é bem falho [...] (E11)

[...] a rotatividade de servidor [...] é uma dificuldade (E07)

Evidenciou-se no componente “Diagnóstico Precoce” que as UAPS identificaram apenas 20% da quantidade de SR preconizado em seu território. Menos de 60% das UAPS realizaram: busca ativa de SR no território extramuro e na rotina da unidade; escarro induzido quando o usuário não conseguia escarrar, 02 amostras de baciloscopias e cultura de escarro para diagnóstico, notificação realizada na própria UAPS (40% foi notificado pelo PMCT) e exame de contatos adequada à sintomatologia. Embora 81,3% das UAPS referiram oferta de

baciloscopias de escarro aos SR da área de abrangência, 100% demonstraram potes de coleta de escarro em quantidade suficiente e adequado sistema de armazenamento/transporte dessas amostras e 74,8% realizavam registro da busca de SR em livro correspondente (Tabela 2). Tais achados vão ao encontro de trechos de falas dos coordenadores das UAPS:

[...] O paciente tem resistência: “Ah, mas eu tô com tuberculose?” Então, a gente [equipe] quase nunca atinge meta na coleta de baciloscopia [...] (E04)

[...] o PPD eu tive uma capacitação somente de realizar [técnica de aplicação]. Até hoje eu tenho dificuldade para fazer a leitura [do resultado] (E15)

[...] os agentes que não trazem nenhuma demanda de TB para mim [coordenadora] [...] (E09)

[...] O número de amostra [escarro] durante o ano é muito baixo. Vem na consulta, trata tosse, sintoma e não realiza o exame que é tão simples, que poderia diagnosticar ou descartar [...] (E14)

[...] a maioria das vezes (o diagnóstico) vem do Centro da Tuberculose [...], às vezes já tem a ficha de notificação pronta, às vezes ela [coordenadora do PMCT] pede para gente aplicar; [...] mas a gente [equipe] não tem devolutiva se o paciente está curado realmente. Percebo que não tem muita troca. É muito difícil pela ponta [UAPS] fazer o diagnóstico. (E08)

[...]A gente ainda tem falhas seja por envolvimento profissional, por déficit de conhecimento, por comodismo, por existir já essa questão da centralização [...] (E17)

Notou-se que as dificuldades do componente “Atividades Colaborativas TB-HIV”, considerado parcialmente implantado, relacionaram-se à oferta (12,5%) e testagem (10,4%) para HIV dos contatos das pessoas com TB (Tabela 2).

**Tabela 02 - Matriz de Julgamento do Grau de Implantação do Programa de Controle da Tuberculose. Três Lagoas, MS, 2021.**

COMPONENTES	INDICADORES	MUNICÍPIO			
		Média da $\Sigma$ da pontuação obtida	Média %	% do Grau de implantação	
<b>1. Diagnóstico Precoce</b> (14 variáveis; 28 pontos = 100% deste componente)	Realização de busca ativa de SR no território (extramuro)	1,0	50,0	46,9	Incipiente
	Realização de busca ativa de SR na rotina da UAPS	0,3	12,5		
	Proporção de SR na área de abrangência	0,1	0,2		
	Oferta de baciloscopia de escarro à todos os SR da área de abrangência	1,6	81,3		
	Proporção de SR que realizaram bacilosco-pias de escarro	1,3	74,8		
	Potes de coleta de escarro em quantidade suficiente	2,0	100,0 <sup>a</sup>		
	Oferta de coleta de escarro induzido quando o usuário não consegue escarrar	0,1	6,3		
	Proporção de SR com 02 amostras de bacilosco-pias realizadas	0,4	46,0		
	Proporção de cultura de escarro realizada nos casos de TB diagnosticados	0,7	59,1		
	Proporção de raio-X de tórax nos casos de TB diagnosticados	1,5	90,7		
	Proporção de casos de TB notificados na unidade de APS	0,7	47,9		
	Amostras de escarro armazenadas em caixa térmica ou geladeira, ao abrigo da luz, até o transporte	2,0	100,0 <sup>a</sup>		
	Proporção dos casos de TB com a sua respectiva relação de contatos	1,2	78,7		
	Proporção dos contatos de TB examinados	0,3	35,4		
<b><math>\Sigma</math> da pontuação obtida</b>		<b>13,1</b>			
<b>2. Tratamento adequado e oportuno</b> (16 variáveis; 32 pontos = 100% deste componente)	Proporção de casos de TB que iniciaram o tratamento na UAPS	0,2	22,2	36,7	Incipiente
	Proporção de casos de TB com TDO efetivado	0,3	21,1		
	Proporção de casos de TB que passaram por consulta de enfermagem/médica mensal durante o tratamento	0,6	40,8		
	Medicação esquema básico em quantidade suficiente para os casos de TB na UAPS com no mínimo 01 sobra	0,0	0,0 <sup>a</sup>		
	Proporção de casos de TB pulmonar com baciloscopia de escarro para controle mensal	0,6	37,3		
	Proporção de casos de TB com raio-x de tórax de controle no 2º e no 6º mês	0,2	18,6		
	Proporção de casos de TB que realizaram glicemia no início de tratamento	0,5	48,4		
	Proporção de casos de TB que realizaram função hepática no início de tratamento	0,5	54,3		
	Proporção de casos de TB que realizaram função renal no início de tratamento	0,6	57,4		
	Encaminhamento para a referência dos casos de TB de difícil manejo ou indicados	2,0	75,0		
	Acompanhamento compartilhado entre a equipe de APS e Serviço de Referência	2,0	93,8		
	Proporção de casos de TB com no mínimo uma VD de qualquer integrante da equipe multidisciplinar durante o tratamento	1,1	82,6		
	Oferta de incentivos sociais	0,1	6,3 <sup>a</sup>		
	Articulação da equipe com Equipamentos Sociais diante de usuários com dificuldades socioeconômicas	1,8	6,3 <sup>b</sup>		
	Medicação ILTB em quantidade suficiente para os casos na UAPS com no mínimo 01 sobra	0,0	0,0 <sup>a</sup>		
	Busca de faltosos ao tratamento, TDO e/ou exames	1,4	25,0 <sup>b</sup>		
<b><math>\Sigma</math> da pontuação obtida</b>		<b>11,8</b>			
<b>3. Atividades Colaborativas TB-HIV</b> (06 variáveis; 12 pontos = 100% do componente)	Proporção de casos de TB que realizaram TRHIV	1,9	98,8	76,2	Parcialmente implantado
	TRHIV realizado na UAPS	2,0	100,0		
	Existência de profissional treinado para a realização de TRHIV na UAPS	2,0	100,0 <sup>a</sup>		
	Testes de HIV em quantidade suficiente na unidade de APS	1,9	93,8 <sup>a</sup>		
	Oferta de TRHIV aos contatos de TB	1,2	12,5		
	Proporção dos contatos de TB que realizaram teste rápido para HIV	0,2	10,4		
<b><math>\Sigma</math> da pontuação obtida</b>		<b>9,1</b>			
<b>4. Ações de Prevenção</b> (14 variáveis; 28 pontos = 100% do componente)	Vacina BCG em quantidade suficiente na UAPS	0,4	18,8 <sup>a</sup>	39,1	Incipiente
	Treinamento da equipe em ações de controle da TB em 2019	0,6	18,8 <sup>b</sup>		
	Utilização do Manual de recomendações para o controle de Tuberculose no Brasil (BRASIL, 2019) pela equipe	0,9	18,8 <sup>b</sup>		
	Oferta de máscara cirúrgica enquanto o SR aguarda atendimento na UAPS	0,5	25,0		
	Máscaras cirúrgicas em quantidade suficiente para ofertar aos SR	1,6	81,3 <sup>a</sup>		
	Atendimento priorizado ao SR e/ou bacilífero na UAPS	0,9	43,8		
	Local para a coleta de escarro que considere privacidade do usuário, local ventilado e que bata sol.	1,4	68,8 <sup>a</sup>		
	Ações educativas sobre TB desenvolvidas no território adscrito	0,6	12,5 <sup>b</sup>		
	Máscara tipo PFF2/N95 disponível na UAPS	1,0	50,0 <sup>a</sup>		
	Proporção de preenchimento completo da ficha de notificação TB	0,5	39,7		
	Proporção de preenchimento completo do livro de registro de SR	0,4	41,0		
	Proporção de preenchimento completo ficha da tomada diária da medicação - TDO	0,3	22,8		
	Proporção de preenchimento completo do Livro de registro de usuários e acompanhamento de tratamento dos casos de TB.	0,2	14,2		
	E-mail e/ou comunicação interna e/ou outro documento encaminhando o relatório mensal de atividades	1,8	68,8		
	<b><math>\Sigma</math> da pontuação obtida</b>		<b>10,9</b>		
<b><math>\Sigma</math> da pontuação obtida em cada Componente e/ou Grau de implantação do PCT no município (50 variáveis; 100 PONTOS = 100 % DOS COMPONENTES)</b>		<b>45,0</b>		<b>Incipiente</b>	

Legenda: <sup>a</sup>Indicadores relacionados à estrutura. <sup>b</sup>Indicadores que demandaram comprovação em forma de registro em prontuário, atas de reunião, sistema de informação e outros.

Observou-se elementos que apontam para a (Des)organização das UAPS no tocante ao

controle da TB, revelando-se que tais serviços: não compreendem o sentido da descentralização das ações do PCT a esse nível assistencial, têm dificuldades de gerir “mais um programa”, não compreendem corretamente o fluxo de ações a serem realizadas pela ausência de protocolos assistenciais e carecem de capacitações, observados nas falas:

[...] “eu não quero mais ficar com essa responsabilidade [equipe] eu não ganho para isso, o programa ganha” [...] (E01),

[...] Descentralizou tudo mas não mudou nada em relação a quantidade de funcionários [...] (E03)

[...] a dificuldade maior é porque a Atenção Básica trabalha muitos programas (E12)

[...] se existe um programa seria melhor centralizar os exames lá. A gente não tem material adequado e nem todos os profissionais sabem fazer. Esse acompanhamento seria ideal que estivesse centralizado num local só, já que existe o programa e uma pessoa capacitada fizesse esse acompanhamento, em vez de deixar o paciente solto, cada um na sua unidade [...] (E16)

[...] precisa estruturar esse programa. [...] sempre foi centralizado, fazia exames. [...] Eles [UAPS] acham que o paciente é do programa de tuberculose, não é da unidade de saúde. Pelos usuários passarem aqui [PMCT] na época do pneumologista eles [UAPS] acham que o paciente é daqui, que não tem responsabilidade, então está sendo um choque essas mudanças[...] (E07)

Foram também apontadas facilidades/pontos positivos/fortalezas no controle da TB pela APS, porém em menores proporções se comparadas às dificuldades:

[...] a minha equipe é muito boa, proativa, participativa, só precisa de direcionamento. Se ela [equipe] for treinada vai ter olhar diferenciado. (E06)

[...] A gente sempre toma decisões em equipe, nada imposto [...] (E13)

[...] eu super me identifiquei com Atenção Básica. Eu gosto de trabalhar com a educação em saúde. Isso fortaleceu a minha equipe [...] (E15)

[...] Algumas unidades tem apoio do NASF [...] (E07)

[...] não falta medicação, funciona bem a questão da coleta do escarro; o resultado sai rápido [...] (E09)

[...] Ele [paciente] enxerga a unidade como de fato como referência, mesmo sendo a questão da TB [...] (E13)

[...] No caso da moradora de rua, trabalhamos em rede, em equipe multidisciplinar. (E07)

Os indicadores epidemiológico-operacionais da TB foram analisados a partir do tipo de entrada e situação de encerramento do tratamento dos casos em 2019 (excetuando os casos da população privada de liberdade – PPL), observando-se que dos 84,6% de casos novos, 6,1% foi recidiva, 4,6% reingresso após abandono e 4,6% de retratamento, os quais transcorreram em 72,3% de cura, 6,1% de abandono e 1,5% de óbito por TB (Tabela 03).

**Tabela 03.** Caracterização dos casos de tuberculose segundo tipo de entrada e situação de encerramento. Três Lagoas, MS, 2019.

<b>Caracterização dos casos de tuberculose</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de Entrada</b>	Caso Novo	55	<b>84,6</b>
	Recidiva	4	<b>6,1</b>
	Reingresso após abandono	3	<b>4,6</b>
	Transferência	3	<b>4,6</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>
<b>Situação Encerramento</b>	Ignorado/Branco	1	<b>1,5</b>
	Cura	47	<b>72,3</b>
	Abandono	4	<b>6,1</b>
	Óbito por tuberculose	1	<b>1,5</b>
	Óbito por outras causas	3	<b>4,6</b>
	Transferência	9	<b>13,8</b>
	Mudança de Esquema	0	<b>0,0</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, acesso em 31/05/2021.

### **Discussão**

Para que haja redução substancial da morbimortalidade da TB conforme propõe a OMS, uma das principais estratégias é a cura dos usuários diagnosticados em proporções superiores a 85% e abandono inferior a 5%, proporções essas não alcançadas no município de estudo. Ao compreender o papel da APS no desenvolvimento de ações de controle da TB, examinar as condições de estrutura e processo quanto ao “diagnóstico precoce”, “tratamento adequado/oportuno”, “atividades colaborativas TB-HIV” e “ações de prevenção” foram basais nessa pesquisa<sup>3</sup>.

A incipiência na realização das ações de “Diagnóstico Precoce” contrapõe as recomendações preconizadas visto a baixa realização da cultura de escarro para casos de TB, de busca ativa de casos e de avaliação dos contatos. Tal achado corrobora com a fragilidade do processo de trabalho realizado em algumas UAPS, também revelada por meio das falas provenientes da avaliação qualitativa.

A urgência em relação à realização das ações de “Diagnóstico Precoce” revela-se ainda maior ao observar o não estabelecimento das UAPS enquanto porta de entrada aos SR, comprovando-se por estudos que apontam que a maioria dos diagnósticos de TB ocorrem em hospitais e/ou em serviços especializados, com menção à procura pela APS pelo menos três vezes para conseguir atendimento<sup>23, 24</sup>, revelando seu desempenho diagnóstico insatisfatório quando acessada, provavelmente devido às baixas suspeição da doença e solicitação de baciloscopia de escarro e alta proporção de encaminhamento a outros serviços<sup>24</sup>. Revela-se, assim, a permanência de fragilidades de acesso ao diagnóstico de TB nas UAPS, evidenciando-se necessidade de adequação estrutural (física, de recursos materiais e humanos) e de

organização do processo de trabalho (com distribuição e organização das atividades e carga de trabalho e diminuição da rotatividade da equipe) de modo a privilegiar ações voltadas à Busca Ativa (BA) de SR e vigilância de contatos, dado que tais aspectos relacionam-se diretamente ao número de casos de TB detectados/notificados pelos serviços<sup>25, 26, 27</sup>.

Com relação ao “Tratamento Adequado e Oportuno”, também caracterizado como incipiente, observou-se ausência de fluxo organizacional definido pela RAS municipal, principalmente entre UAPS e PMCT, sendo as ações desenvolvidas conforme nível de conhecimento/sensibilização/comprometimento dos profissionais das UAPS, remetendo a baixas proporções de: início de tratamento na UAPS, efetivação do TDO, consultas mensais médicas/enfermagem, controle mensal de baciloscopia, controle radiológico de tórax no 2º e 6º mês de tratamento, exames laboratoriais de início de tratamento e busca de faltosos. Tal situação corrobora com os desfechos de tratamento obtidos pelo município e com a ausência de métodos que padronizam a assistência às pessoas com TB nas UAPS, confirmando achados de estudo nacional que evidenciou a ausência da utilização do Protocolo de Diretrizes Terapêuticas para TB na região Centro-Oeste<sup>7</sup>.

Análogas aos achados quantitativos dos componentes “Diagnóstico precoce” e “Tratamento adequado”, as percepções dos coordenadores das UAPS denotam falta de: treinamento/comprometimento da equipe, protocolos para ações do PCT na APS, vigilância dos indicadores de TB pela gestão e resolutividade da APS devido à cultura de encaminhamento para a referência, bem como a alta rotatividade profissional nas UAPS. Observa-se, assim, que as fragilidades/problemática quanto às ações de controle da TB nas UAPS relacionam-se mais à organização dos processos de trabalho que com a estrutura/disponibilidade de recursos/materiais (salvo a capacitação/sensibilização da equipe), o que pôde ser verificado ao averiguar-se adequação dos indicadores de estrutura às atividades de busca, detecção e acompanhamento das pessoas com TB e debilidades/lacunas quanto aos indicadores de processo assistencial, como a existência de um eixo coordenador para a realização das ações de controle da TB, que pareceram influenciar no bom desempenho dos componentes avaliados.

Estudos mostram que a resistência e rotatividade dos profissionais, aliados à sobrecarga de trabalho e falta de recursos humanos influenciam negativamente no desempenho dos serviços de saúde para controle da TB na APS<sup>28</sup>. Da mesma forma, fragilidades na supervisão do PMCT segundo necessidades das UAPS e na integração entre esses serviços dificultam o processo de trabalho na APS<sup>13</sup>. Ressalta-se que Três Lagoas/MS, de fato, entre 2018-2019 passou por processo de reestruturação das equipes das UAPS, quando foram empossados novos profissionais da APS e observada grande rotatividade dos profissionais que já atuavam nesses

serviços, o que pode ter interferido na realização tanto da BA de SR como de acompanhamento e oferta de TDO às pessoas já diagnosticadas.

Quanto à realização de TDO, ainda que estivesse sendo adequadamente efetivado e ofertado, nota-se tendência das UAPS em realizá-lo prioritariamente no serviço de saúde, seguido pelo TDO no domicílio, geralmente por meio do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Assim, ressalta-se a necessidade de se considerar a oferta de TDO em locais de fácil acesso ao usuário (principalmente em lugares que extrapolam o domicílio) como forma de potencializar o vínculo e efetivar o tratamento<sup>28</sup>.

Ainda sobre as limitações levantadas no “tratamento oportuno”, relataram-se dificuldades de adesão ao tratamento entre usuários de álcool/drogas, remetendo-se à reflexões acerca do papel e do reconhecimento da APS enquanto serviço componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPs) e à efetivação da coordenação e da longitudinalidade do cuidado, apontando-se a importância de atividades intersetoriais oportunizarem acesso a “incentivos” ao tratamento (como cestas-básicas, leite, etc.) que, embora apenas minimizem o problema da vulnerabilidade social, incluem-se como importantes mecanismos de adesão e vínculo, aumentando-se a possibilidade de se trabalhar transversalmente as comorbidades desses usuários<sup>29</sup>.

O desconhecimento e a baixa proporção de oferta e testagem para HIV entre contatos das pessoas com TB revelou-se como ponto fragilizador às “Ações colaborativas TB/HIV”, o que pode impactar no diagnóstico de ILTB em PVHA. Reforça-se, portanto, a importância da testagem para HIV a todos contatos das pessoas com TB, principalmente devido à alta prevalência de TB disseminada e de infecção prévia por TB entre PVHA<sup>30</sup>. Vale acrescentar que a integração dos programas de controle da TB e de HIV/AIDS com os demais equipamentos da RAS e de apoio social contribui para o alcance de desfechos favoráveis da TB em PVHA<sup>31</sup>.

A incipiência das “Ações de Prevenção” observada nesse estudo revela a forma reativa e biomédica que a TB tem sido tratada nas UAPS, justificando a ausência de suspeição de TB entre SR e a baixa realização de baciloscopia de escarro para diagnóstico.

Sabe-se que, em se tratando de TB, toda oportunidade de busca de SR deve ser considerada e, nesse sentido, capacitações e adoção de protocolos de atendimento são apontados como potencializadores do diagnóstico precoce e proteção coletiva contra a TB. Assim, contrariamente às orientações errôneas observadas nesse estudo relacionadas à coleta de escarro, deve-se disseminar rotinas e fluxos assistenciais a serem reproduzidos nas APS, norteando a assistência e diminuindo a chance de se “perder” o usuário, principalmente em um cenário com déficit na busca de faltosos.

Os baixos percentuais de ações educativas sobre TB no território, de treinamentos das equipes frente às ações de controle da TB e da utilização de manual/protocolos de recomendações para o controle da TB<sup>9</sup> comprometeram o desempenho de todos componentes avaliativos analisados.

Quanto à capacitação e estratégias educativas, revela-se a notabilidade da utilização de estratégias educativas diversificadas como mecanismo potencializador ao empoderamento profissional quanto à temática<sup>32</sup>, recomendando-se periodicidade e permanência na realização de tais ações<sup>28</sup>.

Embora seja notório os benefícios da utilização de protocolos/normatizações assistenciais, visto o incremento organizacional que produz<sup>33</sup>, reconhece-se a necessidade de se ter uma coordenação de programa presente e participativa aos processos de trabalho das UAPS, o que pode ser operacionalizado por meio de supervisões periódicas do PMCT na APS, essenciais ao bom desempenho das equipes de saúde<sup>28</sup>. O planejamento, análise de indicadores, educação permanente, monitoramento, avaliação e a fiscalização foram citadas em diversos estudos como sendo primordiais no sucesso das ações de controle da TB na APS<sup>7, 8, 28</sup>.

No presente estudo o grau de implantação do PCT nas UAPS classificou-se como incipiente, similar à de estudo mineiro que também apresentou limitações voltadas à gestão e planejamento e capacitação profissional<sup>13</sup>. Embora o desempenho do grau de implantação do PCT no município não tenha sido positivo, assim como em outros cenários, sugere-se a continuidade da descentralização do PCT e aumento das ações de vigilância<sup>13</sup> de modo a aumentar a efetividade das ações de controle da TB no contexto da APS. Reconhece-se, porém, que para efetivar de fato da APS como porta de entrada dos usuários e SR à RAS prevê-se o aumento do potencial resolutivo dos serviços desse nível assistencial, principalmente por meio de uma melhor organização dos processos de trabalho<sup>34</sup>.

Os achados desse estudo demonstram a incipiência das UAPS de Três Lagoas/MS no controle da TB no seu território, o que fora evidenciado pelas taxas de cura e de abandono aquém das almejadas mundialmente. Aliado ao fato da desorganização da RAS, alguns coordenadores das UAPS revelaram-se alheios às recomendações do Ministério da Saúde e resistentes à incorporação das ações de controle da TB pelos serviços, sustentando a hipótese de retrocesso ao propor o retorno da centralização do controle da TB para o PMCT. Acredita-se que tal achado vai ao encontro da falta de uma estrutura organizacional que amparem as UAPS quanto às atividades de diagnóstico, tratamento, prevenção.

Experiências de descentralização das ações de TB para a APS demonstraram que os municípios estão em estágios diferentes e que esse processo é determinado pelas especificidades

locais e por avanços no processo de gestão local<sup>5</sup>.

As fragilidades/dificuldades de se implantar o PCT na APS superam as facilidades de se realizar as atividades de controle e corroboram com outras realidades, revelando o desafio da descentralização de tais ações<sup>35</sup>.

As limitações desse trabalho relacionam-se às variáveis passíveis ao viés de memória do participante, visto que a coleta de dados foi em janeiro de 2021 e o ano avaliado de 2019. Ademais, a utilização de fontes de informação secundárias revela-se como potencial viés do estudo, por sofrerem interferência de falhas no registro. Nesse ponto esse estudo possibilitou observar, por meio da análise de diversas fontes de registro do PNCT utilizados pelas UAPS, a incompletude das fichas de notificação e acompanhamento e a presença de informações incompatíveis em diferentes fontes de registro, o que pode comprometer a consistência e a qualidade da informação do PNCT e, com isso, repercutir na assistência dos casos de TB e nos processos decisórios e de planejamento<sup>36</sup>.

Mais pesquisas na área de avaliação em saúde devem ser realizadas abordando os demais integrantes da UAPS e/ou usuário que recebe essa assistência (principalmente no estado de MS onde poucos estudos foram realizados) e analisar a implantação do PCT a nível da mesogestão.

## **Conclusão**

O PCT está implantado de forma incipiente nas UAPS de Três Lagoas/MS, sendo que 03 de seus componentes (“Diagnóstico Precoce”, “Tratamento Adequado e Oportuno” e “Ações de Prevenção”) seguem nessa mesma classificação, salvo o componente “Atividades colaborativas TB/HIV” que foi avaliado como parcialmente implantado. Aponta-se como responsável pelas fragilidades encontradas questões relacionadas ao usuário (negação da doença e uso de álcool/drogas) e relacionadas aos serviços (resistência e/ou falta de treinamento/capacitação/sensibilização dos profissionais, ausência de protocolo assistencial de TB que norteie as ações e fluxos às UAPS, falta de controle/acompanhamento/supervisão dos indicadores de TB pela gestão, registro deficiente e alta rotatividade dos profissionais de saúde). Majoritariamente as dificuldades apontadas estão relacionadas ao processo de trabalho, salvo o quesito capacitação/treinamento/sensibilização pertencentes à estrutura, porém intrinsecamente relacionada aos indicadores de processo. Já as facilidades apontadas variam desde a prática de atividades já previstas na APS (acolhimento, escuta qualificada, discussão de casos de forma multidisciplinar e/ou intersetorial, fácil acesso aos exames diagnósticos e medicamentos) à proatividade e envolvimento das equipes, autonomia do profissional enfermeiro, habilidade

para a educação em saúde e a percepção, pela maioria, de que a UAPS é e deve ser vista como referência para tratar TB.

## Referências

1. Brasil. Portaria de Consolidação nº 02, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2017; 03 out.
2. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. Rev. bras. promoç. saúde (Impr.). 2018; 31(2): 1-3.
3. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da saúde. Brasil livre da tuberculose: plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
4. Wysocki AD, Ponce MAZ, Brunello MEF, Beraldo AA, Vendramini SHF, Scatena LM et al. Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços. Rev. bras. epidemiol. 2017; 20(1): 161-175.
5. Villa TCS, Brunello MEF, Andrade RLP, Orfão NH, Monroe AA, Nogueira JA, et al. Capacidade gerencial da atenção primária à saúde para o controle da tuberculose em diferentes regiões do Brasil. Texto & contexto enferm. 2018; 27 (4): e1470017.
6. Pinto ESG, Queiroz RF, Carreiro GSP, Morais LJ, Medeiros ER, Villa TCS. Coordination of health care with the community in the clinical management of tuberculosis. Rev. bras. enferm. 2018; 71(3):1122-7.
7. Baumgarten A, Rech RS, Bulgarelli PT, Souza KR, Santos CM, Frichebruder K, et al. Ações para o controle da tuberculose no Brasil: avaliação da atenção básica. Rev. bras. epidemiol. 2019; 22: e190031.
8. Arakawa T, Magnabosco GT, Brunello MEF, Andrade RLP, Saita NM, Monroe AA, Villa TCS. Contextos locais e dos sistemas de saúde no controle da tuberculose, estado de São Paulo. REME - Rev Min Enferm. 2020; 24: e-1296.
9. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
10. Costa TC, Santos FL, Bruce ATI, Ballesterio JGA, Lima MCRA, Moncaio ACS. Avaliação dos serviços de atenção primária à saúde na tuberculose. Rev. enferm. UFPE on line. 2019;13:e239436.
11. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos AP. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A (Org.). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
12. Amaral AS, Tamaki EM, Sales CM, Renovato RD. Avaliação da descentralização do programa de controle da TB do nível secundário para o nível primário do sistema de saúde de Dourados-MS. Saúde Soc. 2010; 19 (4): 794-802.
13. Andrade HS, Oliveira VC, Gontijo TL, Pessôa MTC, Guimarães EAA. Avaliação do programa de controle da tuberculose: um estudo de caso. Saúde debate. 2017; 41: 242-258.
14. Furlan MCR, Barreto MS, Marcon SS. Acesso ao diagnóstico de tuberculose em unidades básicas de saúde e ambulatórios de referência. Rev. enferm. UFPE on line. 2017; 11(10): 3787-3795.
15. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. Metodologia de pesquisa. São Paulo: McGraw-Hill; 2006.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
17. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta

- Estabelecimento (internet). Brasília; 2021.
18. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2004.
  19. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int. j. qual. health care*. 2007; 19 (6): 349-357, 2007.
  20. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos AP. Modelizar as intervenções. In: Brousselle A (Org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
  21. Oliveira LGD, Natal S, Felisberto E, Alves CKA, Santos EM. Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose. *Ciênc. Saúde Colet*. 2010; 15: 997-1008.
  22. Frias PG, Lira PIC, Hartz ZMA. Avaliação da implantação de um projeto para redução da mortalidade infantil. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
  23. Quintero MCF, Vendramini SHF, Santos MLSS, Santos MR, Gazetta CE, Lourenção LG, et al. Acesso ao diagnóstico da tuberculose em município brasileiro de médio porte. *Rev. salud pública*. 2018; 20 (1): 103-109.
  24. Tomberg JO, Spagnolo LML, Harter J, Martins MDR, Gonzales RIC. Comportamento de busca por serviços de saúde para a detecção da tuberculose. *Rev. enferm. UFSM*. 2020; 10: e52.
  25. Pelissari DM, Bartholomay P, Jacobs MG, Arakaki-Sanchez D, Anjos DSO, Costa MLS, et al. Oferta de serviços pela atenção básica e detecção da incidência de tuberculose no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2018;52:53.
  26. Mederos CSN, Chacón DP, Peraza MAC, Pérez LA, Pérez RML, Ochoa EG, et al. Opiniones de actores de salud sobre la estrategia de búsqueda activa de casos de tuberculosis. *Rev. cuba. med. trop*. 2019; 71(4): e374.
  27. Costa MR, Queiroz RCS, Rocha TAH, Silva NCD, Vissoci JRN, Tonello AS, et al. Characteristics of basic health units and detection of tuberculosis cases. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*. 2019; 52: e20180230.
  28. Rabelo JVC, Navarro PD, Carvalho WS, Almeida IN, Oliveira CSF, Haddad JPA, et al. Avaliação do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde no controle da tuberculose em metrópole do Sudeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública (Online)*. 2021; 37 (3): e00112020.
  29. Orlandi GM, Pereira EG, Biagolin REM, França FOS, Bertolozzi MR. Social incentives for adherence to tuberculosis treatment. *Rev. bras. enferm*. 2018; 72(5):1182-8.
  30. Figueiredo IR, Ferrão JB, Dias S, Alves RV, Borges DD, Torres M, et al. Tuberculosis infection in HIV vs. non-HIV patients. *HIV med*. 2021; 00: 1-5.
  31. Magnabosco GT, Andrade RLP, Arakawa T, Monroe, AA, Vila TCS. Desfecho dos casos de tuberculose em pessoas com HIV: subsídios para intervenção. *Acta Paul. Enferm. (Online)*. 2019; 32 (5): 554-563.
  32. Okeyo ILA, Dowse R. An illustrated booklet for reinforcing community health worker knowledge of tuberculosis and facilitating patient counselling. *Afr. j. prim. health care fam. med. (Online)*. 2018;10(1): a1687.
  33. Brugueras S, Roldán L, Rodrigo T, García-García JM, Caylà JA, García-Pérez FJ, et al. Organización del control de la tuberculosis en España: evaluación de una estrategia dirigida a fomentar la acreditación de unidades de tuberculosis. *Arch. bronconeumol. (Ed. impr.)* 2020; 56: 90-98.
  34. Leal BN, Mesquita CR, Nogueira LMV, Rodrigues ILA, Oliveira LF, Caldas RJC. Spatial analysis on tuberculosis and the network of primary health care. *Rev. bras.*

- enferm. 2019; 72(5):1197-202.
35. Silva SYB, Medeiros ER, Silva SB, Andrade RPS, Beraldo AA, Pinto ESG. Facilities and difficulties in implementation of the tuberculosis control program in Primary Health Care. *ABCS health sci.* 2021; 46: e021204.
  36. Canto VB, Nedel FB. Completude dos registros de tuberculose no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, Brasil, 2007-2016. *Epidemiol. Serv. Saúde (Online)*. 2021; 29 (3): e2019606.
  37. Departamento de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Brasília; 2019.
  38. Departamento de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade. Brasília; 2019.
  39. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades (internet). Brasília: 2019.

## REFERÊNCIAS

- AMARAL, Arino Sales do *et al.* Avaliação da descentralização do programa de controle da TB do nível secundário para o nível primário do sistema de saúde de Dourados-MS. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 19, n. 4, p. 794-802, 2010.
- ANDRADE, Heuler Souza et al. Avaliação do programa de controle da TB: um estudo de caso. **Saúde debate.** Rio de Janeiro, v.41, n. especial, p. 242-258, 2017.
- ARAKAWA, Tiemi *et al.* Contextos locais e dos sistemas de saúde no controle da TB, estado de São Paulo. **REME rev. min. Enferm.** Belo Horizonte, v. 24, e1296, 2020.
- AVALIAR. In: **Michaelis dicionário brasileiro da língua portuguesa.** São Paulo: Editora Melhoramento, 2021. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?id=K742>. Acesso em: 17 ago. 2021.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** 3. ed. Lisboa: Edições 70; 2004. 223 p.
- BAUMGARTEN, Alexandre *et al.* Ações para o controle da TB no Brasil: avaliação da atenção básica. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 22, e190031, 2019.
- BRASIL. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011.
- BRASIL. Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 set. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Brasil livre da TB: plano nacional pelo fim da TB como problema de saúde pública.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 02, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2017b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.** Brasília, DF: 2019a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da TB no Brasil.** 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b. 364 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico de TB.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.
- BRUGUERAS, Sílvia et al. Organización del control de la tuberculosis en España: evaluación

de una estrategia dirigida a fomentar la acreditación de unidades de tuberculosis. **Arch. bronconeumol. (Ed. impr.)**. Barcelona, v. 56, p. 90–98, 2020.

CANTO, Vanessa Baldez do; NEDEL, Fúlvio Borges. Completude dos registros de TB no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, Brasil, 2007-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde (Online)**. v. 29, n. 3, e2019606, 2020.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). A Framework for Program Evaluation in public health. **MMWR CDC surveill. summ.** Atlanta, v. 48, n. RR-11, p. 41, 1999.

CHAMPAGNE, François *et al.* A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, Astrid *et al.* (Organizadores). **Avaliação: conceitos e métodos**. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 41-60, 2011a.

CHAMPAGNE, François *et al.* Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, Astrid *et al.* (Organizadores). **Avaliação: conceitos e métodos**. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 61-74, 2011b.

CHAMPAGNE, François *et al.* A apreciação normativa. In: BROUSSELLE, Astrid *et al.* (Organizadores). **Avaliação: conceitos e métodos**. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 77-94, 2011c.

CORTEZ, Andreza Oliveira *et al.* Tuberculosis in Brazil: one country, multiple realities. **J. bras. pneumol.** Brasília, v. 47, n. 02, e20200119, 2021.

COSTA, Marcia Ramos *et al.* Characteristics of basic health units and detection of tuberculosis cases. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** Brasília, v. 52, e20180230, 2019.

COSTA, Tatiana Castro da *et al.* Avaliação dos serviços de Atenção Primária à Saúde na TB. **Rev. enferm. UFPE on line**. Recife, v. 3, p. 1-11, 2019.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira *et al.* Fatores contextuais na análise da implantação de uma intervenção multifacetada em hospitais privados brasileiros: reflexões iniciais da pesquisa avaliativa “Nascer Saudável”. **An. Inst. Hig. Med. Trop.** Lisboa, supl. 1, 2019.

FURLAN, Mara Cristina Ribeiro; BARRETO, Mayckel da Silva; MARCON, Sonia Silva. Acesso ao diagnóstico de TB em unidades básicas de saúde e ambulatórios de referência. **Rev. enferm. UFPE on line**. Recife, v. 11, n. 10, p. 3787-3795, 2017.

FURTADO, Juarez Pereira; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública (Online)**. v. 30, n. 12, p. 2643-2655, 2014.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, 275p.

JESUS, Giselle Adryane da Silva *et al.* Acompanhamento e situação de encerramento de

casos de TB notificados. **Rev. enferm. UFPE on line**. Recife, v. 15, n. 1, p. 1-16, 2021.

MAIA, Vanessa Freires *et al.* Capacidade de oferta e execução dos serviços de atenção primária à saúde às pessoas com TB. **Enferm. actual Costa Rica (Online)**. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, v. 35, p. 52-62, 2018.

MARTINS, Martina Dias da Rosa *et al.* Serviço de saúde procurado pelas pessoas com sintomas da TB. **Rev. enferm. UFSM**. Santa Maria, v. 9, n. 16, 2019.

MEDINA, Maria Guadalupe *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria (Organizadoras). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 41-64, 2005.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2011, 549 p..

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. **Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)**. Fortaleza, v. 31, n. 2, p. 1-3, 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010, 407p.

MOREIRA, Adriana da Silva Rezende; KRITSKI, Afrânio Lineu; CARVALHO, Anna Cristina Calçado. Social determinants of health and catastrophic costs associated with the diagnosis and treatment of tuberculosis. **J. bras. pneumol.** Brasília, v.46, n. 5, e20200015, 2020.

MÜLLER, Bruna Carolynne Tôrres *et al.* Avaliação do acesso ao tratamento de TB sob perspectiva dos usuários na atenção primária. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**. Rio de Janeiro, v.13, p. 1037-1043, 2021.

OLIVEIRA, Luisa Gonçalves Dutra de *et al.* Modelo de avaliação do programa de controle da TB. **Ciênc. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 997-1008, 2010.

PINTO, Erika Simone Galvão *et al.* Coordination of health care with the community in the clinical management of tuberculosis - Estructuración de la salud con la comunidade en el manejo clínico de la tuberculosis. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 71, n. 3, p. 1122-1127, 2018.

QUINTERO, Maria Celeste de Freitas *et al.* Acesso ao diagnóstico da TB em município brasileiro de médio porte. **Rev. salud pública**. Bogotá, v. 20, n. 1, p.103-109, 2018.

RABELO, Juliana Veiga Costa *et al.* Avaliação do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde no controle da TB em metrópole do Sudeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública (Online)**. v. 37, n. 3, e00112020, 2021.

SALTMAN, Richard Baker; FIGUERAS, Josep. **European Health Care Reform: analysis of current strategies**. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series, n. 72,

1997.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Pilar Baptista. **Metodologia de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SANTANA, Fábila Maria de *et al.* Evaluation of the performance of tuberculosis control actions and services of the family health strategies. **J. Hum. Growth Dev. (Impr.)**. São Paulo, v.28, n. 3, p. 337-347, 2018.

SANTOS, Mariana César dos *et al.* Organização da atenção primária para diagnóstico e tratamento da TB. **Cogit. Enferm. (Online)**. v. 22, n. 2, p. 01-09, 2017.

SILVA, Sandy Yasmine Bezerra *et al.* Facilities and difficulties in implementation of the tuberculosis control program in Primary Health Care. **ABCS health sci**. Santo André, v.46, e021204, 2021.

SPAGNOLO, Lílian Moura de Lima *et al.* Detecção da TB: a estrutura da atenção primária à saúde. **Rev. gaúch. enferm.** Porto Alegre, v. 39, e20180157, 2018.

SUNDARAM, Neisha *et al.* A strong TB programme embedded in a developing primary healthcare system is a lose-lose situation: insights from patient and community perspectives in Cambodia. **Health policy plan**. Oxford, v. 32, supl. 2, i32-i42, 2017.

TOMBERG, Jéssica Oliveira, *et al.* Comportamento de busca por serviços de saúde para a detecção da TB. **Rev. enferm. UFSM**. Santa Maria, v. 10, n. 52, 2020.

TONG, Allison; SAINSBURY, Peter; CRAIG, Jonathan. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **Int. j. qual. health care**. Oxford, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

VILLA, Tereza Cristina Scatena *et al.* Capacidade gerencial da atenção primária à saúde para o controle da TB em diferentes regiões do Brasil. **Texto & contexto enferm.** Florianópolis, v. 27, n. 4, e1470017, 2018.

WYSOCKI, Anneliese Domingues *et al.* Atenção Primária à Saúde e TB: avaliação dos serviços. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 20, n. 1, p. 161-175, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report 2019**. Geneva: WHO, 2019, 283 p.

**APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados Qualitativos para os Coordenadores das Unidades Básica de Saúde**

<b>Instrumento de coleta de dados Qualitativos</b>		
Coordenadores das Unidades Básica de Saúde		
<b>1. DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE OBSERVAÇÃO E INFORMANTES</b>		
<b>CHAVE</b>		
Data da entrevista: ____/____/____	Hora início:	Hora término:
<b>1.1</b> Nome do Serviço de Saúde:		
<b>1.2</b> Iniciais do Coordenador:		
<b>2. ROTEIRO DE ENTREVISTA</b>		
<p>1) Você poderia descrever como a sua equipe desenvolve as ações de controle da TB?</p> <p>2) Como você percebe o envolvimento da sua equipe na realização das ações de controle da TB?</p> <p>3) Há dificuldades para a realização das ações de controle da TB nesse serviço de saúde? Quais?</p> <p>4) Há potencialidades/facilidades/fortalezas para a realização das ações de controle da TB nesse serviço de saúde? Quais?</p> <p>5) Você já teve um caso de TB de difícil manejo/condução? Você poderia contar como foi?</p> <p>6) Você gostaria de falar mais alguma coisa sobre o assunto?</p>		

**APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados Qualitativos para o Coordenador do Programa Municipal de Controle da Hanseníase e TB**

<b>Instrumento de coleta de dados Qualitativos</b>		
Coordenador do Programa Municipal de Controle da Tuberculose		
<b>1. DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE OBSERVAÇÃO E INFORMANTES</b>		
<b>CHAVE</b>		
Data da entrevista: ____/____/____	Hora início: _____	Hora término: _____
<b>1.1</b> Nome do Serviço de Saúde:		
<b>1.2</b> Iniciais do Coordenador:		
<b>2. ROTEIRO DE ENTREVISTA</b>		
1) Você poderia descrever como as equipes de APS do município desenvolvem as ações de controle da TB?		
2) Como você percebe o envolvimento das equipes de APS na realização das ações de controle da TB?		
3) Há dificuldades para a realização das ações de controle da TB pelas equipes de APS? Quais?		
4) Há potencialidades/facilidades/fortalezas para a realização das ações de controle da TB pelas equipes de APS? Quais?		
5) Você já teve um caso de TB de difícil manejo/condução? Você poderia contar como foi?		
6) Como estão organizadas as ações de controle da TB a nível do PMCT?		
7) Qual o papel do PMCT?		
8) Você gostaria de falar mais alguma coisa sobre o assunto?		

## APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Entrevista

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Coordenadores das UAPS e do PMCHT

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “PROGRAMA DE CONTROLE DE TB: AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é que nos últimos 10 anos, Três Lagoas apresentou uma média de 32,2 casos novos de TB ao ano, com 81,79% de cura, 4,79% de abandono de tratamento e 1,96 óbito por TB. Considerando apenas o ano de 2018, a incidência de casos/100.000 habitantes foi de 51,06. Os números expostos estão distantes da meta indicada para 2035 que é chegar a menos de 10 casos novos/100.000 habitantes (Plano Nacional pelo fim da TB como problema de saúde pública no Brasil, 2017).

Nesta pesquisa pretendemos avaliar o Programa de Controle da TB na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Três Lagoas, uma vez que as ações de controle da TB foram descentralizadas para a Atenção Básica desde 2009. Caso você concorde em participar, vamos entrevistá-lo (a) mediante um questionário semiestruturado, sendo que a primeira parte da entrevista será gravada em formato de áudio, e solicitaremos para análise *in loco* livros, fichas e relatórios de controle da TB bem como alguns prontuários médicos. É válido ressaltar que tanto a Secretaria Municipal de Saúde quanto o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS (CEP – UFMS) autorizaram a realização desse estudo, bem como a sua estratégia de coleta de dados. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: constrangimento, cansaço ao responder às perguntas e atraso das atividades laborais. Com a finalidade de minimizar esses riscos, a equipe de pesquisadores proporcionará: contato prévio com cada participante para verificar o melhor momento e local da entrevista, informando-o o tempo de duração da mesma; possibilidade de dividir a entrevista em dois momentos pré-agendados se o participante julgar que o tempo de duração da entrevista está extenso; reagendamento da entrevista (conforme disponibilidade do entrevistador/entrevistado) se houver necessidade de interrupção da mesma por qualquer que seja o motivo; explicação aos participantes sobre a pesquisa a ser realizada, a composição da equipe, a importância da sua participação bem como a relevância da pesquisa; garantia do sigilo e do anonimato.

A pesquisa subsidiará o gestor municipal de saúde, o coordenador do Programa Municipal do Controle de Hanseníase e TB e os coordenadores das UAPS de informações sobre a forma de organização das ações de TB no município. Com essas informações podem retificar/otimizar/aprimorar seus processos de trabalho para o fortalecimento do controle de TB na atenção básica do município e conseqüentemente diminuir a morbimortalidade dessa doença milenar no nosso território.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira, porém se se houver gastos com passagem e/ou alimentação você será ressarcido (a) financeiramente. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do (a) participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do (a) pesquisador (a): \_\_\_\_\_

Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou implicação. Os pesquisadores não vão divulgar seu nome, imagem ou voz. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 05 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do CNS), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu declaro de forma livre e esclarecida que consinto em participar da pesquisa e que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo. Concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações) e que estou ciente que receberei uma via desse documento.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do (a) participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nome do (a) pesquisador (a): \_\_\_\_\_

Assinatura do (a) pesquisador (a): \_\_\_\_\_

**Para qualquer dúvida, informação complementar ou problema referente a essa pesquisa, por favor entrar em contato com os pesquisadores responsáveis ou com o Comitê de Ética da UFMS:**

**Pesquisadores Responsáveis:** Andréa Panhoti Ribeiro e Anneliese Domingues Wysocki

**Instituição:** Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Três Lagoas/MS – UFMS/CPTL. Av. Ranulpho Marques Leal, 3484, CEP 79613-000, Cx Postal nº. 210. **Telefones para contato:** (67) 99288-7910 (Andréa) e (67) 99904-6844 (Anneliese). **E-mail:** andreapanhoti@yahoo.com.br e lilisew@yahoo.com.br

**Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFMS:** UFMS – Cidade Universitária. Avenida Costa e Silva, Pioneiros, Campo Grande/MS, CEP 79070-900 – Prédio “Hércules Maymone” – 1º andar. **Telefone para contato:** (67) 3345-7187. **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br.

**CAAE:** 26560919.0.0000.0021

## APÊNDICE D - Instrumento de Coleta de Dados Quantitativos de Fonte de Dados Primárias

<b>Instrumento de coleta de dados quantitativos FONTE DE DADOS PRIMÁRIAS</b>					
<b>1. DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE OBSERVAÇÃO E INFORMANTES CHAVE</b>					
Data da entrevista: ____/____/____			Hora início:		Hora término:
V1. Nome do Serviço de Saúde:					
V2. Quantidade de casos de TB em tratamento:					
2.1 - 2017:		2.2 - 2018:		2.3 - 2019:	
2.4 - 2020:					
V3. Iniciais do Coordenador:					
V4. Data de nascimento: ____/____/____			5. Sexo:		
			1 ( )	FEMININO	
			2 ( )	MASCULINO	
V6. Escolaridade:					
V7. Formação:					
V8. Ano de Formatura da Graduação:					
V9. Especialização:					
V10. Tempo de atuação nessa UAPS:					
V11. Último treinamento em TB:					
<b>2. Dados da Matriz de Julgamento e Indicadores do Programa de Controle de TB na Atenção Primária à Saúde</b>					
<b>2.1 COMPONENTE: Diagnóstico precoce</b>					
<b>VARIÁVEIS</b>	V12. A equipe realizou BASR no território (extramuro) no ano de 2019?	1	SIM	2	NÃO
	V13. A equipe realizou BASR na rotina da UAPS no ano de 2019? Investigava quanto a presença de tosse/duração/escarro?	1	SIM	2	NÃO
	V14. A equipe ofereceu baciloscopia à todos os SR?	1	SIM	2	NÃO
	V15. Os potes de coleta de escarro foram em quantidade suficiente?	1	SIM	2	NÃO
	V16. A equipe ofereceu coleta de escarro induzido quando o usuário não conseguia escarrar?	1	SIM	2	NÃO
	V17. As amostras de baciloscopias de escarro são armazenadas em geladeira ou caixa térmica ao abrigo da luz? <small>CONFERIR O LOCAL</small>	1	SIM	2	NÃO
<b>2.2 COMPONENTE: Tratamento adequado e oportuno</b>					
	V18. Medicação esquema básico em quantidade suficiente para os casos de TB na UAPS com no mínimo 01 sobre <small>____ Casos de TB ____ Cartelas de Medicação</small>	1	SIM	2	NÃO
<b>VARIÁVEIS</b>	V19. A equipe encaminhou com responsabilidade os casos de TB de difícil manejo ou indicados para a Referência? <small>Ex.: agendamento/contato telefônico prévia com o serviço de referência e/ou outros.</small>	1	SIM	2	NÃO
		3	Não houve casos de difícil manejo ou indicados para a Referência		
	V20. Se encaminhado para a referência, a equipe realizou o acompanhamento compartilhado?	1	SIM	2	NÃO
	3	Não houve casos encaminhados para a referência			
V21. Foram oferecidos incentivos sociais aos casos de TB em tratamento?	1	SIM, Quais?	2	NÃO	

	<b>V22.</b> Nos casos de TB com dificuldades socioeconômicas, a equipe de saúde articulou com outros equipamentos sociais?	1	SIM, com comprovação:	2	SIM, sem comprovação
		3	NÃO	4	Não houve casos de TB com dificuldades socioeconômicas
	<b>V23.</b> Medicação ILTB em quantidade suficiente para os casos na UAPS com no mínimo 01 sobra _____ <b>Casos de ITLB</b> _____ <b>Cartelas de medicação</b>	1	SIM	2	NÃO
		<b>V24.</b> A equipe realizou a busca de faltosos ao tratamento, TDO e/ou exames?	1	SIM, com comprovação:	2
3	NÃO		4	Não houve faltosos	
<b>2.3 COMPONENTE: Atividades Colaborativas TB-HIV</b>					
VARIÁVEIS	<b>V25.</b> Foi realizado o TR HIV na UAPS?	1	SIM	2	NÃO
	<b>V26.</b> Tinha profissional treinado para a realização de TR HIV na UAPS?	1	SIM	2	NÃO
	<b>V27.</b> Os testes de HIV foram suficientes na UAPS?	1	SIM	2	NÃO
	<b>V28.</b> Todos os contatos foram testados para HIV na UAPS?	1	SIM	2	NÃO
<b>2.4 COMPONENTE: Ações de Prevenção</b>					
	<b>V29.</b> Tinha vacina suficiente da BCG na UAPS?	1	SIM	2	NÃO
		3	A UAPS não administra BCG		
	<b>V30.</b> A equipe passou por treinamento em TB no ano de 2019 na UAPS?	1	SIM, com comprovação:	2	SIM, sem comprovação
		3	NÃO		
	<b>V31.</b> A equipe utilizou o Manual de recomendações para o controle de TB no Brasil (2019)?	1	SIM e apresentou o manual impresso ou baixado (fácil acesso no comput./ tablet do consultório)	2	SIM, porém não apresentou o documento físico ou digital já baixado no comput./ tablet do consultório
		3	NÃO		
	<b>V32.</b> Foi oferecido ao SR máscara cirúrgica enquanto aguardava atendimento na UAPS, no ano de 2019?	1	SIM	2	NÃO
	<b>V33.</b> Havia máscaras cirúrgicas na UAPS suficientes para ofertar aos SR?	1	SIM	2	NÃO
	<b>V34.</b> Era priorizado o atendimento ao SR e/ou bacilífero na UAPS?	1	SIM	2	NÃO
	<b>V35.</b> Há local na UAPS para a coleta de escarro? Considerar privacidade do usuário, local ventilado e que bata sol. <b>CONFERIR O LOCAL</b>	1	SIM, onde? _____	2	NÃO
<b>V36.</b> Ações educativas sobre TB foram realizadas no território adscrito/UAPS no ano de 2019? Ex.: Ata de reunião, sistema de informação ou outra forma de registro	1	SIM, com registro em: _____/_____/____	2	SIM, sem registro	
	3	NÃO			
<b>V37.</b> Há máscaras tipo PFF2 ou N95 disponível na UAPS?	1	SIM, quantas? _____	2	NÃO	

	<b>V38.</b> Há e-mail e/ou comunicação interna e/ou outro documento encaminhando o relatório mensal de atividades e boletim de acompanhamento (2019) ao PMCT?	1	SIM	2	NÃO
		3	Não houve casos de TB		
<b>Observações</b>					
1	<b>Local de realização de TDO</b>		UAPS		Domicílio
			Local de trabalho		Outros: _____

**APÊNDICE E - Modelo lógico do Programa de Controle de TB na Atenção Primária à Saúde**

<b>MODELO LÓGICO DO PROGRAMA DE CONTROLE DE TB NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>					
<b>COMPONENTES DO PLANO NACIONAL</b>	<b>ESTRUTURA</b>	<b>PROCESSOS</b>	<b>PRODUTOS</b>	<b>RESULTADOS</b>	
				<b>DE INTERVENÇÃO</b>	<b>ÚLTIMOS</b>
<b>1. Diagnóstico Precoce</b>	Profissionais de saúde capacitados e sensíveis à TB Pote escarro Requisição exames Raio-X Livro de SR Fluxo de Laboratório (BAAR e cultura de escarro) Fichas de notificação /investigação Armazenamento/ Transporte das amostras Teste Tuberculínico	Realizar busca ativa permanente;	SR identificados e examinados	Diagnóstico precoce  Prevenção das formas graves de TB	<b>REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA E DA MORBIMORTALIDADE POR TB</b>
		Intensificar a BA no grupo de vulneráveis;	Expansão das atividades extramuros		
		Anotar no livro de SR;	Informação da busca de casos registradas no livro de SR		
		Oferecer baciloscopia à todos os SR;	Amostras de escarro satisfatórias		
		Oferecer baciloscopia e raio-X aos SR do grupo de vulneráveis;	Todos os casos de TB com cultura de escarro e raio-X realizados.		
		Oferecer coleta de escarro induzido SN;	Todos os casos de TB notificados na UAPS		
		Oferecer cultura de escarro e raio-X à todos os casos de TB;	Armazenamento e transporte adequado das amostras		
		Notificar os casos confirmados para TB	Instrumento com os contatos e casos índices relacionados		
		Armazenar (refrigerado até 07 dias) e transportar amostras de escarro adequadamente (ao abrigo da luz e refrigerado);	Contatos examinados discriminados na ficha de Registro/Investigação ou instrumento próprio;		
		Relacionar os casos índices e seus contatos;	Baciloscopias e raio X realizadas a todos os contatos SR;		
Investigar para ILTB.	Raio-X e/ou Teste tuberculínico realizados a todos os contatos assintomáticos.				

<b>2. Tratamento adequado e oportuno</b>	Profissionais de saúde capacitados e sensíveis à TB  Instrumentos de registro  Estrutura física adequada  Medicação esquema básico  Medicação para ILTB  Telefone  Internet  Computador  Livro de registros de usuários e acompanhamento de tratamento dos casos de TB  Ficha de acompanhamento TDO	Iniciar o tratamento para TB na UAPS;	A equipe inicia o tratamento na UAPS	Interrupção da cadeia de transmissão  Alta por cura  Redução do abandono de tratamento	
		Ofertar TDO à todos os usuários com TB, com facilidade de acesso;	TDO realizado na UAPS, domicílio ou em outro local;		
		Realizar consultas (médicas e de enfermagem) mensais;	Informações do acompanhamento mensal pela equipe multiprofissional		
		Informar sobre a doença, riscos, tratamento, reações adversas e outros;	Atendimento dos profissionais registrado no prontuário;		
		Tratar as reações adversas menores;	Medicação do esquema básico disponível, suficiente e entregue pela UAPS;		
		Prescrever o esquema básico;	Usuários com vulnerabilidades sociais identificadas e atendidas.		
		Anotar o acompanhamento dos casos de TB em Livro de acompanhamento;	Casos diagnosticados e tratados oportunamente		
		Ofertar baciloscopia de controle mensal;	Baciloscopia de controle		
		Assegurar raio-X no 2º e 6º mês;	Radiografia de tórax realizados no 2º e 6º mês de tratamento		
		Assegurar exames laboratoriais de glicemia, função hepática e renal;	Exames laboratoriais de glicemia, função hepática e renal		
		Encaminhar para a referência apenas casos indicados e se necessário;	Encaminhamento dos casos para a referência.  Acompanhamento compartilhado com a referência		
		Realizar visita domiciliar aos casos de TB;	No mínimo uma VD realizada por qualquer integrante da equipe multidisciplinar.		
		Oferecer incentivos para a adesão ao TDO;	Possíveis incentivos: restaurantes comunitários, cestas básicas, inserção nos benefícios sociais e transporte público gratuito, visando a aumentar a adesão ao tratamento e evitar o abandono.		

		A APS deve articular com equipamentos sociais em casos de TB com dificuldades socioeconômicas;	Usuários com vulnerabilidades sociais identificadas e atendidas		
		Tratar ILTB (prescrever tratamento);	Informações do acompanhamento mensal registradas em instrumento próprio;		
		Informar sobre ILTB, riscos, tratamento, reações adversas, sintomas sugestivos de TB e outros;	Atendimento dos profissionais registrado no prontuário; Medicação disponível e entregue pela UAPS.		
		Realizar busca ativa de faltosos (VD, telefone, e-mail);	Usuários faltosos notificados e com tratamento continuado		
<b>3. Atividades Colaborativas TB-HIV</b>	Profissionais de saúde capacitados e sensíveis à TB  Instrumentos de registro  Livro de registros de usuários e acompanhamento de tratamento dos casos de TB  TR HIV  Rede de frio  Telefone  Internet  Computador	Oferecer no momento do diagnóstico de TB o TR HIV na UAPS;	Casos em tratamento testados para HIV;	Acompanhamento precoce da infecção HIV/TB	
		Oferecer TR HIV a todos os contatos dos sintomáticos e/ou assintomáticos;	100% dos contatos testados para HIV;		
<b>4. Ações de Prevenção</b>	Profissionais de saúde capacitados e sensíveis à TB  Instrumentos de registro	Oferecer BCG na UAPS;	BCG ofertada na UAPS.	Prevenção na transmissão de TB	
		Treinar a equipe para as ações de controle de TB;	Equipe capacitada e sensível à TB		
		Utilizar o Manual de recomendações para o controle de TB no Brasil (BRASIL, 2019) como referência/apoio à equipe ou	A equipe utiliza protocolo de atenção à TB.		

	Vacina	protocolo institucional;				
	Seringa	Oferecer máscara cirúrgica aos SR na UAPS e orientar sobre a etiqueta da tosse;	Medidas gerenciais de controle da TB aplicadas			
	Agulha	Priorizar o atendimento ao usuário SR e/ou bacilífero;				
	Rede de frio	Oferecer atendimento em horário diferenciado ao bacilífero;				
	Máscara cirúrgica	Investigar SR no momento do acolhimento na UAPS, se positivo, priorizar o atendimento/medidas de controle;				
	Livro sintomáticos respiratórios;	Oferecer local para coleta de escarro na UAPS em que a privacidade do usuário seja preservada e onde bata sol;	Medidas ambientais de controle da TB aplicadas			
	Livro de registros de usuários e acompanhamento de tratamento dos casos de TB;	Promover atividades educativas no território voltadas à TB;	Ações educativas para TB realizadas no território.			
	Ficha de notificação/investigação;	Garantir máscara tipo PFF2 ou N95 para profissionais para atendimento dos bacilíferos no início de tratamento, principalmente os com resistência medicamentosa;	Medidas de proteção respiratória aplicadas			
	Ficha de acompanhamento da tomada diária da medicação do tratamento diretamente observado – TDO;	Preencher os instrumentos de Vigilância.	Ficha de notificação/investigação de caso preenchida corretamente.			Informações de qualidade
			Livro de registro de sintomáticos respiratórios preenchido corretamente.			
		Ficha da tomada diária da medicação do TDO preenchida corretamente.				
		Registro de usuários e acompanhamento de tratamento dos casos de TB preenchido corretamente.				
		Relatório mensal de atividades e de acompanhamento de casos enviados regularmente ao PCT municipal.				

**APÊNDICE F - Matriz de julgamento e indicadores do Programa de Controle de TB na Atenção Primária à Saúde**

<b>MATRIZ DE JULGAMENTO E INDICADORES DO PROGRAMA DE CONTROLE DE TB NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>						
<b>COMPONENTES DO PLANO NACIONAL</b>	<b>PROCESSOS</b>	<b>PRODUTOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>PADRÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>FONTE/FORMA DE VERIFICAÇÃO</b>
<b>1. Diagnóstico Precoce</b>  <b>(28 pontos = 100% deste componente)</b>	Realizar busca ativa permanente;	SR identificados e examinados	Realização de busca ativa de SR no território (extramuro)	Sim – 02 pt	Sim - 02 pt Não - 0 pt	Entrevista
		Expansão das atividades extramuros	Realização de busca ativa de SR na rotina da UAPS	Sim – 02 pt	Sim - 02 pt Não - 0 pt	Entrevista
	Anotar no livro de SR;	Informação da busca de casos registradas no livro de SR	Proporção de SR na área de abrangência	>ou= 1% da pop. território – 01 pt	>ou= 1% - 02 pt > 0,5% e < 1% - 01 pt < 0,5% - 0 pt	Livro SR
	Oferecer baciloscopia à todos os SR;		Amostras de escarro satisfatórias	Oferta de baciloscopia de escarro à todos os SR da área de abrangência	Sim – 02 pt	Sim - 02 pt Não - 0 pt
	Oferecer baciloscopia e raio-X aos SR do grupo de vulneráveis;	Amostras de escarro satisfatórias	Proporção de SR que realizaram baciloskopias de escarro	90 a 100% - 02 pt	90 a 100% - 02 pt 70 a 89,99% - 01 pt < 70% - 0 pt	Livro SR
	Oferecer coleta de escarro induzido se necessário;		Potes de coleta de escarro em quantidade suficiente	Sim – 02 pt	Sim - 02 pt Não - 0 pt	Entrevista
			Oferta de coleta de escarro induzido quando o usuário não consegue escarrar	Sim – 02 pt	Sim - 02 pt Não - 0 pt	Entrevista
	Oferecer cultura de escarro e raio-X à todos	Todos os casos de TB com cultura de escarro	Proporção de SR com 02 amostras de baciloskopias realizadas	90 a 100% - 02 pt	90 a 100% - 02 pt 70 a 89,99% - 01 pt < 70% - 0 pt	Livro SR
			Proporção de cultura de escarro realizada	90 a 100% - 02 pt	90 a 100% - 02 pt 70 a 89,99% - 01	Livro de acompanhamento e/ou prontuário

	os casos de TB;	e raio X realizados.	nos casos de TB diagnosticados		pt < 70% - 0 pt	
			Proporção de raio-X de tórax nos casos de TB diagnosticados	90 a 100% - 02 pt	90 a 100% - 02 pt 70 a 89,99% - 01 pt < 70% - 0 pt	Livro de acompanhamento e/ou prontuário
	Notificar os casos confirmados para TB	Todos os casos de TB notificados na UAPS	Proporção de casos de TB notificados na UAPS	90 a 100% - 02 pt	90 a 100% - 02 pt 70 a 89,99% - 01 pt < 70% - 0 pt	Ficha de notificação
	Armazenar (refrigerado até 07 dias) e transportar amostras de escarro adequadamente (ao abrigo da luz e refrigerado);	Armazenamento e transporte adequado das amostras	Amostras de escarro armazenadas em caixa térmica ou geladeira, ao abrigo da luz, até o transporte	Sim - 02 pt	Sim - 02 pt Não - 0 pt	Verificação <i>in loco</i>
	Relacionar os casos índices e seus contatos;	Instrumento com os contatos e seus casos índices	Proporção dos casos de TB com a sua respectiva relação de contatos	90 a 100% - 02 pt	90 a 100% - 02 pt 70 a 89,99% - 01 pt < 70% - 0 pt	Instrumento com a relação dos contatos e seus casos índices e/ou prontuário
	Investigar ILTB.	Contatos de casos de TB examinados  Baciloscopias e raio X realizadas a todos os contatos SR;  Raio-X e/ou Teste tuberculínico realizados a todos os contatos assintomáticos.	Proporção dos contatos de TB examinados	90 a 100% - 02 pt	90 a 100% - 02 pt 70 a 89,99% - 01 pt < 70% - 0 pt	Instrumento com a relação dos contatos e seus casos índices e/ou prontuário
<b>2. Tratamento adequado e oportuno</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>PRODUTOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>PADRÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>FONTE/FORMA DE VERIFICAÇÃO</b>
	Iniciar o tratamento para TB na UAPS	A equipe inicia o tratamento na UAPS	Proporção de casos de TB que iniciaram o tratamento na UAPS	90 a 100% - 02 pt	90 a 100% - 02 pt 70 a 89,99% - 01 pt	Ficha de TDO e/ou prontuário

<b>(32 pontos = 100% deste componente)</b>					< 70% - 0 pt	
	Oferecer TDO à todos os usuários com TB, com facilidade de acesso;	TDO realizado na UAPS, domicílio ou em outro local;	Proporção de casos de TB com TDO efetivado	90 a 100% - 02 pt	90 a 100% - 02 pt 70 a 89,99% - 01 pt < 70% - 0 pt	Ficha de TDO e/ou prontuário
	Realizar consultas (médicas e de enfermagem) mensais;	Informações do acompanhamento mensal pela equipe multiprofissional	Proporção de casos de TB que passaram por consulta de enfermagem/médica mensal durante os 6 meses de tratamento	90 a 100% - 02 pt	90 a 100% - 02 pt 70 a 89,99% - 01 pt < 70% - 0 pt	Prontuário
	Tratar as reações adversas menores;	Atendimento dos profissionais registrado no prontuário;	Medicação esquema básico em quantidade suficiente para os casos de TB na UAPS com no mínimo 01 sobra	Sim - 02 pt	Sim - 02 pt Não - 0 pt	Verificação <i>in loco</i>
Prescrever o esquema básico;	Medicação do esquema básico disponível, suficiente e entregue pela UAPS;					
	Casos diagnosticados e tratados oportunamente					
Garantir baciloscopia de controle mensal;	Baciloscopia de controle	Proporção de casos de TB pulmonar com baciloscopia de escarro para controle mensal	90 a 100% de casos de TB pulmonar com baciloscopia de controle <b>mensal</b> - 02 pt	90 a 100% de casos de TB pulmonar com baciloscopia de controle <b>mensal</b> - 02 pt 90 a 100% de casos de TB pulmonar com baciloscopia de controle <b>mensal</b> + <b>bimensal</b> - 01 pt < 90% de casos de TB pulmonar com baciloscopia de controle mensal +	Livro de acompanhamento e/ou prontuário	

					bimensal – 0 pt	
Assegurar raio-X no 2º e 6º mês;	Radiografia de tórax realizados no 2º e 6º mês de tratamento	Proporção de casos de TB com radiografias de tórax de controle no 2º e no 6º mês	90 a 100% - 02 pt	90 a 100% - 02 pt 70 a 89,99% - 01 pt < 70% - 0 pt	Livro de acompanhamento e/ou prontuário	
Assegurar exames laboratoriais de glicemia, função hepática e renal	Exames laboratoriais de glicemia, função hepática e renal	Proporção de casos de TB que realizaram glicemia no início de tratamento	90 a 100% - 02 pt	90 a 100% - 02 pt 70 a 89,99% - 01 pt < 70% - 0 pt	Livro de acompanhamento e/ou prontuário	
		Proporção de casos de TB que realizaram função hepática no início de tratamento	90 a 100% - 02 pt	90 a 100% - 02 pt 70 a 89,99% - 01 pt < 70% - 0 pt	Livro de acompanhamento e/ou prontuário	
		Proporção de casos de TB que realizaram função renal no início de tratamento	90 a 100% - 02 pt	90 a 100% - 02 pt 70 a 89,99% - 01 pt < 70% - 0 pt	Livro de acompanhamento e/ou prontuário	
Encaminhar para a referência apenas casos indicados e se necessário;	Encaminhamento dos casos para a referência	Encaminhamento com responsabilidade dos casos de TB de difícil manejo ou indicados para a Referência	Sim – 02 pt	Sim - 02 pt Não houve casos de difícil manejo ou indicados para a Referência– 02pt Não - 0 pt	Entrevista	
	Acompanhamento compartilhado com a referência	Acompanhamento compartilhado da equipe de APS e o Serviço de Referência	Sim – 02 pt	Sim - 02 pt Não houve casos indicados para a Referência– 02pt Não - 0 pt	Entrevista	
Realizar visita domiciliar aos casos de TB;	No mínimo uma VD realizada por qualquer integrante da equipe	Proporção de casos de TB que tiveram no mínimo uma VD de	90 a 100% - 02 pt	90 a 100% - 02 pt 70 a 89,99% - 01 pt	Prontuário ou instrumento próprio	

		multidisciplinar.	qualquer integrante da equipe multidisciplinar durante o tratamento de TB		< 70% - 0 pt	
	Oferecer incentivos para a adesão ao TDO;	Possíveis incentivos: restaurantes comunitários, cestas básicas e outras estratégias de segurança alimentar, inserção nos benefícios sociais e transporte público gratuito, visando a aumentar a adesão ao tratamento e evitar o abandono.	Oferta de incentivos sociais aos casos de TB	Sim – 02 pt	Sim - 02 pt Não - 0 pt	Entrevista
	Articulação da APS com Equipamentos Sociais no caso de usuários com dificuldades socioeconômicas;	Usuários com vulnerabilidades sociais identificadas e atendidas.	Articulação da equipe com Equipamentos Sociais diante de usuários com dificuldades socioeconômicas;	Sim, com registro da ação - 02 pt	Sim, com registro da ação - 02 pt Não houve casos de TB com dificuldades socioeconômicas – 02 pt Sim, sem registro da ação - 01 pt Não - 0 pt	Entrevista
	Tratar ILTB (prescrever tratamento); Oferecer consultas (médicas e de enfermagem) mensais ao usuários com ILTB; Informar sobre ILTB, riscos, tratamento, reações adversas, sintomas sugestivos de	Informações do acompanhamento mensal registradas em instrumento próprio; Atendimento dos profissionais registrado no prontuário; Medicação disponível e entregue pela UAPS.	Medicação ILTB em quantidade suficiente para os casos na UAPS com no mínimo 01 sobra	Cartelas de medicação em quantidade superior aos casos de ILTB no território – 02 pt	Sim – 02 pt Não – 0 pt	Verificação <i>in loco</i>

	<p>TB e outros;</p> <p>Realizar busca ativa de faltosos (VD, telefone, e-mail);</p>	<p>Usuários faltosos notificados e com tratamento continuado</p>	<p>Busca de faltosos ao tratamento, TDO e/ou exames</p>	<p>Sim, com registro da ação - 02 pt</p>	<p>Sim, com registro da ação - 02 pt          Não houve faltosos - 02 pt          Sim, sem registro da ação - 01 pt          Não - 0 pt</p>	<p>Entrevista e registro/demonstração da ação.</p>
<p><b>3. Atividades Colaborativas TB-HIV</b></p> <p><b>(12 pontos = 100% do componente)</b></p>	<p><b>ATIVIDADES</b></p>	<p><b>PRODUTOS</b></p>	<p><b>INDICADORES</b></p>	<p><b>PADRÃO</b></p>	<p><b>PONTUAÇÃO</b></p>	<p><b>FONTE/FORMA DE VERIFICAÇÃO</b></p>
	<p>Oferecer no momento do diagnóstico de TB o TR HIV na UAPS;</p>	<p>Casos em tratamento testados para HIV na UAPS</p>	<p>Proporção de casos de TB que realizaram teste rápido para HIV</p>	<p>90 a 100% - 02 pt</p>	<p>90 a 100% - 02 pt          70 a 89,99% - 01 pt          &lt; 70% - 0 pt</p>	<p>Livro de e acompanhamento e/ou prontuário</p>
			<p>TR HIV realizado na UAPS</p>	<p>Sim - 02 pt</p>	<p>Sim - 02 pt          Não - 0 pt</p>	<p>Entrevista</p>
			<p>Existência de profissional treinado para a realização de TR HIV na UAPS</p>	<p>Sim - 02 pt</p>	<p>Sim - 02 pt          Não - 0 pt</p>	<p>Entrevista</p>
			<p>Testes de HIV em quantidade suficiente na UAPS</p>	<p>Sim - 02 pt</p>	<p>Sim - 02 pt          Não - 0 pt</p>	<p>Entrevista</p>
	<p>Oferecer TR HIV a todos os contatos dos sintomáticos e/ou assintomáticos;</p>	<p>100% dos contatos testados para HIV;</p>	<p>Oferta de TR HIV aos contatos de TB</p>	<p>Sim - 02 pt</p>	<p>Sim - 02 pt          Não - 0 pt</p>	<p>Entrevista</p>
		<p>Proporção dos contatos de TB que realizaram teste rápido para HIV</p>	<p>90 a 100% - 02 pt</p>	<p>90 a 100% - 02 pt          70 a 89,99% - 01 pt          &lt; 70% - 0 pt</p>	<p>Livro de e acompanhamento, instrumento próprio e/ou prontuário</p>	
<p><b>4. Ações de Prevenção</b></p>	<p><b>ATIVIDADES</b></p>	<p><b>PRODUTOS</b></p>	<p><b>INDICADORES</b></p>	<p><b>PADRÃO</b></p>	<p><b>PONTUAÇÃO</b></p>	<p><b>FONTE/FORMA DE VERIFICAÇÃO</b></p>
	<p>Oferecer BCG na UAPS;</p>	<p>BCG ofertada na UAPS.</p>	<p>Vacina BCG em quantidade suficiente na UAPS</p>	<p>Sim - 02 pt</p>	<p>Sim - 02 pt          Não - 0 pt          A UAPS não</p>	<p>Entrevista</p>

<b>(28 pontos = 100% do componente)</b>					administra – 0 pt	
	Treinar a equipe para as ações de controle da TB	Equipe capacitada e sensível à TB	Treinamento da equipe em ações de controle da TB no ano de 2019	Sim, com registro da ação - 02 pt	Sim, com registro da ação - 02 pt Sim, sem registro da ação - 01 pt Não - 0 pt	Entrevista e certificado do treinamento, ata de reunião e/ou lista de presença
	Utilizar o Manual de recomendações para o controle de TB no Brasil (BRASIL, 2019) como referência/apoio à equipe ou protocolo institucional	A equipe utiliza protocolo de atenção à TB.	Utilização do Manual de recomendações para o controle de TB no Brasil (BRASIL, 2019) pela equipe	Sim e apresentou o manual impresso ou baixado (fácil acesso no comput./ tablet do consultório) – 02 pt	Sim e apresentou o manual impresso ou baixado (fácil acesso no comput./ tablet do consultório) - 02pt Sim, porém não apresentou o documento físico ou digital já baixado no comput./ tablete do consultório – 01 pt Não - 0 pt	Entrevista e verificação <i>in loco</i>
	Oferecer máscara cirúrgica aos SR na UAPS e orientar sobre a etiqueta da tosse;	Medidas gerenciais de controle da TB aplicadas	Oferta de máscara cirúrgica enquanto o SR aguarda atendimento na UAPS	Sim – 02 pt	Sim - 02 pt Não - 0 pt	Entrevista
			Máscaras cirúrgicas em quantidade suficiente para ofertar aos SR	Sim – 02 pt	Sim - 02 pt Não - 0 pt	Entrevista
	Priorizar o atendimento ao usuário SR e/ou bacilífero;		Atendimento priorizado ao SR e/ou bacilífero na UAPS	Sim – 02 pt	Sim - 02 pt Não - 0 pt	Entrevista

	Oferecer local para coleta de escarro na UAPS em que a privacidade do usuário seja preservada e onde bata sol;	Medidas ambientais de controle da TB aplicadas	Local na UAPS para a coleta de escarro que considere privacidade do usuário, local ventilado e que bata sol.	Sim – 02 pt	Sim - 02 pt Não - 0 pt	Entrevista e verificação <i>in loco</i>
	Promover atividades educativas no território voltadas à TB;	Ações educativas para TB realizadas no território.	Ações educativas sobre TB desenvolvidas no território adscrito	Sim, com registro da ação - 02 pt Considerando a ação realizada na UAPS, no ano de 2019	Sim, com registro da ação - 02 pt Sim, sem registro da ação - 01 pt Não - 0 pt	Ata de reunião, sistema de informação ou outra forma de registro.
	Garantir máscara tipo PFF2 ou N95 para profissionais que atendem grande quantidade de bacilíferos para início de tratamento, principalmente os com resistência medicamentosa;	Medidas de proteção respiratória aplicadas	Máscara tipo PFF2 ou N95 disponível na UAPS	Sim – 02 pt	Sim - 2 pt Não - 0 pt	Entrevista
	Preencher os instrumentos de Vigilância.	Ficha de notificação de caso preenchida de maneira completa.	Proporção de preenchimento completo da ficha de notificação TB de caso	90 a 100% - 02 pt	90 a 100% - 2 pt 70 a 89,99% - 01 pt < 70% - 0 pt	Ficha de notificação
Livro de registro de sintomáticos respiratórios preenchido de maneira completa.		Proporção de preenchimento completo do livro de registro de sintomáticos respiratórios	90 a 100% - 02 pt	90 a 100% - 2 pt 70 a 89,99% - 01 pt < 70% - 0 pt	Livro de SR	
Ficha da tomada diária da medicação do TDO preenchida de maneira completa.		Proporção de preenchimento completo ficha da tomada diária da medicação do TDO	90 a 100% - 02 pt	90 a 100% - 2 pt 70 a 89,99% - 01 pt < 70% - 0 pt	Ficha de TDO	

		Registro de usuários e acompanhamento de tratamento dos casos de TB preenchido de maneira completa.	Proporção de preenchimento completo do registro de usuários e acompanhamento de tratamento dos casos de TB.	90 a 100% - 02 pt	90 a 100% - 2 pt 70 a 89,99% - 01 pt < 70% - 0 pt	Livro de acompanhamento
		Relatório mensal de atividades e acompanhamento de casos enviados regularmente ao PMCT	E-mail e/ou comunicação interna e/ou outro documento encaminhando o relatório mensal de atividades	Sim – 02 pt	Sim – 02 pt Não houve casos de TB – 02 pt Não - 0 pt	Entrevista e verificação <i>in loco</i>
<b>TOTAL DOS COMPONENTES – 100 PONTOS = 100 % DOS COMPONENTES</b>				<b>100 pt</b>	<b>0 a 100 pt</b>	

## APÊNDICE G - Instrumento de Coleta de Dados Quantitativos de Fonte de Dados Secundários

Instrumento de coleta de dados quantitativos						
FONTE DE DADOS SECUNDÁRIOS						
<b>1. DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE OBSERVAÇÃO E INFORMANTES CHAVE</b>						
Data da entrevista: ____/____/____			Hora início:		Hora término:	
Nome do Serviço de Saúde:						
População coberta pela UAPS: _____ pessoas						
<b>Dados da Matriz de Julgamento e Indicadores do Programa de Controle de TB na Atenção Primária à Saúde</b>						
<b>Documentos necessários para análise</b>		Livro sintomáticos respiratórios; Livro de registros de usuários e acompanhamento de tratamento dos casos de TB; Ficha de notificação/investigação; Instrumento com os contatos e casos índices relacionados de todos os casos de TB.; Ficha de acompanhamento da tomada diária da medicação do tratamento diretamente observado – TDO; Prontuário físico ou eletrônico; Registro de VD: prontuário, instrumento próprio ou fichas ACS; Outros instrumentos de acompanhamento do usuário com TB; Certificado do treinamento, ata de reunião e/ou lista de presença devidamente identificada com o evento; Ata de reunião, sistema de informação ou outra forma de registro das ações educativas no território.				
<b>2.1 COMPONENTE: Diagnóstico precoce</b>						
<b>INDICADORES</b>	<b><u>Livro sintomáticos respiratórios:</u></b> <b>V01.</b> Proporção de SR no território de abrangência  N° de SR / população do território no período de 01 ano: ____ / ____ = ____		1	>ou= 1%	2	> 0,5% e < 1%
			3	< 0,5%		
	<b><u>Livro sintomáticos respiratórios:</u></b> <b>V02.</b> Proporção SR que realizaram baciloscopias de escarro  N° de SR que realizaram baciloscopias de escarro/ N° de SR: ____ / ____ = ____		1	90 a 100%	2	70 a 89,99%
			3	< 70%		
<b><u>Livro sintomáticos respiratórios:</u></b> <b>V03.</b> Proporção de SR com 02 amostras de baciloscopias realizadas  N° de SR com 02 baciloscopias registradas/ N° de SR: ____ / ____ = ____		1	90 a 100%	2	70 a 89,99%	
		3	< 70%			
<b><u>Livro de registros de usuários e acompanhamento de tratamento dos casos de TB e/ou prontuário:</u></b> <b>V04.</b> Proporção de cultura de escarro realizada nos casos de TB diagnosticados		1	90 a 100%	2	70 a 89,99%	

	<b>Nº de culturas realizadas</b> /total de casos de TB diagnosticados pela UAPS: _____/_____=_____	3	< 70%		
	<b>Livro de registros de usuários e acompanhamento de tratamento dos casos de TB e/ou prontuário:</b> <b>V05.</b> Proporção de raio-X de tórax nos casos de TB diagnosticados	1	90 a 100%	2	70 a 89,99%
	<b>Nº de raio-X de tórax realizados</b> / total de casos de TB diagnosticados pela UAPS: _____/_____=_____	3	< 70%		
	<b>Ficha de notificação/investigação preenchida:</b> <b>V06.</b> Proporção de casos de TB notificados na UAPS	1	90 a 100%	2	70 a 89,99%
	<b>Nº de notificações de TB SINAN</b> / total de casos de TB: _____/_____=_____	3	< 70%		
	<b>Instrumento com os contatos e casos índices relacionados de todos os casos de TB e/ou prontuário:</b> <b>V07.</b> Proporção da relação de casos índices e os seus contatos sobre o total de casos de TB	1	90 a 100%	2	70 a 89,99%
	<b>Nº de relação de contatos e seu caso índice</b> / total de casos de TB: _____/_____=_____	3	< 70%		
	<b>Instrumento com os contatos e casos índices relacionados de todos os casos de TB e/ou prontuário:</b> <b>V08.</b> Proporção dos contatos sintomáticos de TB examinados	1	90 a 100%	2	70 a 89,99%
	<b>Nº de contatos sintomáticos de TB examinados</b> / Nº de contatos sintomáticos de TB: _____/_____=_____	3	< 70%		
	<b>Instrumento com os contatos e casos índices relacionados de todos os casos de TB e/ou prontuário:</b> <b>V09.</b> Proporção dos contatos assintomáticos de TB examinados	1	90 a 100%	2	70 a 89,99%
	<b>Nº de contatos assintomáticos de TB examinados</b> / Nº de contatos assintomáticos de TB: _____/_____=_____	3	< 70%		
<b>2.2 COMPONENTE: Tratamento adequado e oportuno</b>					
INDICADOR ES	<b>Ficha de acompanhamento da tomada diária da medicação do tratamento diretamente observado – TDO e/ou prontuário:</b> <b>V10.</b> Proporção de casos de TB que iniciaram o tratamento na UAPS	1	90 a 100%	2	70 a 89,99%
		3	< 70%		

<p><b>Nº de casos de TB que iniciaram o tratamento na UAPS/ Nº de casos de TB</b></p> <p>_____ / _____ = _____</p>				
<p><b><u>Ficha de acompanhamento da tomada diária da medicação do tratamento diretamente observado – TDO e/ou prontuário:</u></b></p> <p><b>V11.</b> Proporção de casos de TB com TDO efetivado</p> <p><b>Nº de casos de TB com TDO efetivado / Nº de casos de TB:</b></p> <p>_____ / _____ = _____</p> <p><b>TDO efetivado =</b> Nº casos de TB com 24 doses de TDO na fase de ataque + Nº casos de TB com 48 doses de TDO na fase de manutenção / Nº de casos de TB</p>	1 3	90 a 100% < 70%	2	70 a 89,99%
<p><b><u>Prontuário físico ou eletrônico</u></b></p> <p><b>V12.</b> Proporção de casos de TB que passaram por consulta de enfermagem/médica mensal durante os 6 meses de tratamento</p> <p><b>Nº de casos de TB que passaram por consulta de enfermagem/médica mensal durante os 6 meses de tratamento / Nº de casos de TB:</b></p> <p>_____ / _____ = _____</p>	1 3	90 a 100% < 70%	2	70 a 89,99%
<p><b><u>Livro de registros de usuários e acompanhamento de tratamento dos casos de TB e/ou prontuário:</u></b></p> <p><b>V13.</b> Proporção de casos de TB pulmonar com baciloscopia de escarro para controle mensal</p> <p><b>Nº de casos de TB pulmonar com baciloscopia de controle mensal / Nº de casos de TB pulmonar:</b></p> <p>_____ / _____ = _____</p> <p><b>Nº de casos de TB pulmonar com baciloscopia de controle mensal e bimensal / Nº de casos de TB pulmonar:</b></p> <p>_____ / _____ = _____</p>	1 3	90 a 100% de casos de TB pulmonar com baciloscopia de controle <b>mensal</b> < 90% de casos de TB pulmonar com baciloscopia de controle mensal + bimensal	2	90 a 100% de casos de TB pulmonar com baciloscopia de controle <b>mensal + bimensal</b>
<p><b><u>Livro de registros de usuários e acompanhamento de tratamento dos casos de TB e/ou prontuário:</u></b></p> <p><b>V14.</b> Proporção de casos de TB com radiografias de tórax de controle no 2º e no 6º mês</p> <p><b>Nº de casos de TB com radiografias de tórax de controle no 2º e no 6º mês / Nº de casos de TB:</b></p> <p>_____ / _____ = _____</p>	1 3	90 a 100% < 70%	2	70 a 89,99%
<p><b><u>Livro de registros de usuários e acompanhamento de tratamento dos casos de TB e/ou prontuário:</u></b></p>	1 3	90 a 100% < 70%	2	70 a 89,99%

	<p><b>V15.</b> Proporção de casos de TB que realizaram glicemia no início de tratamento</p> <p><b>Nº de casos de TB que realizaram glicemia no início de tratamento / Nº de casos de TB:</b>  <math>\frac{\quad}{\quad} = \frac{\quad}{\quad}</math></p>				
	<p><b><u>Livro de registros de usuários e acompanhamento de tratamento dos casos de TB e/ou prontuário:</u></b></p> <p><b>V16.</b> Proporção de casos de TB que realizaram função hepática no início de tratamento</p> <p><b>Nº de casos de TB que realizaram função hepática no início de tratamento / Nº de casos de TB:</b>  <math>\frac{\quad}{\quad} = \frac{\quad}{\quad}</math></p>	1 3	90 a 100% < 70%	2	70 a 89,99%
	<p><b><u>Livro de registros de usuários e acompanhamento de tratamento dos casos de TB e/ou prontuário:</u></b></p> <p><b>V17.</b> Proporção de casos de TB que realizaram função renal no início de tratamento</p> <p><b>Nº de casos de TB que realizaram função renal no início de tratamento / Nº de casos de TB:</b>  <math>\frac{\quad}{\quad} = \frac{\quad}{\quad}</math></p>	1 3	90 a 100% < 70%	2	70 a 89,99%
	<p><b><u>Registro prontuário, instrumento próprio, fichas ACS e/ou prontuário:</u></b></p> <p><b>V18.</b> Proporção de casos de TB que tiveram no mínimo uma VD de qualquer integrante da equipe multidisciplinar durante o tratamento de TB</p> <p><b>Nº de casos de TB que tiveram no mínimo uma VD de qualquer integrante da equipe multidisciplinar durante o tratamento de TB / Nº de casos de TB:</b>  <math>\frac{\quad}{\quad} = \frac{\quad}{\quad}</math></p>	1 3	90 a 100% < 70%	2	70 a 89,99%
<b>2.3 COMPONENTE: Atividades Colaborativas TB-HIV</b>					
DICADORES	<p><b><u>Livro de registros de usuários e acompanhamento de tratamento dos casos de TB e/ou prontuário:</u></b></p> <p><b>V19.</b> Proporção de casos de TB que realizaram teste rápido para HIV</p> <p><b>Nº de casos de TB que realizaram teste rápido para HIV / Nº de casos de TB:</b>  <math>\frac{\quad}{\quad} = \frac{\quad}{\quad}</math></p>	1 3	90 a 100% < 70%	2	70 a 89,99%
	<p><b><u>Livro de registros de usuários e acompanhamento de tratamento dos casos de TB e/ou ficha de notificação/investigação:</u></b></p> <p><b>V20.</b> Proporção dos contatos dos casos de TB que realizaram teste rápido para HIV</p> <p><b>Nº de contatos dos casos de TB que realizaram teste rápido para HIV / Nº de contatos de casos de TB:</b>  <math>\frac{\quad}{\quad} = \frac{\quad}{\quad}</math></p>	1 3	90 a 100% < 70%	2	70 a 89,99%

<b>2.4 COMPONENTE: Ações de Prevenção</b>				
<p><b><u>Ficha de notificação/investigação de caso:</u></b>  <b>V21.</b> Proporção de preenchimento completo da ficha de notificação TB/investigação de caso</p> <p><b>Nº de fichas de notificação SINAN preenchidas completamente / Nº de casos de TB</b></p> <p>_____ / _____ = _____</p> <p><b>Considerar preenchimento completo a falta de:</b> UF, Cód. IBGE, Unidade de Saúde, Cód. Unidade de Saúde, Distrito, Complemento, Geo campo 1 e 2 e nº prontuário.</p>	1	90 a 100%	2	70 a 89,99%
	3	< 70%		
<p><b><u>Livro de registro de sintomáticos respiratórios:</u></b>  <b>V22.</b> Proporção de preenchimento completo do livro de registro de sintomáticos respiratórios</p> <p><b>Nº de registros completos no livro de sintomáticos respiratórios / Nº de registros no livro de sintomáticos respiratórios</b></p> <p><b>Considerar preenchimento completo a falta de:</b> UF, Unidade de Saúde, nº sequencial, sexo e observações.</p>	1	90 a 100%	2	70 a 89,99%
	3	< 70%		
<p><b><u>Ficha de acompanhamento da tomada diária da medicação do tratamento diretamente observado – TDO:</u></b>  <b>V23.</b> Proporção de preenchimento completo ficha da tomada diária da medicação do TDO.</p> <p><b>Nº de registros completos na ficha da tomada diária da medicação do TDO / Nº de casos de TB</b></p> <p>_____ / _____ = _____</p> <p><b>Considerar preenchimento completo a falta de:</b> sexo, nº prontuário, Unidade de Saúde, fone comercial.</p>	1	90 a 100%	2	70 a 89,99%
	3	< 70%		
<p><b><u>Registro de usuários e acompanhamento de tratamento dos casos de TB:</u></b>  <b>V24.</b> Proporção de preenchimento completo do registro de usuários e acompanhamento de tratamento dos casos de TB.</p> <p><b>Nº de registros completos no registro de usuários e acompanhamento de tratamento dos casos de TB/ Nº de casos de TB</b></p> <p>_____ / _____ = _____</p> <p><b>Considerar preenchimento completo a falta de:</b> nº prontuário, nº SINAN, sexo, TRM-TB.</p>	1	90 a 100%	2	70 a 89,99%
	3	< 70%		

## APÊNDICE H - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Titular do Prontuário Médico, via formulário *Google*

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### Titular do Prontuário Médico

#### Via formulário *Google*

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “PROGRAMA DE CONTROLE DE TUBERCULOSE: AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é que nos últimos 10 anos, Três Lagoas apresentou uma média de 32,2 casos novos de tuberculose ao ano, com 81,79% de cura, 4,79% de abandono de tratamento e 1,96 óbito por tuberculose. Considerando apenas o ano de 2018, a incidência de casos/100.000 habitantes foi de 51,06. Os números expostos estão distantes da meta indicada para 2035 que é chegar a menos de 10 casos novos/100.000 habitantes (Plano Nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública no Brasil, 2017).

Nesta pesquisa pretendemos avaliar o Programa de Controle da Tuberculose na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Três Lagoas, uma vez que as ações de controle da tuberculose foram descentralizadas para a Atenção Básica desde 2009. Caso você concorde em participar, vamos analisar seu prontuário físico/eletrônico bem como livros, fichas e relatórios de controle da tuberculose presentes na UBS referente ao ano de 2019. Essa coleta de dados será realizada no ato da visita à UBS, mediante um instrumento de coleta de dados padronizado e elaborado especificamente para este estudo. Os dados a serem apurados dizem respeito a verificar a presença de: registros de atendimentos dos profissionais de saúde e sua periodicidade, informações quanto ao tratamento/avaliação do serviço de referência, solicitação/realização de determinados exames. É válido ressaltar que tanto a Secretaria Municipal de Saúde quanto o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS (CEP – UFMS) autorizaram a realização desse estudo, bem como a sua estratégia de coleta de dados. Esta pesquisa pode causar constrangimento e para minimizar esse risco, a equipe de pesquisadores proporcionará: explicação sobre a pesquisa a ser realizada e sua relevância, a importância da sua participação voluntária na pesquisa; o compromisso ético em relação aos dados coletados, preservando integralmente o seu anonimato, privacidade e a imagem no estudo, bem como a sua não estigmatização e a confidencialidade dos dados coletados.

A pesquisa subsidiará o gestor municipal de saúde, o coordenador do Programa Municipal do Controle de Hanseníase e Tuberculose e os coordenadores das UBS de informações sobre a forma de organização das ações de tuberculose no município. Com essas informações podem retificar/otimizar/aprimorar seus processos de trabalho para o fortalecimento do controle de tuberculose na atenção básica do município e consequentemente diminuir a morbi-mortalidade dessa doença milenar no nosso território.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira, porém se se houver gastos com passagem e/ou alimentação você será ressarcido (a) financeiramente. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização.

Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade

ou implicação. Os pesquisadores não vão divulgar seu nome e informações e os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento estará disponível para você através de um link do formulário *Google* assinado pelos pesquisadores responsáveis. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 05 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 466/12 do CNS), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu declaro de forma livre e esclarecida que consinto em participar da pesquisa e que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo. Concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações) e que estou ciente que receberei uma via desse documento.

**Para qualquer dúvida, informação complementar ou problema referente a essa pesquisa, por favor entrar em contato com os pesquisadores responsáveis ou com o Comitê de Ética da UFMS:**

**Pesquisadores Responsáveis:** Andréa Panhoti Ribeiro e Anneliese Domingues Wysocki

**Instituição:** Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Três Lagoas/MS – UFMS/CPTL. Av. Ranulpho Marques Leal, 3484, CEP 79613-000, Cx Postal n°. 210. **Telefones para contato:** (67) 99288-7910 (Andréa) e (67) 99904-6844 (Anneliese). **E-mail:** andreapanhoti@yahoo.com.br e lilisew@yahoo.com.br

**Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFMS:** UFMS – Cidade Universitária. Avenida Costa e Silva, Pioneiros, Campo Grande/MS, CEP 79070-900 – Prédio “Hércules Maymone” – 1º andar. **Telefone para contato:** (67) 3345-7187. **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br.

**CAAE:** 26560919.0.0000.0021

Três Lagoas, 27 de agosto de 2020.

**Anneliese Domingues Wysocki**  
Pesquisadora responsável

**Andréa Panhoti Ribeiro**  
Pesquisadora responsável

## APÊNDICE I – Ofício de Dispensa do Termo de Consentimento Livre Esclarecido

### OFÍCIO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezados (as),

Solicitamos perante a este Comitê de Ética e Pesquisa a dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do projeto de pesquisa intitulado “PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE: AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, aos portadores dos prontuários a serem analisados nessa pesquisa com a seguinte justificativa:

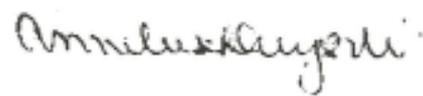
Trata-se de um estudo avaliativo do tipo análise de implantação com abordagem quanti-qualitativa a ser realizado nas Unidades Básicas de Saúde do município de Três Lagoas/MS. Está previsto como um dos itens do percurso metodológico do mesmo a coleta de dados secundários em prontuários físicos e/ou eletrônicos de usuários que realizaram tratamento para tuberculose e/ou Infecção Latente para Tuberculose (ILTBT) e/ou passaram pela avaliação de contatos nas UBS do município, no ano de 2019. Essa coleta de dados será realizada no ato da visita/entrevista agendada previamente com o coordenador da UBS, mediante um instrumento de coleta de dados padronizado e elaborado com base no modelo lógico e na matriz de julgamento construídos especificamente para este estudo. Os dados a serem verificados dizem respeito a verificar a presença de: registros de atendimentos dos profissionais de saúde e sua periodicidade, informações quanto ao tratamento/avaliação do serviço de referência, solicitação/realização de determinados exames. Uma vez que os prontuários analisados serão de pacientes atendidos nas UBS e cujo tratamento findou-se no ano de 2019, no momento da coleta de tais dados os mesmos já não estarão sendo acompanhados por tais serviços de saúde de modo que haverá dificuldade de acesso aos mesmos para a assinatura do TCLE, o que inviabilizaria o cronograma de desenvolvimento da pesquisa.

#### DECLARO:

- Que o acesso aos dados registrados em prontuário de pacientes ou em base de dados para fins de pesquisa será feito somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e pela Secretaria Municipal de Saúde de Três Lagoas/MS;
- Assegurar o compromisso ético em relação aos dados coletados, preservando integralmente o anonimato, privacidade e a imagem do participante do estudo, bem como a sua não estigmatização;
- Assegurar a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades;
- Que o pesquisador responsável estabeleceu salvaguardas seguras para anonimato dos dados da pesquisa;
- Que em nenhum momento haverá identificação dos participantes e que será mantida a confidencialidade dos dados coletados;
- Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para fins científicos.

Devido à impossibilidade de obtenção do TCLE de parte dos sujeitos do estudo, assino este termo para salvaguardar seus direitos e me comprometo a cumprir todas as diretrizes e normas reguladoras da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

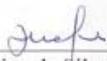
  
**ANDRÉA PANHOTI RIBEIRO**  
 Pesquisadora responsável

  
**ANNELIESE DOMINGUES WYSOCKI**  
 Orientadora Responsável

**ANEXO A – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Três Lagoas/MS****SUS** Sistema  
Único de  
Saúde**DECLARAÇÃO**

Declaro, para fins de comprovação junto à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, que a **Secretaria Municipal de Saúde do Município de Três Lagoas/MS**, inscrita no CNPJ sob nº 13.34.603/0001-56, sediada na Av. Capitão Olinto Mancini, 667, 3º andar- Centro, Três Lagoas – MS, 79601-090, Três Lagoas, neste ato representada por sua secretária, a sra, **María Angelina da Silva Zuque**, prorroga a autorização para realização do projeto de pesquisa intitulado **“Programa de controle de tuberculose: avaliação do grau de implantação na atenção primária à saúde”**, submetido pela profª responsável Annelise Domingues Wysocki, com apoio da pesquisadora Andréa Panhoti Ribeiro. A presente autorização contempla apoio na identificação de profissionais elegíveis para entrevistas a serem realizadas de janeiro de 2020 até fevereiro de 2021, desde que respeitados aspectos éticos de pesquisa.

Três Lagoas, 27 de agosto 2020.

  
\_\_\_\_\_  
María Angelina da Silva Zuque  
Secretária Municipal de Saúde

**María Angelina da S. Zuque**  
Secretária Municipal de Saúde  
SMS/Três Lagoas-MS

Av.: Capitão Olinto Mancini, nº 667, centro, 3º Andar – fone/fax: (67) 3929-9943

Cep: 79.601-091 Três Lagoas - MS

## ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa - CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE: AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Pesquisador:** ANDREA PANHOTI RIBEIRO

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 26560919.0.0000.0021

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.317.385

#### Apresentação do Projeto:

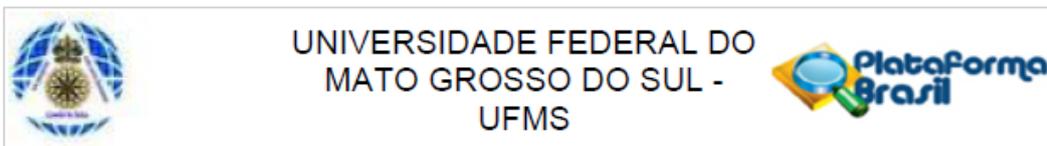
Trata-se de um estudo avaliativo da Implantação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PCT), com abordagem quanti-qualitativa, a ser realizado nas Unidades Básicas de Saúde do município de Três Lagoas/MS. Em um primeiro momento serão entrevistados, de forma online, todos os coordenadores das UBS e a coordenadora municipal do PMCHT de Três Lagoas, por meio de entrevista semiestruturada. Aos mesmos, será aplicado um instrumento de coleta de dados contendo variáveis quantitativas, elaborado com

base no modelo lógico e na matriz de julgamento construídos especificamente para este estudo os quais embasaram-se no referencial metodológico de avaliação de programas proposto pelo Center of Disease Control and Prevention (CDC, 1999) e adaptações do modelo Oliveira et al. (2010) com as premissas do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil (BRASIL, 2017a). Por fim, ocorrerá a coleta de dados secundários, ou seja, os prontuários de pacientes de TB que foram atendidos na UBS no ano de 2019, livros de acompanhamento de casos e fichas SINAN e relação das baciloscopias e culturas realizadas no ano de 2019 no laboratório municipal.

#### Objetivo da Pesquisa:

- Avaliar o grau de implantação do Programa de Controle da Tuberculose na Atenção Primária à Saúde do município de Três Lagoas/MS.

**Endereço:** Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros - Prédio das Pró-Reitorias - Hércules Maymone - 1º andar  
**Bairro:** Pioneiros **CEP:** 70.070-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** ceponep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 4.317.385

- Avaliar o grau de implantação dos componentes preconizados pelo 'Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil' nas Unidades Básicas de Saúde e no município de Três Lagoas/MS;

- Analisar as fragilidades e potencialidades das Unidades Básicas de Saúde do município de Três Lagoas/MS no tocante ao desenvolvimento das ações de controle da Tuberculose.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: 1. Constrangimento; 2. Cansaço ao responder às perguntas; 3. Atraso das atividades laborais.

Medidas de prevenção e precaução: contato prévio com cada participante para verificar o melhor momento da entrevista, informando-o o tempo de duração da mesma; se o participante julgar que o tempo de duração da entrevista está extenso, essa poderá ser dividida em dois momentos pré-agendados; informar que se durante a entrevista houver necessidade de interrupção, a mesma poderá ser reagendada conforme disponibilidade do entrevistador/entrevistado; será explicado aos participantes sobre a pesquisa a ser realizada, a composição da equipe, a importância da sua participação bem como a relevância da pesquisa; será garantido o sigilo e o anonimato.

Benefícios: - Subsidiar o gestor municipal de saúde, a coordenadora do Programa Municipal do Controle da Tuberculose e os coordenadores das UBS de informações sobre a forma de organização das ações de tuberculose. Os atores citados munidos dessa informação podem retificar/otimizar/aprimorar seus processos de trabalho e com isso fortalecer o controle de tuberculose na atenção básica do município.

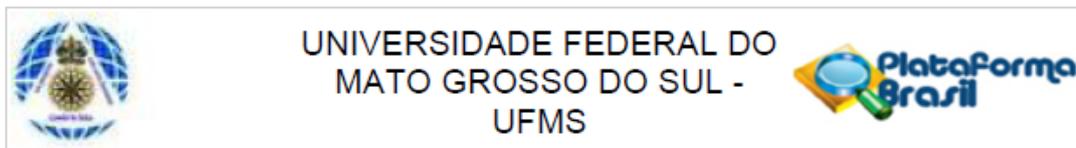
**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto de pesquisa está bem fundamentado com objetivos e metodologias adequados. Há clareza em relação aos participantes envolvidos, com descrição dos critérios de inclusão e exclusão. Os objetivos estão alinhados com os instrumentos de coleta de pesquisa. O projeto informa o local de execução; avalia satisfatoriamente os riscos e benefícios aos participantes e garante seu bem estar durante a pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora anexou Autorização da Secretaria municipal de saúde de Três Lagoas, Instrumentos de coleta, Termo de compromisso de prontuários, banco de dados, TCLE e Emenda.

<b>Endereço:</b>	Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ∩ Prédio das Pró-Reitorias ∩ Hércules Maymone ∩ 1º andar		
<b>Bairro:</b>	Pioneiros	<b>CEP:</b>	70.070-900
<b>UF:</b>	MS	<b>Município:</b>	CAMPO GRANDE
<b>Telefone:</b>	(67)3345-7187	<b>Fax:</b>	(67)3345-7187
		<b>E-mail:</b>	cepoonep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 4.317.385

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Com base na Resolução 466/2012 e tendo em vista os objetivos da pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão e da situação da pandemia do COVID-19, aprovamos a mudança de metodologia na coleta de dados apresentada na Emenda submetida a esse comitê, bem como a dilação de prazo solicitada.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

1- Solicitamos aos pesquisadores que se atentem e obedeçam as medidas de segurança adotadas pelos locais de pesquisa, pelos governos municipais e estaduais, pelo Ministério da Saúde e pelas demais instâncias do governo devido a excepcionalidade da situação para a prevenção do contágio e o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19).

As medidas de segurança adotadas poderão interferir no processo de realização das pesquisas envolvendo seres humanos. Quer seja no contato do pesquisador com os participantes para coleta de dados e execução da pesquisa ou mesmo no processo de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido-TALE, incidindo sobre o cronograma da pesquisa e outros.

Orientamos ao pesquisador na situação em que tenha seu projeto de pesquisa aprovado pelo CEP e em decorrência do contexto necessite alterar seu cronograma de execução, que faça a devida "Notificação" via Plataforma Brasil, informando alterações no cronograma de execução da pesquisa.

2-É de responsabilidade do pesquisador submeter ao CEP semestralmente o relatório de atividades desenvolvidas no projeto e, se for o caso, comunicar ao CEP a ocorrência de eventos adversos graves esperados ou não esperados. Também, ao término da realização da pesquisa, o pesquisador deve submeter ao CEP o relatório final da pesquisa. Os relatórios devem ser submetidos através da Plataforma Brasil, utilizando-se da ferramenta de NOTIFICAÇÃO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1606218_E1.pdf	01/09/2020 17:44:10		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_SMS_dilacao_prazo_coleta_de_dados.pdf	01/09/2020 17:40:40	ANDREA PANHOTI RIBEIRO	Aceito

**Endereço:** Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ç Prédio das Pró-Reitorias ç Hércules Maymone ç 1º andar  
**Bairro:** Pioneiros **CEP:** 70.070-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 4.317.385

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_conforme_a_Plataforma_Brasil_27_08_2020.docx	01/09/2020 17:39:09	ANDREA PANHOTI RIBEIRO	Aceito
Outros	Solicitacao_de_Emenda.pdf	27/08/2020 11:34:16	ANDREA PANHOTI RIBEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Coordenadores_Formulario_Google.pdf	27/08/2020 11:32:26	ANDREA PANHOTI RIBEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Titular_Prontuario_Medico_Formulario_Google.pdf	27/08/2020 11:31:47	ANDREA PANHOTI RIBEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Titular_do_Prontuario_Medico_11_04_2020.docx	11/04/2020 15:56:53	ANDREA PANHOTI RIBEIRO	Aceito
Outros	Resposta_Parecer_3916349_18_03_2020_parte_02.pdf	11/04/2020 15:55:01	ANDREA PANHOTI RIBEIRO	Aceito
Outros	Resposta_Parecer_3916349_18_03_2020_parte_01.pdf	11/04/2020 15:54:18	ANDREA PANHOTI RIBEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Oficio_dispensa_TCLE_prontuarios.pdf	18/01/2020 17:37:39	ANDREA PANHOTI RIBEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_adequado.docx	17/01/2020 21:39:41	ANDREA PANHOTI RIBEIRO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_SMS_2020.pdf	17/01/2020 21:38:51	ANDREA PANHOTI RIBEIRO	Aceito
Outros	Instrumentos_de_coleta_de_dados.docx	04/11/2019 15:40:41	ANDREA PANHOTI RIBEIRO	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_prontuarios.pdf	04/11/2019 15:38:16	ANDREA PANHOTI RIBEIRO	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_banco_de_dados.pdf	04/11/2019 15:28:53	ANDREA PANHOTI RIBEIRO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	04/11/2019 15:22:09	ANDREA PANHOTI RIBEIRO	Aceito

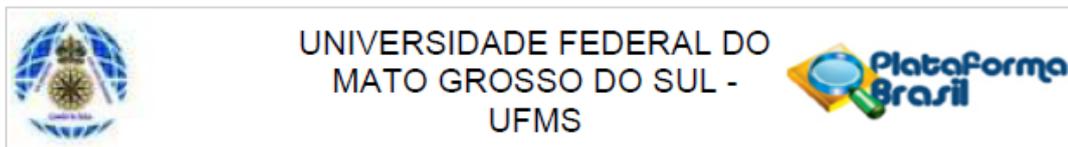
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros e Prédio das Pró-Reitorias e Hércules Maymone e 1º andar  
**Bairro:** Pioneiros **CEP:** 70.070-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 4.317.385

CAMPO GRANDE, 03 de Outubro de 2020

---

Assinado por:  
MAURINICE EVARISTO WENCESLAU  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ∩ Prédio das Pró-Reitorias ∩ Hércules Maymone ∩ 1º andar  
**Bairro:** Pioneiros **CEP:** 70.070-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepponep.propp@ufms.br