



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ

MESTRADO EM ENSINO

REGIANE BEZERRA CAMPOS

**ATENÇÃO À TUBERCULOSE EM UM MUNICÍPIO DE TRÍPLICE FRONTEIRA
INTERNACIONAL: O ENSINO COMO PERSPECTIVA PARA REORIENTAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA**

FOZ DO IGUAÇU, 2016

REGIANE BEZERRA CAMPOS

**ATENÇÃO À TUBERCULOSE EM UM MUNICÍPIO DE TRÍPLICE FRONTEIRA
INTERNACIONAL: O ENSINO COMO PERSPECTIVA PARA REORIENTAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino,
Nível Mestrado, da UNIOESTE.
Orientador: Dr. Reinaldo Antonio Silva-
Sobrinho.

FOZ DO IGUAÇU, 2016

CAMPOS, Regiane Bezerra

ATENÇÃO À TUBERCULOSE EM UM MUNICÍPIO DE TRÍPLICE FRONTEIRA
INTERNACIONAL: O ENSINO COMO PERSPECTIVA PARA REORIENTAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino
da UNIOESTE, campus de Foz do Iguaçu
para obtenção do título de Mestre em
Ensino.

Aprovado em 15/ 02/2016

Comissão Julgadora

Prof. Dr. Reinaldo Antonio Silva Sobrinho (Orientador)
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - USP

Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste

Dedicatória

Aos meus familiares em especial aos meus filhos Lucas e Nicolás pela motivação, ao meu esposo pelo apoio.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus pela iluminação e amparo.

Ao professor Dr. Reinaldo Antonio da Silva Sobrinho, pela oportunidade, parceria, reflexões e aprendizado vivenciados.

À professora Dr^a Tereza Cristina Villa coordenadora do Projeto Multicêntrico *Pontos de estrangulamento da atenção à tuberculose em municípios da região sul, sudeste e nordeste do Brasil, pela grandiosa oportunidade de fazer parte desse estudo.*

À professora Dr^a Solange de Fátima Reis Conterno, pelas excelentes contribuições e apoio. Sua presença na banca de qualificação proporcionou muita satisfação, assertividade e esclarecimentos.

Ao professor Dr. Oscar Kenji Nihei, grande companheiro de caminhada, pelas contribuições, companheirismo, amizade e apoio. Os diálogos com o professor Reinaldo, no decorrer do curso, foram fundamentais.

Aos professores Dr. Pedro Fredemir Palha, Dr^a Adriana Zilly e Dr^a Gladys Amélia Velez Benito, pela oportunidade, apoio e aceite do convite para compor a banca examinadora.

Aos entrevistadores: Bruna Unser, Carolina Rosa de Araújo, Izadora Marina Leal, Jhenifer Souza, Keurilene Sutil, Mayara Almeida, Sidimara Sakser e Wesley Martins, pelo prestimoso trabalho realizado.

À professora Dr^a Tamara Cardoso André, coordenadora da Pós-Graduação, e à Fátima Oliva, secretária da Pós-Graduação, pelo convívio e amizade.

A todos os professores que me acompanharam durante a pós-graduação, em especial às professoras Tânia Stella Bassoi e Terezinha Corrêa Lindino e ao professor Tiago Emanuel Kluber, pela paciência, contribuições e aprendizado. Sem dúvidas foram muito importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento deste trabalho.

“Ensinar exige pesquisa. Não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino. [...] Pesquiso para constatar, constatando, intervenho, intervindo educo e me educo.”

(PAULO FREIRE, 1996, p. 14)

RESUMO

CAMPOS, R. B. **Atenção à tuberculose em um município de tríplice fronteira internacional: o ensino como perspectiva para reorientação da assistência.** Foz do Iguaçu, 2016. 72 f. Dissertação (Mestrado em Ensino) – Centro de Educação, Letras e Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2016.

A tuberculose apresenta incidência crescente e prevalente no município de Foz do Iguaçu. Tendo em vista a realidade epidemiológica e transitória das condições de saúde, considera-se primordial a superação da fragmentação das redes de atenção, a adoção do modelo de atenção que focalize tanto o sistema de atenção à saúde quanto a comunidade e, por fim, a mudança de comportamento a partir da educação permanente em saúde. Dessa forma, este estudo objetiva analisar os pontos de estrangulamento da atenção à tuberculose no município de Foz do Iguaçu - PR, por meio de um estudo epidemiológico de delineamento descritivo, com abordagem quantitativa acerca das dimensões de organização da atenção à tuberculose, articulação com a comunidade, autocuidado apoiado, suporte à decisão e desenho do sistema de prestação de serviços. Foram entrevistados 105 profissionais de saúde, de 14 unidades de saúde, utilizando-se de um questionário segundo *MacCool Institute for Health Care Innovation* (Instituto MacCool para a inovação de atenção à saúde), adaptado e validado no Brasil por Moyses et al. (2012) e, por fim, por Villa (2013), para a avaliação do controle da tuberculose. Os resultados revelam como pior desempenho as dimensões de *articulação com a comunidade*, com média 3,2 (DP+-1,8); de *integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB*, com média 5,3 (DP+-1,6); e de *suporte à decisão*, com média de 5,8 (DP+-2,1), todas classificadas como básica. Os melhores desempenhos referem-se às dimensões de *autocuidado apoiado*, com média 6,9 (DP+-2,1); de *organização da atenção à Tuberculose*, com média 6,2 (DP+-1,5); de *desenho do sistema de prestação de serviços*, com média de 6,6 (DP+-1,7); e de *sistemas de informação clínica*, com média 6,3 (DP+-1,8), de forma que todas essas dimensões foram classificadas como razoável. Conclui-se que o desempenho evidenciado sugere a necessidade de capacitação de profissionais e observância aos princípios e diretrizes dos programas/políticas de controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde e no SUS. O desafio constitui-se em evidenciar uma proposta teórico-metodológica em ensino que promova a “mudança de comportamento” dos entes, visando a gestão da condição crônica de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Tuberculose; Ensino; Áreas de fronteira; Políticas Públicas de Saúde; Ensino.

ABSTRACT

CAMPOS, R. B. **Care in tuberculosis in a municipality on the international border: Teaching as a perspective for the reorientation of assistance.** Foz do Iguaçu, 2016. 72 f. Master's Dissertation in Teaching - Centro de Educação, Letras e Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2016.

Tuberculosis has a rising and prevalent history in the municipality of Foz do Iguaçu. Due to the epidemiological and ephemeral reality of health conditions, the overcoming of fragmentation in care systems, the adoption of a care model that would focus on the health care system and on the community and changes in behavior in permanent health education are highly relevant. Current analysis analyze the impairing issues in the care of tuberculosis in the municipality of Foz do Iguaçu PR Brazil, by a descriptive and quantitative assessment on the organization in the care of tuberculosis, integration with the community, self-care, decision bearing and an outline of health services system. One hundred and five health professionals from 14 health care units were interviewed. They were provided with a questionnaire from the MacCooll Institute for Health Care Innovation, which was adapted and validated in Brazil by Moyses et al. (2012) and by Villa (2013) for the assessment of the control of tuberculosis. Classified as basic, *Integration with the community*, with mean 3.2 (DP+-1.8); *integration with factors of the care model to people with TB*, with mean 5.3 (DP+-1.6); and *decision-bearing*, with mean 5.8 (DP+-2.1) had the worst results. Best performance occurred with *supported self-care*, with an average of 6.9 (DP+-2.1); *organization of care in Tuberculosis*, with an average of 6.2 (DP+-1.5); *outline of health services system*, with an average of 6.6 (DP+-1.7); and *systems in clinical information*, with an average of 6.3 (DP+-1.8), all classified as moderate. Results show the need of professional capacitation and observance of the principles and guidelines of programs/policies for the control of Tuberculosis in First Health Care and in the National Service Health System (SUS). The theoretical and technological proposal in teaching is a challenge. It would promote "behavior changes" based on the management of chronic health conditions, in the institutions concerned.

Keywords: Primary Health Care; Tuberculosis; Teaching; Border region; Public Health Policies; Teaching.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das variáveis da dimensão <i>Organização da Atenção à Tuberculose</i> segundo componente, unidade de saúde, tipo de serviço de saúde e categoria profissional. Foz do Iguaçu, Paraná, 2012 – 2013.....	33
Tabela 2 – Distribuição das variáveis da dimensão <i>Articulação com a comunidade</i> segundo componente, unidade de saúde, tipo de serviço de saúde e categoria profissional. Foz do Iguaçu, Paraná, 2012 – 2013.....	35
Tabela 3 – Distribuição das variáveis da dimensão <i>Autocuidado apoiado</i> segundo componente, unidade de saúde, tipo de serviço de saúde e categoria profissional. Foz do Iguaçu, Paraná, 2012 - 2013.....	36
Tabela 4 – Distribuição das variáveis da dimensão <i>Suporte a decisão</i> segundo componente, unidade de saúde, tipo de serviço de saúde e categoria profissional. Foz do Iguaçu, Paraná, 2012 - 2013	37
Tabela 5 – Distribuição das variáveis da dimensão <i>Desenho do sistema</i> de prestação de serviços segundo componente, unidade de saúde, tipo de serviço de saúde e categoria profissional. Foz do Iguaçu, Paraná, 2012 – 2013.....	38
Tabela 6 – Distribuição das variáveis da dimensão <i>Sistemas de informação clínica</i> segundo componente, unidade de saúde, tipo de serviço de saúde e categoria profissional. Foz do Iguaçu, Paraná, 2012 - 2013.....	40
Tabela 7 – Distribuição das variáveis da dimensão <i>Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB</i> segundo componente, unidade de saúde, tipo de serviço de saúde e categoria profissional. Foz do Iguaçu, Paraná, 2012 – 2013.....	41

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	61
ANEXO II - QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO	62
ANEXO III - ROTEIRO OBSERVACIONAL ESTRUTURADO	70
ANEXO IV - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	71

LISTA DE ABREVEATURAS

AB	Atenção Básica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANEPS	Articulação Nacional de Movimento e Prática de Educação Popular e Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CCM	Modelo de Atenção Crônica
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRF	Centro de Referência da Família
DS	Distritos Sanitários
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
GEOTB	Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana.
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PA	Pronto Atendimento
PAEPS	Pólos Ampliados de Educação Permanente
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PR	Paraná
PREPS	Pólos de Educação Permanente em Saúde
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBS	Unidade Básica de Saúde
US	Unidade de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	13
2 DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO	14
3 QUADRO TEÓRICO	17
3.1 Redes de Atenção à Saúde	17
3.2 Modelos de Atenção à Saúde	18
3.3 Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o Sistema Único de Saúde	19
3.4 Mudança de Comportamento	21
3.5 Educação Permanente	22
3.6 Educação em Saúde	26
4 OBJETIVOS	29
4.1 Objetivo Geral	29
4.2 Objetivo Específico	29
5 MATERIAIS E MÉTODOS	29
5.1 Modelo do Estudo	29
5.2 Caracterização do Local de Estudo	29
5.3 População de Referência	30
5.4 Critérios de Inclusão	30
5.5 Amostra	30
5.6 Sujeitos do Estudo	31
5.7 Coleta de Dados	31
5.8 Instrumentos de Coleta de Dados	32
5.9 Análise dos Dados	32
5.10 Aspectos Éticos	33
6 RESULTADOS	33
6.1 Organização da Atenção à Tuberculose	33
6.2 Articulação com a Comunidade	34
6.3 Autocuidado Apoiado	36
6.4 Suporte a Decisão	37
6.5 Desenho do Sistema de Prestação de Serviços	38
6.6 Sistemas de Informação Clínica	39
6.7 Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Pessoas com TB	41
7 DISCUSSÃO	42
8 LIMITAÇÃO DO ESTUDO	51

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
10 REFERÊNCIAS.....	52
ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	61
ANEXO II - QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO	62
ANEXO III - ROTEIRO OBSERVACIONAL ESTRUTURADO.....	70
ANEXO IV – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	71

1 APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa é um recorte do projeto multicêntrico intitulado “Pontos de estrangulamento da atenção à tuberculose em municípios da região sul, sudeste e nordeste do Brasil”, liderado pelo Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB), realizado em colaboração com pesquisadores da Área Epidemiológica e Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB), cadastrado e certificado no diretório de grupos do CNPq e liderado pelo Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto e Prof^a. Dr^a. Tereza Cristina Scatena Villa. O estudo contou com a colaboração de pesquisadores de seis Escolas de Enfermagem e três Faculdades de Medicina, envolvendo sete Programas de Pós Graduação de diferentes regiões do Brasil: região Sudeste - Ribeirão Preto (SP), São José do Rio Preto (SP), Uberaba (MG); região Nordeste - João Pessoa (PB); e região Sul - Foz do Iguaçu (PR), onde o presente estudo foi desenvolvido.

2 DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO

A tuberculose (TB) mantém-se como importante problema de saúde pública. Mesmo com ações e estratégias para seu controle, ainda permanecem elevadas as taxas de incidência e mortalidade provocadas pela doença (BRASIL, 2014a).

O Brasil ocupa o 22º lugar no *ranking* dos 22 países com maior incidência da TB e o 16º lugar em número de casos com baciloscopia positiva (BRASIL, 2014a; 2014b; WHO, 2014). Em 2013 o país obteve uma taxa de incidência de TB de 35,4/100.000 habitantes, a qual diminuiu 20,4% em relação ao ano de 2003. O Estado do Paraná, por sua vez, no ano de 2013 apresentou um coeficiente de incidência de TB de 21,0/100.000 habitantes (BRASIL, 2014a, 2014b).

O estado emergencial decretado no Brasil em relação à TB, ao final dos anos de 1990, desencadeou mudanças na conduta e estratégia de controle da doença, preconizadas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose. A estratégia teve como objetivo central a redução da incidência, por meio da detecção e do tratamento precoce da doença (BRASIL, 2011a).

Tornar o diagnóstico eficiente se apresenta como crescente desafio, considerando não só as dificuldades dos doentes em acessar os serviços de saúde, como também as questões organizacionais e gestoras do próprio sistema de saúde. O fluxo aumentado de pessoas que buscam assistência sobrecarrega os serviços de saúde pública, reduzindo a sensibilidade dos profissionais envolvidos na prática diária para a detecção e manejo adequado de patologias (FILHO; MONTENEGRO; SANTOS, 2009).

A minimização das desigualdades sociais na área da saúde representa importante meta traçada pelo governo. Assim, o Ministério da Saúde (MS), em reforço com o princípio descentralizador do Sistema Único de Saúde (SUS), vem pactuando metas sanitárias com os municípios (BRASIL, 2011b).

De acordo com Almeida et al. (2010), nenhum dos níveis de assistência do sistema de saúde dispõe de recursos totais necessários ao atendimento das demandas de saúde populacional. Dessa forma, torna-se fundamental o fortalecimento de mecanismos referenciais, bem como de integração e cooperação entre os serviços de saúde.

O trabalho em rede é componente básico para a prestação do cuidado abrangente, contínuo, resolutivo, ao passo que é oposto ao conceito rígido,

focalizado e seletivo ainda dominante, em que sobressaltam ações e serviços de baixa qualidade assistencial, focados para populações pobres, desinformadas e vulneráveis (WHO, 2008). É necessário considerar a importância das necessidades de saúde para condução do sistema e modelo de saúde, visto que este deve estar organizado para dar respostas sociais adequadas às reais necessidades de saúde expressas pela população (BRASIL, 2015). Mesmo com o advento da Estratégia de Saúde da Família (ESF), nota-se que atualmente a atenção à saúde ainda encontra-se fragilizada devido aos sistemas de saúde fragmentados, sendo possível observar pontos de atenção isolados e incomuns principalmente entre os níveis de atenção à saúde impossibilitando a atenção contínua à população (BRASIL, 2015). Neste sentido, desenvolver ferramentas de atuação para a sensibilização é desafio premente ao profissional de saúde pública.

Acredita-se que o desenvolvimento dos recursos humanos contribua de maneira significativa para o alcance de qualidade na atenção à saúde, por meio de ferramentas que propicie o desenvolvimento de processos educacionais potentes e inovadores no campo da educação na saúde, educação permanente e educação em saúde (BRASIL, 2004b, 2009).

A Atenção Básica (AB) dispõe de recursos de baixa densidade tecnológica e deve cumprir três funções: resolubilidade (solucionar mais de 85% dos problemas da população), comunicação (ordenar os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos assistenciais e informações entre os diferentes níveis de atenção) e responsabilização sanitária pelos territórios (MONROE et al., 2008).

A capacidade de resolutividade das ações de controle da TB é influenciada por fatores associados ao comportamento do doente, à modalidade de tratamento empregado e à operacionalização dos serviços, com destaque para a atuação do profissional da saúde na percepção das ações a serem tomadas (SÁ et al., 2007).

Desta forma, os vínculos representam diretrizes operacionais para o alcance da integralidade da saúde, considerando que o vínculo estabelece fortes laços interpessoais entre profissionais da saúde e pacientes, por meio de relações de escuta, diálogo, respeito e humanização da assistência, promovendo corresponsabilidade do tratamento de saúde e aumento da sensibilidade (STARFIELD, 2002).

Estudos apontam que os serviços de AB e de Pronto Atendimento (PA) são os mais procurados no início dos sintomas da TB. Desta forma, torna-se necessário

contribuir com a produção de conhecimentos voltados para a avaliação da percepção dos processos de saúde e, também, com a formulação de políticas públicas que levem ao diagnóstico oportuno da doença em um sistema de saúde em rede (MACIEL et al., 2010; MACHADO et al., 2011). A esse respeito cinco redes temáticas prioritárias foram pactuadas para implantação em regiões do Brasil após o ano de 2010, dentre elas cita-se a RAS das pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2015).

Ressalta-se que no contexto nacional as ações de controle da TB são de responsabilidade da AB, por meio da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), na qual são definidas áreas de atuação estratégica mínima da Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. Dessa forma, os serviços de AB devem realizar a identificação dos sintomáticos respiratórios, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos doentes (ALMEIDA et al., 2010).

Além disso, as equipes da AB devem ser compostas, minimamente, por médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde e auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem. As atribuições comuns aos integrantes são: busca ativa, registro dos agravos de notificação compulsória, assim como de outros agravos e situações de importância local, incluindo o controle da TB (MACHADO et al., 2011).

O atual estudo tem como eixo de análise a integração de ações e coordenação da assistência como instrumento de gestão das ações e serviços ofertados que favoreçam a adesão do doente ao tratamento. Nesta perspectiva, o estudo tem por objetivo analisar os pontos de estrangulamento da atenção à TB no município de Foz do Iguaçu, tendo o ensino como perspectiva para a reorientação da assistência a partir de profissionais envolvidos com a assistência e planejamento do cuidado dos doentes na Atenção Primária à Saúde (APS), e utilizando como referência as políticas de controle da doença.

3 QUADRO TEÓRICO

3.1 Redes de Atenção à Saúde

A evolução histórica da proposta de Redes de Atenção à Saúde (RAS) é marcada pela resposta social quanto à necessidade de superação dos modelos fragmentados de atenção à saúde (MENDES, 2011).

A primeira proposta de RAS foi apresentada no Relatório Dawson, publicado em Washington no ano de 1920. Mais tarde, na primeira metade dos anos 90, ela emerge por meio das experiências de sistemas integrados de saúde nos Estados Unidos, partindo para sistemas públicos da Europa Ocidental, Canadá e alguns países em desenvolvimento, de forma a propor a superação da fragmentação dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Segundo Mendes (2011, p. 85) as RAS são “[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente” constituídas pela população, estrutura operacional e modelos de atenção à saúde. Neste hiato, a população deve ser adstrita, vinculada à uma unidade de APS, “[...] subdividida em subpopulações por fatores de risco e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas” (MENDES, 2011, p. 85).

A estrutura operacional das RAS, “[...] é composta pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais” (MENDES, 2011, p. 86), que se decompõe em cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança. Diante dessa diversidade, os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós (MENDES, 2011).

O terceiro elemento que compõe as RAS diz respeito aos modelos de atenção às condições agudas e crônicas, dando ênfase às condições crônicas devido sua complexidade. A partir de um modelo desenvolvido nos Estados Unidos, realizaram-se adequações para a aplicabilidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento, tendo em vista os resultados positivos, tanto econômicos quanto sanitários. Esse modelo base de atenção crônica é proposto para ser utilizado no Sistema Único de Saúde (SUS), unido aos cinco níveis de intervenções postulados por Dahlgren e Whitehead em que os dois primeiros articulam-se com a promoção e prevenção da condição de saúde, e os demais discutem a gestão da clínica

Segundo Mendes (2011, p.21)

o primeiro nível, as intervenções de promoção sobre os determinantes distais e intermediários da saúde, em relação com a população total adscrita à rede; o segundo nível, as intervenções de prevenção das condições de saúde sobre os determinantes proximais de comportamento e estilos de vida, relativos a subpopulações em situação de riscos ligados aos comportamentos e aos estilos de vida; e os terceiro, quarto e quinto níveis, as intervenções de gestão da clínica sobre subpopulações com condições de saúde estabelecidas, estratificadas por riscos.

Dentre os modelos de RAS bem sucedidos no Brasil, cita-se o *Programa Mãe Curitibana*, instituído pela Resolução nº 002/99, da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR implantado em 1999. Este programa já acompanhou mais de 200 mil gestantes e tem sido adaptado em outras partes do país. Expõe-se que antes de sua implantação, o cenário assistencial na atenção à gestante apresentava baixa qualidade, acesso limitado e inadequado, com fluxo desorganizado (MENDES, 2011).

3.2 Modelos de Atenção à Saúde

A necessidade de mudanças no sistema e busca por respostas eficazes e efetivas às condições crônicas de saúde motivaram o desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde.

De acordo como Mendes (2011, p. 209), modelo de atenção à saúde “[...] é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS”, por meio da articulação entre população e subpopulação estratificada por riscos, focalizando as intervenções mediante a realidade epidemiológica, demográfica e os determinantes sociais em tempo específico e sociedade singular (MENDES, 2011).

Nesse contexto, os distintos modelos de atenção às condições agudas e crônicas diferenciam-se mediante característica singular da condição de saúde. É interessante reiterar que as principais distinções entre as redes de atenção às condições crônicas e as redes de atenção às condições agudas estão diretamente relacionadas ao papel da APS e sua regulamentação.

A respeito disso, evidencia-se que, nas redes de atenção às condições crônicas, a APS é considerada um dos locais de atenção à saúde que integra o

centro de comunicação das RAS e exercita a função de regulação dessas redes, enquanto que, nas redes de atenção às condições agudas, “[...] a APS desloca-se do centro para constituir um importante ponto de atenção à saúde, mas sem cumprir a função de coordenação dos fluxos e contrafluxos dessas redes” (MENDES, 2011, p. 214).

Para tanto, as mudanças no sistema devem ser direcionadas para a atenção às condições crônicas, ao uso de tecnologia da informação, à promoção de educação permanente, ao incentivo do trabalho multidisciplinar, à monitorização de processos, à monitorização de resultados, entre outros (MENDES, 2011).

Neste sentido, “Os modelos de atenção à saúde voltados para as condições crônicas são construídos a partir de um modelo seminal, ou seja, o modelo de atenção crônica”(MENDES, 2011, p. 218).

[Esse modelo seminal], compõe-se de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. Esses seis elementos apresentam inter-relações que permitem desenvolver pessoas usuárias informadas e ativas e equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população (MENDES, 2011, p. 221).

Ressalta-se que mediante as adaptações derivadas deste modelo, o autor desenvolveu o modelo de atenção às condições crônicas para aplicação no SUS, de acordo com Mendes, 2007.

3.3 Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o Sistema Único de Saúde

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) foi desenvolvido por Mendes, baseado no modelo de determinação social da saúde, nos elementos do Modelo de Atenção Crônica (CCM) e nas relações estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde, considerando as peculiaridades do sistema público de saúde brasileiro (MENDES, 2011).

Dentre as adaptações que se fizeram necessárias, a princípio o MACC buscou tanto a ampliação das intervenções sanitárias da população, como também as intervenções intersetoriais acerca dos determinantes sociais e intermediários da saúde. Na sequência, fez uso das evidências sobre a atenção à saúde, baseando-se

na população e na pirâmide de risco da *Kaiser Permanente*, composta por três níveis que são representados pelo autocuidado apoiado, pela gestão da condição de saúde e a gestão de caso (MENDES, 2011). Neste ínterim, articulam-se as subpopulações de riscos com as intervenções de prevenção e “[...] condições de saúde estabelecidas, diferenciadas por riscos, com as intervenções sanitárias ofertadas pelas tecnologias de gestão da clínica” (MENDES, 2011, p. 245).

No âmbito do MACC as mudanças ocorrem mediante o modo com que se atenta à saúde. Portanto, o sucesso no manejo das condições crônicas de saúde está intimamente ligado à inclusão de uma nova clínica promovida por alterações profundas nos encontros clínicos entre equipes e profissionais de saúde, principalmente na forma com que são operacionalizados. Em essência, prima-se pela requalificação, “[...] no plano horizontal, as interações produtivas entre equipes de saúde proativas e preparadas e pessoas usuárias ativas e informada” (MENDES, 2011, p. 293), a fim de obter resultados clínicos e funcionais (MENDES, 2011).

As tecnologias da gestão da clínica é composta por cinco tipos de tecnologias: as diretrizes clínicas, a gestão da condição de saúde, a gestão de caso, a auditoria clínica e a lista de espera (MENDES, 2011).

Em se tratando das diretrizes clínicas, estas desempenham quatro funções essenciais nos sistemas de atenção à saúde: a função gerencial, a função educacional, a função comunicacional e a função legal (MENDES, 2011).

No contexto da função educacional, as diretrizes clínicas são utilizadas como instrumentos dos processos de educação permanente para os profissionais dessa área, e de educação em saúde para os usuários dos sistemas de atenção à saúde. Para tanto, esses instrumentos de normatização dos processos de trabalho em saúde devem ser elaborados, apropriados e transformados pelos profissionais da área e pelas pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Acredita-se que este processo seja importante, tendo em vista que “[...] o objetivo fundamental das diretrizes clínicas é mudar os comportamentos dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde” (MENDES, 2011, p. 373), sendo este elemento coadjuvado pela gestão da condição de saúde em seu constituinte denominado *mudança de comportamento* (MENDES, 2011).

Acerca da gestão da condição de saúde, esta se destina ao gerenciamento da condição crônica já estabelecida e estratificada por risco ou fator de risco

biopsicológicos, sendo “[...] especialmente indicada para o manejo das condições crônicas que necessitam de atenção por longo tempo e em diferentes pontos de atenção de uma RAS” (MENDES, 2011, p. 387). Segundo Mendes (2011), essa tecnologia atualmente se encontra no quarto plano, onde têm sido preconizadas medidas promocionais e preventivas destinadas a aprimorar o estado de saúde, ao invés dos enfoques de cura, cuidado e reabilitação.

O processo de desenvolvimento da gestão da condição de saúde é integrado em virtude de sua operacionalização. Esta tecnologia tem se estruturado em quatro grandes componentes: “o plano de cuidado, a gestão dos riscos da atenção à saúde, as mudanças de comportamento de profissionais de saúde e de pessoas usuárias e a programação da atenção à saúde” (MENDES, 2011, p. 388).

Nesse âmbito, enfatiza-se que as condições crônicas de saúde envolvem as doenças infecciosas persistentes tal como a tuberculose (MENDES, 2011). Nesse sentido, ressalta-se que tal condição crônica de saúde, exige um sistema de atenção à saúde com resposta proativa e contínua como também a corresponsabilidade do usuário por sua saúde em parceria com a equipe de saúde, o conhecimento e ação clínica compartilhada entre o usuário e a equipe de saúde com intervenções centradas no cuidado multiprofissional e no autocuidado visto que apresentam duração indefinida (MENDES, 2011).

3.4 Mudança de Comportamento

Na gestão da condição crônica de saúde, Mendes (2011) defende que a mudança de comportamento dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias dos serviços ocorre somente por meio de processos educacionais potentes voltados aos profissionais (educação permanente) e aos usuários (educação em saúde). Neste sentido, deve-se atentar ao fato de que baixos níveis de educação influenciam negativamente a saúde, principalmente “em relação à percepção do estado de saúde, à alfabetização sanitária, ao acesso aos serviços de saúde e aos níveis de saúde”, tendo em vista que a “educação é fator determinante na saúde” (MENDES, 2011, p. 258).

Neste contexto, acredita-se que o ensino deve valorizar o homem, sobretudo instrumentalizar o pleno desenvolvimento de suas capacidades, tornando-o participante e transformador da realidade e consciente do seu fazer (FREIRE, 2014). Tal conceito corrobora com Mendes (2011, p. 223) ao afirmar que os “[...]”

profissionais de saúde devem ser permanentemente educados”. Neste sentido, postula-se a importância da significância e reconstrução do conhecimento por meio da assimilação e participação nas atividades relacionadas, por conseguinte, a utilização de métodos educacionais vigentes ou seja, com referenciais pedagógicos, ativos, focados e pautados na problematização (BRASIL, 2004b; CONTERNO e LOPES, 2013; FREIRE, 2003;).

Acredita-se que é necessário fortalecer e tornar produtivas as interações entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias, além de aumentar as intervenções de autocuidado apoiado (MENDES, 2011). Para tanto, defende-se a necessidade em utilizar métodos adequados, inovadores e contemporâneos nos processos formativos na área da saúde, educação permanente e educação em saúde, tais como: recursos tecnológicos, metodologias ativas e metodologias problematizadora. Como exemplo prático, cita-se dinâmicas de grupo e estratégias voltadas à discussão de estudos de caso, bem como a interlocução de conteúdos teóricos e práticos no próprio ambiente de trabalho, entre outros (BRASIL, 2004a; 2004b; MENDES, 2011).

Merhy (2005), corrobora com esse entendimento ao defender primordialmente o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho alinhados pela concepção do aprender a aprender, do trabalho em equipe e da construção regular e diária da aprendizagem individual, coletiva e institucional.

Em outras palavras, a educação em saúde e trabalho em saúde são indissociáveis. Neste sentido, a responsabilidade pelo sucesso ou insucesso das ações de saúde nessa vertente torna-se um desempenho mútuo: “um produz o outro” (MERHY, 2005, p. 172).

3.5 Educação Permanente

No contexto histórico da Educação Permanente (EP), Rizzotto (2006) afirma que somente a partir do século XX, especificadamente no ano de 1950, surgiram políticas e programas voltados à formação continuada dos trabalhadores. No Brasil, a propagação da EP ente ocorreu em 1960, sob a perspectiva de desenvolvimento nacional, no intuito de subsidiar a autonomia das comunidades, fornecer mão-de-obra qualificada, entre outros.

Neste âmbito, Paiva e Rattner (1985) contextualizam a influência da dinâmica do capitalismo no pressuposto da EP, e abordam a valorização da subjetividade do trabalhador e a necessidade de considerar as especificidades do setor de serviço.

Dessa forma, aloca-se a necessidade de superação dos processos tradicionais de educação dos profissionais de saúde, tendo em vista que a educação desses profissionais aponta para uma educação em processo permanente, a partir de tendências como: pré-graduação, graduação, formação para especialidade e EP (BRASIL, 2005).

A EP é definida pelo MS como o “[...] conceito pedagógico, no setor saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino, as ações e serviços, e entre a docência e atenção à saúde [...]” (BRASIL, 2009, p. 7). A EP é também definida como um conceito surgido no campo da educação, que analisa o elo entre esta área e o trabalho, e propõe tanto o aprendizado significativo como a relevância social do ensino, estimulando a produção de saberes a partir da valorização da experiência e cultura dos sujeitos envolvidos na prática de trabalho em saúde (BRASIL, 2005; JUNGUES, 2006).

Na década de 1990 o conhecimento de EP foi sistematizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), sob o prisma teórico metodológico para a construção de programas de EP de saúde. Entretanto, somente a partir de 2003 a Educação Permanente em Saúde (EPS) se tornou a ideia central da política de gestão da educação no trabalho em saúde, sobretudo uma forte política de governo no Brasil (BRASIL, 2004a; RIZZOTTO, 2006). Neste cenário, ressalta-se que em 2004, o Governo Federal instituiu o Programa Nacional de EPS (BRASIL, 2004b). Em sequência, no ano de 2007, o MS fortaleceu essa política por intermédio da Portaria 1.996/GM/MS.

Neste contexto, focaliza-se a descentralização das ações, a consolidação das instâncias gestoras, as necessidades locais e regionais, a gestão participativa e o envolvimento dos governantes estaduais na gestão e efetivação do processo (MACHADO e WANDERLEY, [2012?]).

Segundo o MS, a EPS é uma ferramenta estratégica do SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores, com foco na equipe multidisciplinar, na interdisciplinaridade, na gestão compartilhada dos processos de trabalho e na participação social (BRASIL, 2007a).

Neste sentido, o MS define a EPS como a “aprendizagem permeabilizada pelo trabalho, um ensinar e aprender em situação/contato real com as vivências do trabalho, um ensino aprendizagem inserido ao cotidiano do trabalho e perspectiva de gestão de sistemas e serviços de saúde” (BRASIL, 2004a, p. 01). Nesta perspectiva, a EPS apropriou-se de um novo conceito no campo da educação, tendo em vista a análise e reflexão do elo entre educação e trabalho, a aprendizagem significativa e a relevância social do ensino, sob a perspectiva da formação profissional pautada no conhecimento e exercício profissional no que diz respeito aos saberes técnicos e científicos, e à ética da vida e das relações (BRASIL, 2005).

Desse modo, a EPS se torna não só uma estratégia de mudança dos perfis dos profissionais, uma vez que permite a criação de espaços de coletividade, nos quais cada indivíduo é visto em seu processo de trabalho como protagonista desse meio, tornando-se instrumento e ator social do cenário no qual está inserido (MACHADO e WANDERLEY [2012?] p. 07).

Neste âmbito, a Política Nacional de EPS tem assumido o compromisso da orientação teórico-metodológica na formação inicial (graduação), com ênfase na formação de profissionais para o SUS. Assim, torna-se notório a inclusão de compromissos que abranjam o Ministério da Educação, as Instituições de Ensino Superior, as escolas técnicas, os pesquisadores, os docentes e os estudantes (BRASIL, 2004c).

As ações promovidas pelo MS no campo da formação profissional para SUS, no desenvolvimento dos profissionais de saúde (que trabalham no SUS) e na articulação entre o setor da saúde e da educação estão ocorrendo, mesmo que ainda de forma incipiente, longe do ideal para o desenvolvimento de uma política voltada às necessidades da população brasileira (TEIXEIRA e LOPES, 2006).

Neste contexto, as ações como *Vivências e Estágios na Realidade do SUS*, *Aprender SUS*, *Educar SUS*, *Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no SUS*, *Articulação Nacional de Movimento e Prática de Educação Popular e Saúde* (ANEPS), *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde* (PRÓ-SAÚDE), *Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde* (FNEPAS), *Profissionalização Técnica* e os cursos de pós-graduação têm focado a criação de uma nova instância para construção da política de educação na saúde, envolvendo os *Pólos de EPS*, considerada a principal estratégia do MS (TEIXEIRA e LOPES, 2006).

Os *Pólos de Educação Permanente* eram instâncias regionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente propostos pela Portaria 198GM/2004. Contudo, a Portaria 1996/2007 revê esta organização e indica Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), em substituição aos pólos. Na verdade, houve somente a mudança de termos, pois também propiciam a discussão problematizadora acerca das mudanças das práticas gerenciais da saúde e intervenções educacionais em saúde (MERHY, 2005; BRASIL, 2004b).

No estado do Paraná foram criados, em 2003, 22 Pólos de Educação Permanente em Saúde (PREPS) e 6 Pólos Ampliados de Educação Permanente (PAEPS), com o objetivo de aumentar a articulação entre as instituições de Ensino Superior e Médio, os Serviços Municipais e Regionais de Saúde, dentre outras instâncias (PARANÁ, [201-]).

Neste sentido, a EPS tem os pressupostos metodológicos ativos e princípios pedagógicos apoiados no ensino problematizador, na aprendizagem significativa (BRASIL, 2007b). Para Merhy (2005, p.173), todo esse processo “tem de ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática, o que implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir [...]”.

As estratégias envolvem círculos de aperfeiçoamento da prática profissional e reflexão crítica dos profissionais sobre o seu próprio desempenho (MAMEDE, 2005). Na verdade

a educação permanente para os profissionais de saúde exige uma mudança estrutural nas organizações de saúde que devem colocar a atualização permanente de seus profissionais como o principal investimento nos seus ativos. Essa organização, conseqüentemente, deve prover os recursos financeiros e os meios educacionais necessários para alcançar tal objetivo. Isso significa valorizar o momento educacional como parte da carga horária contratada ofertando-o, portanto, em tempo protegido (MENDES, 2011, p. 395).

Segundo Mamede (2011), é necessário considerar que uma nova abordagem educacional para os profissionais de saúde deve ser baseada em fatores predisponentes, habilitadores e reforçadores. Nessa conjuntura, propõe-se a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes por meio de atividades formais, além de ressaltar a necessidade de facilitadores das mudanças no ambiente de trabalho e a consolidação dessas mudanças por meio de *feedbacks* (MAMEDE, 2001). Entretanto, Campos (2006) emite crítica à abordagem metodológica utilizada

na atual conjunção da EP, de forma que para o mesmo autor, a proposta de EP no modelo atual negligencia os espaços formais. Segundo Campos (2006, p. 53)

[...] ficam inventando umas bobagens simplificadoras de “facilitador”, “ativador” etc, supondo que esses auxiliares substituem o papel do professor, ou a importância do conhecimento sistematizado em livros [...].

Pensar/providenciar EPS retoma elementos analisadores descritos, como: a educação dos profissionais de saúde, as práticas de atenção, a gestão setorial e a organização social (CECCIM, 2005; CECCIM, 2008). Campos (2006) ainda defende a abordagem construtivista, interacionista e problematizadora de educação dos profissionais da saúde, ao invés da concepção hegemônica tradicional.

Diante desse cenário, torna-se imprescindível a busca de respostas e análise mais criteriosa sobre as abordagens teórico-metodológicas do ensino no campo da saúde, assim como sua repercussão pedagógica e política sob a ótica dos resultados (CONTERNO, 2013).

3.6 Educação em Saúde

De acordo com a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a educação em saúde constitui um dos compromissos do pacto de gestão. Trata-se de uma das principais estratégias de AB que visa prevenção, promoção da saúde por meio de profissionais e trabalhadores da saúde habilitados por saberes, conhecimentos científicos em saúde e práticas orientadas e disponibilizadas ao cotidiano dos usuários de serviços dessa área (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2008). Neste contexto, ressalta-se que a portaria supracitada estabelece diretrizes para a organização de RAS no SUS (MENDES, 2012).

Sobre a educação em saúde no SUS, professores e profissionais da área representam o papel fundamental para a superação do paradigma de atendimento básico (JUNGUES, 2006). Preconiza-se a aprendizagem centrada no aprendiz, busca-se a independência, a autogestão e a aplicação prática do aprendizado na vida (BRASIL, 2007b; ABRAHÃO e MERHY, 2014).

Existem estratégias educacionais que privilegiam a aprendizagem significativa e por problemas, mas exigem muito conhecimento do profissional (PERILLO et al., 2007 ; MAMEDE, 2001). Entretanto, defende-se que a educação em saúde depende

mais das condições de ambientação possibilitadas pelo gestor e da compreensão da saúde, do que da boa vontade ou do voluntarismo do trabalhador (JUNGUES, 2006).

Como parte da função educacional Mendes (2011) defende a necessidade de valorizar o processo como um todo, instigando a participação proativa dos usuários no plano de cuidados. Considera-se essencial tal premissa para a gestão da condição de saúde.

O modelo de educação em saúde deve prezar pela reorganização das práticas educacionais na atenção básica, renovação dos vínculos de compromisso e responsabilidade mútua entre os serviços e a população contemplada (ALVES, 2005).

Segundo Gadotti (2000, p. 4) “o traço mais original da educação desse século é o deslocamento de enfoque do individual para o social, para o político e para o ideológico”. Em corroboração com a temática, Vasconcelos et al. (2009, p. 27) afirma que

Um exemplo desse enfoque educacional social, político e ideológico, no cenário brasileiro, é a “Pedagogia do Oprimido”, proposta por Paulo Freire (1921-1997) [destarte, Paulo Freire em seu livro] Pedagogia da autonomia [...] sugere o exercício de práticas pedagógicas que valorizem e respeitem a cultura, a individualidade e os conhecimentos empíricos dos educandos. [...]. Para ele, é a partir do processo de reflexão da realidade que o homem se torna consciente e comprometido e pode atuar como agente de transformação de si e dessa realidade.

Neste sentido, o modelo tradicional deve ser superado e substituído por um modelo emergente de educação em saúde (ALVES, 2005; VASCONCELOS et al., 2009). Tal modelo pode ser entendido como o modelo dialógico “[...] por ser o diálogo seu instrumento essencial, [em que] o usuário dos serviços é reconhecido sujeito portador de um saber, que embora diverso do saber técnico-científico não é deslegitimado pelos serviços” (ALVES, 2005, p. 48). Para o mesmo autor, o modelo dialógico centra-se nas necessidades dos usuários. Faz-se interessante reiterar que nesta perspectiva almeja-se as práticas emancipatórias, tendo como objetivo central o ato de “[...] transformar saberes existentes [ao invés de] informar para a saúde” (ALVES, 2005, p. 48).

Portanto, compreende-se, então, que a prática educativa

[...] visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas pelo

desenvolvimento da compreensão da situação de saúde (ALVES, 2005, p. 48).

É bom acrescentar ainda que as práticas educativas podem ser formais ou informais, de modo convencional ou extraordinário, por meio de palestras e outras práticas (ALVES, 2005).

Similarmente, Mendes (2011) e Vasconcelos et al. (2009) afirmam que a educação em saúde envolve estratégias. Em virtude disso, Mendes (2011, p. 400) cita os “[...] grupos focais; a busca dos melhores meios para as mensagens específicas (eletrônico, impresso, falado, visual); e a avaliação por *feedback* da eficácia dos métodos comunicacionais utilizados”.

Por outro lado, Vasconcelos et al. (2009) apresenta algumas estratégias a serem utilizadas para a interação entre os sujeitos nos diferentes ambientes de trabalho da equipe de saúde, elegendo os grupos como o local para construção coletiva, visto que os grupos são as formações comuns mais relevantes para educação em saúde. Dentre os grupos, o autor dialoga sobre as rodas de conversa e grupos operacionais. A saber, as rodas de conversa é uma estratégia do MS que viabiliza a participação democrática. Nestas rodas, o grupo é incentivado a realizar alguma tarefa relacionada ao tema elegido nas discussões da equipe e comunidade (BRASIL, 2005).

Os grupos operacionais correspondem a modalidades de grupo que utiliza uma abordagem teórica amparada pela psicologia social de Pichon-Rivière, a qual estuda o desenvolvimento e as mudanças de determinada prática lógica entre instrução e a concepção ideológica do inconsciente do sujeito, amparada pelas próprias relações de necessidade (PICHON-RIVIÈRE, 1998). Essa proposta que busca a inserção do sujeito nas tarefas, nos grupos e a formação de vínculos entre os entes (PICHON-RIVIÈRE, 1998).

Segundo Vasconcelos et al. (2009, p. 43), “[...] essa abordagem teórica tem sido muito utilizada, [...] para trabalhar com pessoas que precisam ser preparadas para o autocuidado no manejo de enfermidades crônicas”.

Conforme Carl Roger, (apud ARANHA, 1996, p.182) “o homem é capaz de resolver por si só seus problemas [desde que tenha auto compreensão, e seja criado] condições para que o sujeito seja capaz de se guiar por conta própria”. Para tanto, sugere-se atividades em grupo, nas quais o professor facilitador e monitor do processo ofereça recursos como atividades reais (ARANHA, 1996).

Diante do que foi apresentado, acredita-se que a metodologia educacional deve estar pautada em princípios pedagógicos críticos, transformadores onde os profissionais e a comunidade são os atores ativos e presentes em todo o processo de aprendizagem (VASCONCELOS et al., 2009; FREIRE, 2014).

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Analisar os pontos de estrangulamento da atenção à tuberculose no município de Foz do Iguaçu-PR.

4.2 Objetivo Específico

Analisar a integração de ações e serviços para a assistência aos portadores de tuberculose nos serviços de saúde de APS.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Modelo do Estudo

Pesquisa epidemiológica de delineamento descritivo, com abordagem quantitativa.

5.2 Caracterização do Local de Estudo

No ano de 2010, Foz do Iguaçu (PR) possuía uma população de 256.088 habitantes. A cidade está localizada na tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina.

A atenção à saúde ocorre em cinco regiões denominadas Distritos Sanitários (DS), sendo as regiões norte, sul, leste, oeste e nordeste, e é composta por quatro (04) Centros de Referência da Família (CRF), oito (08) Unidades Básica Saúde (UBS), dezesseis (16) Unidades de Saúde da Família (USF), com trinta e oito (38) equipes de saúde da Família. Conta, ainda, com Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviços de Emergência e Urgência, um (01) Hospital Municipal e três (03) privados, centro de especialidades médicas e de referência, com atendimento especializado e equipes multiprofissionais. As ações de controle da TB ocorrem nas unidades de saúde de Atenção Primária do município, contando com o suporte da equipe matricial.

5.3 População de Referência

A população de referência foi composta pelos profissionais de saúde registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), referente ao município. A base do cálculo da amostra de profissionais a serem entrevistados se deu pelo total de trabalhadores que atuavam nos serviços de APS do município por meio do CNES, sendo excluídos profissionais que apresentavam duplicidade, que trabalhavam nos serviços especializados (Ambulatório de Referência, Serviço de Atendimento Especial, Centro de Apoio Psicossocial e Programa de Controle da Tuberculose) e aqueles que trabalhavam em estabelecimentos hospitalares e clínicas particulares.

Após esse levantamento, foi estabelecido o contato com a coordenação do Programa Municipal de Controle da TB a fim de identificar quantos e quais profissionais já haviam atendido e acompanhado portadores de TB.

5.4 Critérios de Inclusão

Foram considerados todos os profissionais que já acompanharam algum caso de TB há 6 meses e que estivessem trabalhando em Unidade de APS na época da coleta dos dados.

5.5 Amostra

Após este levantamento, procedeu-se então ao cálculo do tamanho da amostra, sendo considerados os seguintes parâmetros: erro amostral de 0,05; intervalo de confiança de 95% e P (proporção populacional) de 50%, com a seguinte

equação: $n_0 = \frac{p \cdot (1-p) \cdot Z^2}{e^2}$. Por ter uma população finita, a amostra mínima calculada

foi corrigida utilizando a equação: $n = \frac{n_0}{1 + (n_0 - 1 / N)}$. Obtendo-se o valor amostral de 153 sujeitos (Quadro – 1).

Por meio de uma amostragem por partilha proporcional, definiu-se o número de profissionais a ser entrevistados segundo categoria profissional.

Quadro 1 – Amostra para entrevista em Foz do Iguaçu, PR, 2013

Município	Total de profissionais Que atuavam na APS	Total de profissionais que atenderam os critérios de inclusão	Número	Amostra
Foz do Iguaçu (PR)	354	252	384,16	153

Fonte: GEOTB

5.6 Sujeitos do Estudo

Após esgotar as tentativas de entrevista entre os profissionais que atendiam os critérios de inclusão, a população de estudo constituiu-se 105 profissionais de saúde encontrados e que aceitaram participar da pesquisa. Destes 9,5% eram técnicos de enfermagem, 12,4% médicos, 15,2% enfermeiros, 17,1% auxiliares de enfermagem e 45,7% agentes comunitários de saúde (ACS). Estes profissionais estavam em 14 unidades de saúde distribuídas nos 5 DS, sendo que 61,9% pertenciam a Unidade de Saúde da Família (USF), 27,6% Unidade Básica de Saúde (UBS) e 10,5% Centro de CRF.

5.7 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada após aprovação da pesquisa frente à Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, a qual autorizou que as entrevistas ocorressem nas unidades de saúde de APS de lotação dos respectivos sujeitos investigados.

As unidades de saúde foram escolhidas por conveniência, salvaguardando, que pelo menos uma unidade em cada DS fosse selecionada, de modo que todas as regiões do município estivessem contempladas no estudo.

Os entrevistadores foram treinados e as entrevistas ocorreram no período de dezembro de 2013 a janeiro de 2014 entre os voluntários que atendiam os critérios de inclusão e que aceitaram participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I).

As entrevistas foram realizadas em cada unidade de saúde (em ambiente reservado para preservar a privacidade), quando se esgotava o número de potenciais sujeitos a ser entrevistado, o entrevistador migrava para outra unidade de saúde. No período em que ocorreram as entrevistas havia no município 28 Unidades de APS, destas 14 tiveram respondentes envolvidos na pesquisa.

5.8 Instrumentos de Coleta de Dados

Utilizou-se um questionário segundo *MacCool Institute for Health Care Innovation* (Instituto MacCool para a inovação de atenção à saúde). Adaptado e validado no Brasil por Moyses et al (2012) e *adaptado* por Villa (2013)¹ - Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB) da Universidade de São Paulo (USP). O questionário está dividido em parte A e parte B (que versam sobre dados operacionais e identificação dos sujeitos da pesquisa) para a avaliação do controle da tuberculose. Este questionário compreende 7 dimensões: *Organização da Atenção à Tuberculose, Articulação com a comunidade, Autocuidado apoiado, Suporte a decisão, Desenho do sistema de prestação de serviços, Sistemas de informação clínica e Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB* (ANEXO II).

Neste contexto, utilizou-se um roteiro observacional estruturado (ANEXO III) para registro de observações e informações adicionais.

5.9 Análise dos Dados

Para a análise dos dados, inicialmente somou-se a pontuação dos itens de cada dimensão, calculando-se em seguida o valor médio correspondente. Ao final, a pontuação de todas as dimensões foi somada, calculando em seguida a média final. Desta forma, o questionário adaptado para a atenção à TB foi organizado para que a pontuação mais alta (11) em qualquer item, seção ou avaliação final, indique um local com recursos e estrutura ótima para a atenção à doença. Por outro lado, a menor pontuação possível (0), corresponde a um local com recursos e estrutura muito limitados para a atenção à TB. A interpretação dos resultados foi a seguinte:

Entre “0” e “2” = capacidade limitada para a atenção à TB;

Entre “3” e “5” = capacidade básica para a atenção à TB;

Entre “6” e “8” = capacidade razoável para a atenção à TB;

Entre “9” e “11” = capacidade ótima para a atenção à TB.

¹ Villa, T. C. S. 2013. Projeto de Pesquisa: Tuberculose: análise dos pontos de estrangulamento da atenção para controle da doença em municípios das regiões sul, sudeste e nordeste do Brasil. Chamada: Chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE - Decit N° 40/2012 - Pesquisa em Doenças Negligenciadas Processo: 404073/2012-3.

Realizou-se as análises com aplicação de estatística descritiva (frequência, média e intervalo de confiança de 95%) para as sete dimensões do estudo, segundo as categorias de análise (componente, município, unidade de saúde, tipo de serviço de saúde, e categoria profissional) para isso utilizou-se o software Statistica 9.0 da Statsoft (Statsoft Inc.). Para verificar as diferenças entre as médias segundo grupo de análise, aplicou-se o teste de significância estatística para ANOVA.

5.10 Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi submetida em Comitê de Ética em Pesquisa, atendendo à resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - Protocolo 348.117 (ANEXO IV).

6 RESULTADOS

6.1 Organização da Atenção à Tuberculose

Foram entrevistados 105 profissionais de saúde sendo 10 técnicos de enfermagem, 13 médicos, 16 enfermeiros, 18 auxiliares de enfermagem e 48 ACS. Os profissionais estavam distribuídos em 14 unidades de saúde sendo que 65 pertenciam a USF, 29 a UBS e 11 a CRF.

A dimensão de Organização da Atenção à TB no município foi classificada com capacidade razoável. As USF apresentaram capacidade superior as UBS e CRF com 5% de significância. Enfermeiros e ACS classificaram as unidades com capacidade razoável e superiores aos médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem, no entanto, não foi verificado diferença estatística (TABELA 1).

Com relação aos componentes da dimensão Organização da Atenção à TB pode-se observar que *benefícios e incentivos aos portadores de TB* foi o componente que apresentou capacidade limitada, ou seja, a oferta de benefícios e incentivos é incipiente. Os demais componentes avaliados apresentaram capacidade razoável (TABELA 1).

Tabela 1 – Distribuição das variáveis da dimensão *Organização da Atenção à Tuberculose* segundo componente, unidade de saúde, tipo de serviço de saúde e categoria profissional. Foz do Iguaçu, Paraná, 2012 - 2013

Categoria de Análise	Média	Desvio-padrão	N	Classificação
----------------------	-------	---------------	---	---------------

Componente				
I.1 – O interesse do gerente da unidade de saúde em relação às mudanças na atenção à tuberculose	7,1	2,7	105	Razoável
I.2 – Metas pactuadas e registradas pela unidade de saúde para o controle da TB na área de abrangência	7,8	2,6	105	Razoável
I.3 – Estratégias para melhoria da atenção à TB	7,4	2,3	105	Razoável
I.4- Estratégias para que a Atenção Primária à Saúde seja o local para o tratamento da TB	7,0	2,3	105	Razoável
I.5 – Participação do gerente da unidade de saúde para melhoria da atenção à TB	6,8	2,7	105	Razoável
I.6 – Benefícios e incentivos aos portadores de TB.	0,9	2,2	105	Limitada
Município	6,2	1,5	105	Razoável
Unidade de Saúde				
USF Cidade Nova	5,7	1,4	7	Básica
USF Porto Belo	7,0	1,3	9	Razoável
UBS Jardim Lancaster	6,4	1,0	10	Razoável
UBS Campos do Iguaçu	6,5	2,3	7	Razoável
USF Portal da Foz	5,5	0,7	4	Básica
USF Vila C. Velha	6,5	1,6	12	Razoável
USF Vila C. Nova	6,1	1,2	13	Razoável
UBS Jardim América	4,5	0,8	12	Básica
USF Padre Monti	5,7	0,0	1	Básica
USF Jardim São Paulo I	7,6	1,5	9	Razoável
Centro de Referência FMI	5,5	1,7	11	Básica
USF Morumbi III	6,6	0,4	6	Razoável
USF Jardim São Paulo II	4,0	0,0	1	Básica
USF Três Bandeiras	7,5	0,8	3	Razoável
Tipo de Serviço de Saúde				
USF	6,5 ^a	1,4	65	Razoável
UBS	5,6 ^b	1,6	29	Básica
CRF	5,5 ^b	5,5 ^b	11	Básica
Categoria Profissional				
Enfermeiro	6,3 ^a	1,5	16	Razoável
Auxiliar de Enfermagem	5,9 ^a	1,7	18	Básica
Técnico em Enfermagem	5,0 ^a	1,8	10	Básica
Médico	5,9 ^a	1,2	13	Básica
Agente Comunitário de Saúde	6,5 ^a	1,7	48	Razoável

Interpretação dos resultados: entre 0 e 2 capacidade limitada; entre 3 e 5 capacidade básica; entre 6 e 8 razoável capacidade e entre 9 e 11 capacidade ótima. Letras diferentes possuem significância estatística para ANOVA.

6.2 Articulação com a Comunidade

A articulação com a comunidade no município foi classificada com capacidade básica. As USF e UBS com capacidades básicas e superiores ao CRF com capacidade limitada, porém não foi observado diferença estatística. Todos

profissionais classificaram a articulação com a comunidade como básica (TABELA 2).

Com relação aos componentes da dimensão articulação com a comunidade observa-se que a melhor capacidade evidenciada foi para a variável *Agente Comunitário de Saúde* com classificação razoável (TABELA 2).

Tabela 2 – Distribuição das variáveis da dimensão *Articulação com a Comunidade* segundo componente, unidade de saúde, tipo de serviço de saúde e categoria profissional. Foz do Iguaçu, Paraná, 2012 - 2013

Categoria de Análise	Média	Desvio-padrão	N	Classificação
Componente				
II.7 – Articulação da unidade de saúde e portadores de TB com as organizações da comunidade	1,6	2,9	105	Limitada
II.8 – Parcerias com organizações da comunidade para o controle da TB	1,0	1,9	105	Limitada
II.9 – Conselho/Comissão Local de Saúde	2,9	3,3	105	Limitada
II.10 – Agente Comunitário de Saúde	7,5	2,1	105	Razoável
Município	3,2	1,8	105	Básica
Unidade de Saúde				
USF Cidade Nova	2,9	1,7	7	Limitada
USF Porto Belo	2,6	1,8	9	Limitada
UBS Jardim Lancaster	2,7	1,0	10	Limitada
UBS Campos do Iguaçu	3,8	1,0	7	Básica
USF Portal da Foz	5,4	2,1	4	Básica
USF Vila C. Velha	2,3	0,9	12	Limitada
USF Vila C. Nova	3,8	1,6	13	Básica
UBS Jardim América	3,4	2,5	12	Básica
USF Padre Monti	5,0	0,0	1	Básica
USF Jardim São Paulo I	4,9	2,6	9	Básica
Centro de Referência FMI	2,3	1,3	11	Limitada
USF Morumbi III	3,1	0,6	6	Básica
USF Jardim São Paulo II	1,5	0,0	1	Limitada
USF Três Bandeiras	3,3	0,7	3	Básica
Tipo de Serviço de Saúde				
USF	3,4 ^a	1,9	65	Básica
UBS	3,2 ^a	1,8	29	Básica
CRF	2,3 ^a	1,3	11	Limitada
Categoria Profissional				
Enfermeiro	3,1 ^a	2,0	16	Básica
Auxiliar de Enfermagem	3,3 ^a	1,9	18	Básica
Técnico em Enfermagem	3,4 ^a	2,2	10	Básica
Médico	4,1 ^a	2,7	13	Básica
Agente Comunitário de Saúde	3,0 ^a	1,3	48	Básica

Interpretação dos resultados: entre 0 e 2 capacidade limitada; entre 3 e 5 capacidade básica; entre 6 e 8 razoável capacidade e entre 9 e 11 capacidade ótima. Letras diferentes possuem significância estatística para ANOVA.

6.3 Autocuidado Apoiado

A dimensão autocuidado apoiado foi classificada com capacidade razoável no município sendo que as unidades de saúde e categorias profissionais também apresentaram esta capacidade, visto que somente uma UBS apresentou capacidade básica. Não houve diferença estatística na classificação entre os tipos de unidades e entre os profissionais de saúde (TABELA 3).

Tabela 3 – Distribuição das variáveis da dimensão *Autocuidado Apoiado* segundo componente, unidade de saúde, tipo de serviço de saúde e categoria profissional. Foz do Iguaçu, Paraná, 2012 - 2013

Categoria de Análise	Média	Desvio-padrão	N	Classificação
Componente				
III.11 – Registros relacionados ao apoio dos profissionais na US para o portador de TB cuidar da própria saúde	7,2	2,8	105	Razoável
III.12 – Suporte para que os portadores de TB cuidem da própria saúde	7,0	3,6	105	Razoável
III.13 – Acolhimento das preocupações dos portadores de TB e suas famílias	6,8	2,4	105	Razoável
IV.14 – Intervenções de mudança de comportamento de portadores de TB	6,5	2,4	105	Razoável
Município	6,9	2,1	105	Razoável
Unidade de Saúde				
USF Cidade Nova	7,0	2,3	7	Razoável
USF Porto Belo	7,0	2,1	9	Razoável
UBS Jardim Lancaster	6,4	1,8	10	Razoável
UBS Campos do Iguaçu	7,5	3,2	7	Razoável
USF Portal da Foz	6,6	0,8	4	Razoável
USF Vila C. Velha	6,5	2,2	12	Razoável
USF Vila C. Nova	7,3	1,7	13	Razoável
UBS Jardim América	5,2	1,8	12	Básica
USF Padre Monti	7,8	0,0	1	Razoável
USF Jardim São Paulo I	8,0	2,1	9	Razoável
Centro de Referência FMI	6,7	2,4	11	Razoável
USF Morumbi III	7,4	1,8	6	Razoável
USF Jardim São Paulo II	7,3	0,0	1	Razoável
USF Três Bandeiras	8,5	1,0	3	Razoável
Tipo de Serviço de Saúde				
USF	7,2 ^a	1,9	65	Razoável
UBS	6,1 ^a	2,3	29	Razoável
CRF	6,7 ^a	2,4	11	Razoável
Categoria Profissional				
Enfermeiro	6,9 ^a	1,5	16	Razoável
Auxiliar de Enfermagem	6,5 ^a	2,6	18	Razoável
Técnico em Enfermagem	5,6 ^a	2,2	10	Razoável

Médico	7,5 ^a	1,9	13	Razoável
Agente Comunitário de Saúde	7,0 ^a	2,0	48	Razoável

Interpretação dos resultados: entre 0 e 2 capacidade limitada; entre 3 e 5 capacidade básica; entre 6 e 8 razoável capacidade e entre 9 e 11 capacidade ótima. Letras diferentes possuem significância estatística para ANOVA.

6.4 Suporte a Decisão

A dimensão suporte a decisão no município foi classificado com capacidade básica, as Unidades de Saúde avaliadas apresentaram capacidade básica e razoável. As USF apresentaram capacidade superior as UBS e CRF com 5% de significância. Médicos classificaram as unidades com capacidade razoável, apresentando classificação superior aos demais profissionais, no entanto, não foi verificado diferença estatística (TABELA 4).

Com relação aos componentes da dimensão suporte a decisão pode-se observar que os componentes: *envolvimento de especialistas em TB que não fazem parte da equipe no apoio aos profissionais de saúde da unidade e capacitação dos profissionais de saúde para a atenção à TB* apresentaram capacidade básica e inferior aos demais componentes (TABELA 4).

Tabela 4 – Distribuição das variáveis da dimensão *Suporte a Decisão* segundo componente, unidade de saúde, tipo de serviço de saúde e categoria profissional. Foz do Iguaçu, Paraná, 2012 - 2013

Categoria de Análise	Média	Desvio-padrão	N	Classificação
Componente				
IV.15 – Manual de diretrizes para o controle da TB na Unidade de Saúde	7,6	2,8	105	Razoável
IV.16 – Envolvimento de especialistas em TB que não fazem parte da equipe no apoio aos profissionais de saúde da unidade.	5,1	3,0	105	Básica
IV.17 – Capacitação dos profissionais de saúde para a atenção à TB	4,0	3,5	105	Básica
IV.18 – Informações às pessoas sobre TB	6,3	2,9	105	Razoável
Município	5,8	2,1	105	Básica
Unidade de Saúde				
USF Cidade Nova	5,7	1,4	7	Básica
USF Porto Belo	7,3	1,6	9	Razoável
UBS Jardim Lancaster	5,3	1,3	10	Básica
UBS Campos do Iguaçu	6,5	3,3	7	Razoável
USF Portal da Foz	6,1	1,1	4	Razoável
USF Vila C. Velha	6,3	1,4	12	Razoável
USF Vila C. Nova	5,8	1,7	13	Básica
UBS Jardim América	3,9	2,1	12	Básica

USF Padre Monti	7,5	0,0	1	Razoável
USF Jardim São Paulo I	7,1	2,3	9	Razoável
Centro de Referência FMI	4,8	2,8	11	Básica
USF Morumbi III	4,9	1,8	6	Básica
USF Jardim São Paulo II	5,0	0,0	1	Básica
USF Três Bandeiras	6,9	1,6	3	Razoável

Tipo de Serviço de Saúde

USF	6,3 ^a	1,7	65	Razoável
UBS	5,0 ^b	2,4	29	Básica
CRF	4,8 ^b	2,8	11	Básica

Categoria Profissional

Enfermeiro	5,9 ^a	1,7	16	Básica
Auxiliar de Enfermagem	5,2 ^a	1,7	18	Básica
Técnico em Enfermagem	4,8 ^a	2,5	10	Básica
Médico	6,8 ^a	2,0	13	Razoável
Agente Comunitário de Saúde	5,8 ^a	2,3	48	Básica

Interpretação dos resultados: entre 0 e 2 capacidade limitada; entre 3 e 5 capacidade básica; entre 6 e 8 razoável capacidade e entre 9 e 11 capacidade ótima. Letras diferentes possuem significância estatística para ANOVA.

6.5 Desenho do Sistema de Prestação de Serviços

O desenho do sistema de prestação de serviços foi classificado com capacidade razoável no município apresentando a mesma capacidade para os diferentes tipos de serviços e categoria profissional. Não houve diferenças na classificação entre os tipos de unidades e entre os profissionais de saúde (TABELA 5).

Com relação aos componentes que compõe o desenho do sistema de prestação de serviços no município pode-se observar que o *trabalho em equipe para o controle da TB* e o *monitoramento da situação da TB na comunidade* foram avaliados com capacidade básica e inferior aos demais componentes (TABELA 5).

Tabela 5 – Distribuição das variáveis da dimensão *Desenho do Sistema de Prestação de Serviços* segundo componente, unidade de saúde, tipo de serviço de saúde e categoria profissional. Foz do Iguaçu, Paraná, 2012 - 2013

Categoria de Análise	Média	Desvio-padrão	N	Classificação
Componente				
V.19 – Trabalho em equipe para o controle da TB	5,3	2,5	105	Básica
V.20 – Profissional de Saúde da própria Unidade que é referência para o desenvolvimento de ações de controle da TB	7,4	2,8	105	Razoável
V.21 – Sistema de agendamento para o tratamento da TB	7,0	2,6	105	Razoável
V.22 – Monitoramento a situação da TB na comunidade	5,6	2,5	105	Básica

V.23 – Atenção planejada para o controle da TB	6,8	1,9	105	Razoável
V.24 – Continuidade do cuidado ao portador de TB	7,3	3,0	105	Razoável
Município	6,6	1,7	105	Razoável
Unidade de Saúde				
USF Cidade Nova	6,5	1,8	7	Razoável
USF Porto Belo	6,8	1,6	9	Razoável
UBS Jardim Lancaster	7,1	1,2	10	Razoável
UBS Campos do Iguaçu	7,4	3,0	7	Razoável
USF Portal da Foz	6,1	1,6	4	Razoável
USF Vila C. Velha	5,7	1,8	12	Básica
USF Vila C. Nova	6,5	1,1	13	Razoável
UBS Jardim América	5,8	1,3	12	Básica
USF Padre Monti	6,5		1	Razoável
USF Jardim São Paulo I	7,2	1,9	9	Razoável
Centro de Referência FMI	7,2	1,8	11	Razoável
USF Morumbi III	5,7	1,3	6	Básica
USF Jardim São Paulo II	6,0		1	Razoável
USF Três Bandeiras	7,9	1,0	3	Razoável
Tipo de Serviço de Saúde				
USF	6,4 ^a	1,6	65	Razoável
UBS	6,6 ^a	1,9	29	Razoável
CRF	7,2 ^a	1,8	11	Razoável
Categoria Profissional				
Enfermeiro	6,5 ^a	1,4	16	Razoável
Auxiliar de Enfermagem	6,2 ^a	2,1	18	Razoável
Técnico em Enfermagem	6,1 ^a	1,3	10	Razoável
Médico	6,3 ^a	1,7	13	Razoável
Agente Comunitário de Saúde	6,9 ^a	1,7	48	Razoável

Interpretação dos resultados: entre 0 e 2 capacidade limitada; entre 3 e 5 capacidade básica; entre 6 e 8 razoável capacidade e entre 9 e 11 capacidade ótima. Letras diferentes possuem significância estatística para ANOVA.

6.6 Sistemas de Informação Clínica

O sistema de informação clínica foi classificado com capacidade razoável no município. Houve diferenças na classificação entre os tipos de unidades sendo as UBS com capacidade básica e as demais razoável, no entanto, estas diferenças não foram observadas estatisticamente. Enfermeiros e técnicos em enfermagem atribuíram capacidade básica aos municípios e os demais profissionais capacidade razoável (TABELA 6).

Com relação aos componentes que compõe o sistema de informação clínica observou-se capacidade básica para o *retorno de informações* os demais componentes apresentaram capacidade razoável (TABELA 6).

Tabela 6 – Distribuição das variáveis da dimensão *Sistemas de Informação Clínica* segundo componente, unidade de saúde, tipo de serviço de saúde e categoria profissional. Foz do Iguaçu, Paraná, 2012 - 2013

Categoria de Análise	Média	Desvio-padrão	N	Classificação
Componente				
VI.25 – Prontuário clínico	7,6	1,7	105	Razoável
VI.26 – Registro dos portadores de TB	6,4	2,9	105	Razoável
VI.27 – Avisos e alertas para profissionais de saúde emitidos pela Vigilância Epidemiológica, laboratórios, etc.	6,6	2,6	105	Razoável
VI.28 – Retorno de informações	4,7	3,2	105	Básica
VI.29 – Informações sobre portadores de TB em risco para, abandono, falência e óbito	6,2	3,0	105	Razoável
VI.30 – Plano de cuidado para os portadores de TB	6,6	2,2	105	Razoável
Município	6,3	1,8	105	Razoável
Unidade de Saúde				
USF Cidade Nova	7,2	1,3	7	Razoável
USF Porto Belo	6,7	1,4	9	Razoável
UBS Jardim Lancaster	6,0	1,1	10	Razoável
UBS Campos do Iguaçu	6,8	2,4	7	Razoável
USF Portal da Foz	6,7	1,9	4	Razoável
USF Vila C. Velha	6,6	1,2	12	Razoável
USF Vila C. Nova	6,5	1,3	13	Razoável
UBS Jardim América	4,8	2,1	12	Básica
USF Padre Monti	6,1		1	Razoável
USF Jardim São Paulo I	7,1	2,3	9	Razoável
Centro de Referência FMI	6,4	2,3	11	Razoável
USF Morumbi III	5,2	1,7	6	Básica
USF Jardim São Paulo II	4,3		1	Básica
USF Três Bandeiras	7,1	0,8	3	Razoável
Tipo de Serviço de Saúde				
USF	6,6 ^a	1,5	65	Razoável
UBS	5,7 ^a	2,0	29	Básica
CRF	6,4 ^a	2,3	11	Razoável
Categoria Profissional				
Enfermeiro	5,8 ^a	1,8	16	Básica
Auxiliar de Enfermagem	6,5 ^a	2,1	18	Razoável
Técnico em Enfermagem	5,5 ^a	2,2	10	Básica
Médico	6,7 ^a	1,8	13	Razoável
Agente Comunitário de Saúde	6,5 ^a	1,5	48	Razoável

Interpretação dos resultados: entre 0 e 2 capacidade limitada; entre 3 e 5 capacidade básica; entre 6 e 8 razoável capacidade e entre 9 e 11 capacidade ótima. Letras diferentes possuem significância estatística para ANOVA.

6.7 Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Pessoas com TB

A integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB apresentou capacidade básica para o município, já as unidades de saúde foram classificadas com capacidade razoável, básica e limitadas. Não houve diferenças na classificação entre os tipos de unidades, no entanto, entre os profissionais os médicos classificaram com capacidade razoável e os demais profissionais com capacidade básica (TABELA 7).

Com relação aos componentes da dimensão supracitada observou-se menor capacidade (limitada) para o componente *Programas comunitários (ONGs, centros comunitários, igrejas, pastorais, etc.)* seguido da capacidade básica para os componentes de *Informação aos portadores de TB* e *Planejamento da atenção*. Os demais componentes foram classificados com capacidade razoável (TABELA 7).

Tabela 7 – Distribuição das variáveis da dimensão *Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Pessoas com TB* segundo componente, unidade de saúde, tipo de serviço de saúde e categoria profissional. Foz do Iguaçu, Paraná, 2012 - 2013

Categoria de Análise	Média	Desvio-padrão	N	Classificação
Componente				
VII.31 – Informações aos portadores de TB em relação ao seu plano de cuidado	5,4	2,6	105	Básica
VII.32 – Prontuários	6,6	2,4	105	Razoável
VII.33 – Programas comunitários (ONGs, centros comunitários, igrejas, pastorais, etc)	1,1	2,2	105	Limitada
VII.34 – Planejamento da atenção à TB na Unidade de Saúde que o doente realiza o tratamento	5,4	2,0	105	Básica
VII.35 – Monitoramento das metas e do plano de cuidado para os portadores de TB.	6,6	2,3	105	Razoável
VII.36 – Recomendações do Ministério da Saúde para o controle da TB	6,9	2,8	105	Razoável
Município	5,3	1,6	105	Básica
Unidade de Saúde				
USF Cidade Nova	5,4	1,3	7	Básica
USF Porto Belo	5,3	1,2	9	Básica
UBS Jardim Lancaster	4,9	0,6	10	Básica
UBS Campos do Iguaçu	6,0	2,8	7	Razoável
USF Portal da Foz	6,1	1,8	4	Razoável
USF Vila C. Velha	5,5	1,5	12	Básica
USF Vila C. Nova	5,3	1,6	13	Básica
UBS Jardim América	4,5	2,1	12	Básica
USF Padre Monti	5,8		1	Básica
USF Jardim São Paulo I	6,2	1,8	9	Razoável

Centro de Referência FMI	5,5	1,8	11	Básica
USF Morumbi III	4,8	1,0	6	Básica
USF Jardim São Paulo II	2,8		1	Limitada
USF Três Bandeiras	5,6	0,9	3	Básica

Tipo de Serviço de Saúde

USF	5,5 ^a	1,5	65	Básica
UBS	5,0 ^a	2,0	29	Básica
CRF	5,5 ^a	1,8	11	Básica

Categoria Profissional

Enfermeiro	4,8 ^a	1,9	16	Básica
Auxiliar de Enfermagem	5,2 ^a	1,9	18	Básica
Técnico em Enfermagem	4,8 ^a	1,7	10	Básica
Médico	6,0 ^a	1,6	13	Razoável
Agente Comunitário de Saúde	5,5 ^a	1,4	48	Básica

Interpretação dos resultados: entre 0 e 2 capacidade limitada; entre 3 e 5 capacidade básica; entre 6 e 8 razoável capacidade e entre 9 e 11 capacidade ótima. Letras diferentes possuem significância estatística para ANOVA.

7 DISCUSSÃO

A atenção à TB no município de Foz do Iguaçu é descentralizada, sendo possível identificar pelo menos, três distintas formas de processos de trabalhos. Esse fato denota assimétrica e desarticulação aos princípios da APS, da Política Nacional de AB (BRASIL, 2011a) e as orientações do Manual de Recomendações para o Controle da TB, acarretando, conseqüentemente a inadequação para a gestão dessa condição crônica (BRASIL, 2011b).

Neste sentido, é evidente que a APS necessita organizar a atenção à saúde, propondo o envolvimento dos gestores, estabelecendo metas/estratégias claras e precisas, prevendo e provendo recursos humanos, materiais e financeiros adequados aos serviços de saúde (MENDES, 2011).

Sobre isso, Trigueiro et al. (2011) defende o caráter fundamental do compromisso político com o planejamento das ações e a provisão e coordenação dos recursos setoriais e extrasetoriais. Para tanto, a descentralização das ações de saúde, a organização dos serviços, a qualificação profissional e a adoção de medidas intersetoriais são primordiais para o enfrentamento da TB (TRIGUEIRO et al., 2011; SÁ et al., 2011). Neste contexto, o estudo de Silva (2013), realizado em Vitória – ES, sinaliza que a não cura de doentes de TB está relacionada à fatores associados à organização do serviço da APS.

As recomendações do MS para o controle da TB pontuam as responsabilidades e atribuições das instâncias, tanto no que diz respeito ao controle da TB, quanto sobre o alcance das metas pactuadas, visando um melhor prognóstico do tratamento e a redução da transmissão para novos pacientes (BRASIL, 2011a). Em nível nacional, o caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores (BRASIL, 2012, 2013) apresenta em sua diretriz 7 indicadores que visam aumentar a cura dos casos novos de TB e a proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (BRASIL, 2014c).

Em conformidade com as recomendações, expõe-se por meio da percepção dos respondentes do estudo que no município de Foz do Iguaçu existem metas pactuadas, estratégias de melhoria para atenção à TB, como também estratégias para que a APS seja o local da assistência. Entretanto, a realidade evidenciada no cenário demonstra a singularidade voltada para a temática da fronteira, tendo em vista as divergências organizacionais entre as unidades de atenção à saúde estudadas.

Acredita-se que a epidemiologia singular da TB no município e o retardo do diagnóstico de TB nessa região analisado por Silva-Sobrinho et al. (2012), dialoga com a afirmativa de Mendes (2011) sobre a importância das redes de atenção à saúde e necessidade de um sistema orientado para as condições crônicas. (Portanto é necessário o efetivo papel da APS na rede de atenção, orientada para a lógica da atenção às condições crônicas de saúde (MENDES, 2011). Dessa forma, presume-se que para que ocorra a organização e o alcance das metas pactuadas, a esfera local deve estar ordenada (TRIGUEIRO et al., 2011). Ademais o controle dessa endemia na região de fronteira Sul brasileira é complexa por vários fatores, como a vulnerabilidade da região devido à intensa mobilidade populacional (BRAGA, HERRERO e CUELLAR, 2011; GIOVANELLA et al., 2007).

A dimensão *organização da atenção à TB* segundo tipo de serviço de saúde mostrou melhor resultado (razoável) para a USF. Similarmente, estudos realizados em diferentes regiões brasileiras também têm apresentado melhores resultados no controle da TB por meio da atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) (CUNHA et al., 2015; MARQUIEVIZ et al., 2013). Acredita-se que o aumento da cobertura das equipes de ESF e a capacitação desses profissionais têm contribuído substancialmente com o aumento do diagnóstico, a diminuição da

incidência, a diminuição da mortalidade por TB e do abandono do tratamento (MARQUIEVIZ et al., 2013).

Segundo os resultados dos componentes que avaliaram a capacidade dos serviços em organizar a atenção à TB, os incentivos e benefícios apresentaram capacidade limitada sendo a menor média obtida no estudo. Ressalta-se que as atividades educativas aos usuários e a necessidade de capacitação profissional nos diferentes tipos de serviço na APS também foram classificados como limitados.

Segundo Sá et al. (2012), a falta de benefícios pode contribuir com a descontinuidade e abandono do tratamento, inviabilizando o cumprimento de metas e alcance da cura. Neste sentido, os incentivos econômicos contribuem com as mudanças comportamentais (MENDES, 2011) e maximizam a adesão ao tratamento, sendo recomendado como um motivador para o Tratamento Diretamente Observado (TDO) (BRASIL, 2011a).

Existe uma relação positiva entre o valor do incentivo e o impacto da intervenção, além disso, nota-se que a adesão ao tratamento tende a diminuir após a interrupção de incentivo (DEFULIO e KENNETH, 2012; LUTGE et al., 2012). O desafio é a sustentabilidade do custo/benefício para intervenções a longo prazo, e também a garantia fidedigna da entrega consistente e adequada dos incentivos ou benefícios aos portadores de TB (DEFULIO e KENNETH, 2012; LUTGE et al., 2012).

Embora o município ofereça de modo incipiente os incentivos e benefícios aos doentes de TB, o estudo demonstra que os níveis de cobertura do TDO se mantêm em concordância com a recomendação do MS (BRASIL, 2011a).

Em se tratando do TDO, observou-se que a CRF apresentou cobertura parcial do tratamento supervisionado. Esse fato é bastante expressivo no cenário, visto que esse serviço se difere dos demais devido à prestação de serviços a estrangeiros, advindos principalmente do Paraguai. Ademais, ressalta-se que no CRF a dispensação de medicamentos está organizada em torno da possibilidade de locomoção do doente de TB até a unidade de saúde (US). Este fato incide na dispensação de medicamentos por até 30 dias, tendo em vista a impossibilidade de acesso à estratégia do TDO por parte dos migrantes estrangeiros portadores de TB.

Reitera-se que o alcance das ações de APS nessa região ocorre de maneira parcial, devido às singularidades culturais dos sujeitos - aos quais é prestada a atenção à saúde, e a dificuldade em adscrever a população (SILVA-SOBRINHO et al., 2012). Acredita-se que o controle da TB em regiões de fronteira consiste em um

desafio, haja vista as especificidades e diferenças entre os sistemas e modelos de atenção à saúde (FITCHETT; VALLECILLO; ESPITIA, 2011; SILVA-SOBRINHO et al., 2012). Portanto, uma das maneiras de contribuir com a melhoria do acesso aos serviços de saúde na APS seria o fomento de estratégias para integração das ações básicas de saúde em região de tríplice fronteira (LEVINO e CARVALHO, 2011).

Considerando a recente descentralização da TB no município de Foz do Iguaçu a qual ocorreu em dezembro de 2010 (SILVA, 2015), o cenário do estudo possibilitou observar relatos não favoráveis de profissionais da APS, frente esta nova organização do serviço. Outro estudo sobre o diagnóstico da descentralização da TB no Rio de Janeiro apresentou resultados similares, apontando que parte dos profissionais das equipes de saúde da família não são adeptos à descentralização (CUNHA; CAVALCANTI; COSTA, 2012).

Na visão dos profissionais, os principais pontos negativos da descentralização é a sobrecarga de serviços, a estrutura inadequada e a falta de insumos (CUNHA; CAVALCANTI; COSTA, 2012). Os mesmos autores complementam que os pontos positivos citados são: a capacidade de supervisão das equipes de saúde da família e a melhoria do acesso aos usuários.

Acredita-se que a falta de conhecimento e os obstáculos organizacionais comprometem a efetivação da descentralização, entretanto essa estratégia têm apresentado experiências satisfatórias (HERRERO; RAMOS; ARROSSI, 2015; SOUZA et al., 2015; TRIGUEIRO et al., 2011). Para Cunha et al, (2015), a descentralização requer definição das atribuições e responsabilidades aos respectivos níveis de assistência e reestruturação do processo de trabalho.

A dimensão *articulação com a comunidade* apresentou-se crítica, considerando que esta ocorreu praticamente por parte do componente ACS. Embora não tenha diferença estatística, esse profissional avaliou tal dimensão como básica, com média inferior a dos demais profissionais. Acerca do desempenho, nota-se capacidade básica e limitada para os diferentes serviços, ou seja, não existe efetivamente articulação e parcerias com organizações comunitárias - como associações de bairros, igrejas, pastorais, conselhos locais para o controle da TB entre outros, visto que, segundo Brasil (2011b), a articulação promovida pelo ACS refere-se, principalmente, às visitas às famílias. Esses problemas, bem como a carência de ações voltadas à promoção de ações intersetoriais e a pouca

participação da comunidade impactam negativamente no controle da TB (SÁ et al., 2011).

Acredita-se que o desempenho razoável quanto a articulação com a comunidade por parte do ACS, está relacionado ao fato desse profissional ser o elo entre a equipe e a população, caracterizando-se como um membro da comunidade de referência e tendo como atribuição ações educativas individuais/coletivas, visita domiciliar, entre outros (BRASIL, 2011b).

Diante do desempenho apresentado no estudo ao pensar os atributos derivados da APS (orientação comunitária e familiar), evidenciou-se a mesma realidade em estudos similar. Neste sentido, acredita-se que na prática a atenção à saúde não enfoca as famílias e a comunidade em seu processo de trabalho, visto que os profissionais de saúde não envolvem a comunidade em ações de controle da TB (PEREIRA et al., 2011; CURTO et al., 2010).

Desperta-se quanto a observância das necessidades locais e responsabilidade compartilhada (CURTO et al., 2010).

O *autocuidado apoiado* apresentou capacidade razoável para todos componentes, município, tipo de serviço e categoria profissional, entretanto as observações do cenário não confirmou iniciativa voltada à esta prática. Alves et al. (2012) corrobora com o achado ao expor que a fragilidade e a falta de integralidade nas ações foi identificada como uma das contradições entre o cuidado oferecido e recomendado.

Nota-se que as ações de educação em saúde não são contempladas no trabalho das equipes, ao passo que essa condição incipiente sobrepõe todo o sistema de saúde (CURTO et al., 2010).

Existem evidências positivas acerca do empoderamento e capacitação das pessoas para o autocuidado, de forma que os usuários dos serviços de saúde devem assumir função central na manutenção de sua saúde (MENDES, 2011).

Acredita-se que seja fundamental a integração do cuidado e a necessidade de profissionais preparados e atuantes na educação em saúde para que ocorra a mudança de comportamento e alcance de êxito no controle da TB (ASSIS et al., 2012; MENDES, 2011).

Portanto, o ensino deve valorizar o homem, sobretudo instrumentalizar o pleno desenvolvimento de suas capacidades, tornando-o participante e transformador da realidade e consciente do seu fazer (FREIRE, 2014).

Assim, entende-se que os conceitos de Mendes (2011) instigam o diálogo entre as políticas de saúde e ensino, visto que na gestão da condição crônica de saúde preconiza-se que a mudança de comportamento dos profissionais dessa área e das pessoas usuárias dos serviços ocorre somente por meio de processos educacionais robustos voltados a esses atores, sendo, educação permanente e educação em saúde, respectivamente. Pois a educação é um recurso crucial na saúde frente à necessidade de efetividade desse processo (MENDES, 2011).

A situação supracitada está diretamente relacionada à dimensão *suporte e decisão*, principalmente em se tratando da capacitação dos profissionais de saúde para a atenção à TB, visto que o desempenho revelou-se básica para o município.

De acordo com a observação do cenário do estudo, acredita-se que a falta de conhecimento clínico-epidemiológico do profissional médico para o diagnóstico e manejo clínico da TB, principalmente no CRF, compromete a capacidade de suporte e decisão. Esses apontamentos são firmados especialmente nos questionamentos relacionados à capacitação profissional, ao envolvimento de especialista e à informação sobre TB. Similarmente, a UBS também apresenta dificuldades nestes componentes quesitos quando considerado segundo tipo de serviço de saúde.

No contexto da UBS, ressalta-se que o profissional médico geralmente é plantonista e por isso não se responsabiliza pela assistência à TB, atribuindo essa função aos profissionais enfermeiros, que por sua vez buscam suporte clínico do médico da equipe matricial.

O estudo de Cunha, Cavalcanti e Costa (2012) corrobora com os achados ao evidenciar que dentre 17 equipes de Saúde da Família, somente 7 médicos realizam consultas para o acompanhamento e tratamento de usuários portadores de TB. Os mesmos autores complementam que as justificativas giram em torno da insegurança em realizar o atendimento aos casos, pelo motivo de não serem especialistas. Acredita-se que isso se deve ao fato de que nem todos os médicos participam das capacitações oferecidas (CUNHA; CAVALCANTI; COSTA, 2012).

Acredita-se que os profissionais médicos são os profissionais mais carentes de atualizações e informações sobre TB (SÁ et al., 2012). Não obstante, as formas inadequadas de contratação induzem a rotatividade de pessoal, gerando ruptura no processo de trabalho, fragilizando e interrompendo a formação do trabalho em equipe para o controle da TB, assim como debilitando o acompanhamento dos

casos e o vínculo entre os atores. Tal condição impõe obstáculo a efetividade do desempenho da gestão municipal da saúde (TRIGUEIRO et al., 2011).

O problema da falta de capacitação dos profissionais e o discurso da necessidade de capacitar perpetuam em vários estudos avaliativos relacionados à TB. Sinaliza-se a necessidade urgente de EP aos profissionais e educação em saúde aos usuários na APS, como também adequação dessas ações à realidade local, assim como coerência com as diretrizes da AB para o controle da TB, utilizando metodologias condizentes com a condição de saúde (BARBOSA et al., 2013; CURTO et al., 2010; CRISPIM et al., 2012; MENDES, 2011; SANTOS, NOGUEIRA e ARCÊNIO, 2012; SOBRINHO et al., 2013; SOBRINHO et al., 2014).

Uma revisão integrativa sobre a Política Nacional de Humanização e educação de trabalhadores e alunos da área de saúde, no período de 2001 a 2010, apontou que o processo de trabalho da categoria desvela a desvalorização e precarização dos trabalhadores, assim como o baixo investimento em educação permanente. Indubitavelmente, o fazer técnico e a concepção biologicista têm predominado sobre o acolhimento, a integralidade das ações de cuidado e a valorização dos aspectos culturais dos usuários, além disso, as capacitações disponibilizadas pelo MS aos profissionais são insuficientes do ponto de vista quantitativo dos profissionais (SÁ et al., 2012; BARBOSA et al., 2013).

Além da falta de capacitação dos profissionais de saúde de maneira geral, a inadequação no processo formativo do profissional enfermeiro é uma problemática persistente (BARBOSA et al., 2013). O estudo acerca da gestão do cuidado à TB, do ponto de vista da formação do enfermeiro, sinaliza que o espaço de aprendizagem para essa formação prioriza aspectos relacionados à cura em detrimento à prevenção (BARBOSA et al., 2013). Isto demonstra que existe determinado distanciamento entre as políticas de formação de recursos humanos para o SUS e o ensino oferecido (BARBOSA et al., 2013).

O *desenho do sistema de prestação de serviços* revelou-se com classificação razoável na média para o município e com resultados básicos no quesito de trabalhos em equipe e monitoramento à situação da TB na comunidade. Entretanto, as observações de campo apontaram que as ações e responsabilidades na atenção à TB estão centradas no profissional enfermeiro, sendo este a principal referência para o tratamento da doença na US.

Similarmente, o estudo de Sá et al. (2012), que discute a percepção de enfermeiros sobre o cuidado ao doente de TB na ESF, evidenciou que o enfermeiro é o profissional que geralmente coordena e lidera as ações de saúde, sendo considerado a primeira referência de cuidado na ESF, pois realiza a maioria das ações ao doente de TB. Esses achados apresentam o enfermeiro como personagem principal de modo positivo, visto que pressupõe a aproximação entre os atores e, conseqüentemente, o fortalecimento do vínculo. No entanto o cuidado na APS deve ser coerente com a integralidade em saúde, por meio da integração das equipes e da abordagem multiprofissional (PONCE et al., 2011; SÁ et al., 2012).

Adverte-se a persistência de elementos que fragilizam o processo de trabalho para o controle da TB, relacionados aos profissionais da saúde (SÁ et al., 2012). Neste sentido, cita-se a formação do profissional enfermeiro como inadequada para o controle da tuberculose, visto que não favorece a promoção do cuidado em TB, pois a gestão desse cuidado por parte do enfermeiro incide numa concepção biomédica, sobretudo uma prática mecanicista e tarefaira (BARRÊTO et al., 2013; SÁ et al. (2012). A esse respeito, Silva-Sobrinho et al. (2014) reforça a problemática ao expor os resultados de um estudo realizado no município de Foz do Iguaçu, que apontou os conhecimentos dos enfermeiros da APS como superficiais e insatisfatórios ao manejo da TB.

O *sistema de informação clínica* apresentou-se fragmentado, descontínuo e com retorno básico de informações, denotando contradição entre os serviços oferecidos e o que deve ser preconizado segundo as recomendações para o controle da TB (BRASIL, 2011a). Essas recomendações postulam o sistema de informação entre outros como instrumento e ação essencial à vigilância epidemiológica (BRASIL, 2011a), além disso, defende a necessidade de um sistema de informação integrado e vinculado aos diferentes componentes da rede de atenção (MENDES, 2011).

Embora em Foz do Iguaçu o prontuário clínico esteja em implantação, ele é utilizado pelos serviços de APS e inclui registros de diagnóstico, terapêutica e agendamento de retorno, assim como registros de realização do TDO. Segundo as observações do cenário e informações coletadas a partir de alternativas indicada no questionário referente ao *registro dos portadores de TB*, ressalta-se que os serviços realizam mais de dois registros dos portadores de TB. No entanto, alguns profissionais relataram não utilizar o livro verde devido ao uso do prontuário

eletrônico, visto que algumas informações também estão sendo alimentadas nesse novo sistema. Entretanto, o livro verde é um instrumento básico que contém informações sobre o início e todo o caminho até o final do tratamento do doente de TB. Este instrumento pode ser muito útil na avaliação e planejamento das ações em nível local (CUNHA et al., 2012).

De fato, um dos desafios para o sistema de informação clínica é o difícil acesso às informações cruciais do usuário e população adstritos ao serviço de saúde (MENDES, 2011). Essa situação dificulta o planejamento das ações e a proposição de estratégias para a atenção à saúde, sendo primordial a utilização de prontuário clínico informatizado, uma vez que permite a integração dos componentes do modelo de atenção, viabilizando tanto o monitoramento quanto a elaboração de planos de cuidado aos usuários do serviço de saúde (MENDES, 2012).

A dimensão *integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB* revelou capacidade básica para os seguintes componentes: *informação aos portadores de TB em relação ao seu plano de cuidado e planejamento da atenção à TB na US que o doente realiza o tratamento*. Nesta mesma dimensão também foi observada uma capacidade limitada para o componente *programas comunitários (ONGs, centros comunitários, igrejas, pastorais, etc.)*, o que demonstra incipiência nesse componente, sendo esta uma das menores média apresentada no estudo. Em outros termos, a integração entre a comunidade e US é praticamente inexistente.

Quanto à capacidade básica na dimensão *integração dos componentes do modelo de atenção nos serviços de APS*, existem limitações na própria organização das redes de atenção que dificultam o atendimento integral aos usuários do serviço, além da ausência de vínculo entre o serviço de saúde e o doente, posturas engessadas dos profissionais, como também, a desarticulação entre a organização do serviço e a necessidade do doente (BALLESTERO et al., 2014).

Acerca das limitações de integração nos níveis de assistência, o estudo de Macedo e Martins (2014) clarifica as dificuldades de comunicação e integração, e aponta que essas dificuldades são frutos de políticas de saúde seletivas, assim como da atuação do mercado privado em serviços de média e alta tecnologia. Defende-se que para a melhoria da condição de saúde nas diferentes condições crônicas, faz-se necessário a organização do sistema de saúde contínuo, integrado nos níveis de assistência e focalizado na promoção e conservação da saúde (MENDES 2011).

8 LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Apresenta-se como limitação do estudo o viés de compreensão sobre o funcionamento da atenção à TB. Devido a recente descentralização da atenção à TB para a APS, a qual, segundo Silva (2015) ocorreu em 2010, existe a possibilidade de que alguns profissionais tenham respondido às questões a partir de seu entendimento pessoal e não segundo diretrizes e normas do MS.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A epidemiologia singular da TB no município aponta para a necessidade do efetivo papel da APS em cumprir funções de resolubilidade, comunicação e responsabilização.

O estudo possibilitou a identificação das principais barreiras para a atenção qualificada e o controle da TB em Foz do Iguaçu como também percepção de dificuldades relacionadas ao número reduzido de profissionais que atendiam os critérios de inclusão, especialmente entre os ACS, a falta de conhecimento dos auxiliares e técnicos de enfermagem, médicos sobre o funcionamento da atenção a TB, e a recusa por parte de médicos, que afirmaram não tratar doentes de TB.

Os resultados desse estudo apontaram para interferências e elos entre as dimensões, desvelando fragilidades nos processos de trabalho e problemas estruturais relacionados à informação, comunicação, integração, suporte, decisão e, especialmente, articulação com a comunidade.

Neste contexto, os principais pontos de estrangulamento evidenciado foram: falta de integração das ações entre os profissionais da equipe de APS, assim como entre a equipe e especialistas; processo de trabalho grupal em detrimento ao trabalho de equipe multiprofissional; capacitação profissional incipiente; falta de incentivo aos portadores de TB; articulação com a comunidade deficitária/inexistente; e descontinuidade nas equipes para a assistência aos doentes.

Pontua-se, também, a descontinuidade do fluxo de informação, a necessidade de ampliar a participação do doente no processo decisório do seu tratamento e, por fim, a necessidade de propiciar o desenvolvimento da autonomia do doente.

Tendo o ensino como perspectiva para a reorientação da assistência à TB, reforça-se a necessidade de comunicação institucionalizada e informatizada, o fortalecimento do trabalho em equipe, a educação em saúde e a consolidação do vínculo entre os profissionais e usuários.

O desempenho evidenciado sugere a necessidade de capacitação de profissionais, de observância aos princípios, assim como de criação de diretrizes e programas/políticas de controle da TB na APS e no SUS. Recomendam-se estudos que visem propostas teórico-metodológicas de ensino que promova a “mudança de comportamento” dos entes, focalizando a gestão da condição crônica.

10 REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E.E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface** (Botucatu. Online), v. 18, p. 313-324, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000200313&script=sci_arttext>. Acesso em: ago. 2015.

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**. v. 26, n.2, pp. 286-298, 2010.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.** v. 9, n. 16, p.39-52, fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

ALVES, R. S. et al. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 650-657, set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a21>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

ARANHA, M. L. A. **Filosofia da educação**. 2 ed. São Paulo: Moderna, 1996.

ASSIS, E. G.; BERALDO, A. A.; MONROE, A. A.; SCATENA, L. M.; CARDOZO-GONZALES, R. I.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T.; VILLA, T. C. S. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 111-118, fev.2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

BALLESTERO, J. G. A. et al. Tuberculose multirresistente: integralidade da atenção à saúde na perspectiva discursiva. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 515-521, set. 2014.

BARBOSA, G. C.; MENEGUIM, S. L.; MOLINA, S. A.; MORENO, V. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.66 n.1, 123-127, jan.-fev. 2013.

BARRÊTO, A. J. R.; EVANGELISTA, A. L. F.; SÁ, S. A. A.; NOGUEIRA, J. A.; LOPES, A. M. C. Gestão do cuidado à tuberculose: da formação à prática do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 66, n. 6, p. 847-853, nov.-dez. 2013.

BRAGA, J. U.; HERRERO, M. B.; CUELLAR, C. M. Transmissão da tuberculose na tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1271-1280, jul., 2011.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde - pólos de educação permanente e saúde. Brasília, 2004 a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília. 2004 b.

_____. **Lei nº. 10.861, de 14 de abril de 2004**. Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior. Brasília; 2004c.

_____. **Portaria Interministerial nº. 2118, de 3 de novembro de 2005**. Estabelece cooperação técnica entre MEC e MS na formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Brasília, 2007b. 78 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009, 64 p.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília (DF); 2011 a. 186 p.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF); 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Tuberculosis control in Brazil**. Secretária de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. v. 44, n. 02, p. 13, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. 154 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção Primária e as redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. 127 P.

CAMPOS, G. W. de S.. Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. In: **Cadernos RH Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. v. 3, n. 1, mar. 2006 - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. p. 52-56

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – comunic saúde educ**, v. 9, n.16, p. 161-178; set. 2004 – fev. 2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro. 2008. p. 162-167.

CONTERNO, S. F. R. **Pressupostos pedagógicos das atuais propostas de formação superior em saúde no Brasil: origens históricas e fundamentos teóricos.** São Carlos: UFSCar, 2013. 260 p.

CONTERNO, S. F. R.; LOPES, R. E. Inovações do século passado: origens dos referenciais pedagógicos na formação profissional em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 3, p. 503-523, set./dez. 2013.

CRISPIM, J. A. et al. A. Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 721-727, 2012.

CUNHA, N. V.; CAVALCANTI, M. L.; COSTA, A. J. L. Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia de Saúde da Família em Jardim Catarina- São Gonçalo (RJ), 2010. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.177 – 187. 2012.

CUNHA, N. V. et al. Estrutura, organização e processos de trabalho no controle da tuberculose em municípios do estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 19, n.53, p. 251-264, fev. 2015.

CURTO, M.; SCATENA, L. M.; ANDRADE, R. L. P.; PALHA, F. P.; ASSIA, E. G.; SCATOLIN, B. E.; VILLA, T. C. S. Controle da tuberculose: percepção dos doentes sobre orientação a comunidade e participação comunitária. **Rev Lat-Am Enferm.** São Paulo, v. 18, n. 5, out, 2010. [08 telas].

DEFULIO, A.; KENNETH, S. The use of incentives to reinforce medication adherence. **National Institutes of Health.** Prev Med., Baltimor, v. 55, p. S86-S94, Nov, 2012. Supplement.

FILHO, A. J. A.; MONTENEGRO, H. R. A.; SANTOS, T. C. F. A nova ordem no combate à tuberculose no Brasil: implicações para a enfermagem. **Rev Rene.** v. 10, n. 1, p. 114-23, 2009.

FITCHETT, J. R.; VALLECILLO, A. J.; ESPITIA, C.. Tuberculosis transmission across the United States-Mexico border. **Rev Panam Salud Public**, Washington, v. 29, n. 1, p. 57-60, Jan. 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 25ª ed. São Paulo: Paz e Terra. 1996, 54 p.

FREIRE, P. **Cartas a Cristina: reflexões sobre minha vida e minha práxis.** 2ª ed. São Paulo: UNESP. 2003, 333 p.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 56 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2014. 253 p.

GADOTTI, M. Perspectivas atuais da educação. **São Paulo Perspect.** São Paulo, v. 14, n. 2, p. 11, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v14n2/9782.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

GIOVANELLA, L.; GUIMARÃES, L.; NOGUEIRA, V. M. R.; LOBATO, L. V. C.; DAMACENA, G. N. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 23, supl. 2, p. 251-266, 2007.

HERRERO, M. B.; RAMOS, S.; ARROSSI, S.. Determinants of non adherence to tuberculosis treatment in Argentina: barriers related to access to treatment. **Rev. bras. Epidemiol.**, São Paulo: v. 18, n. 2, p. 287-298, abr.-jun. 2015.

JUNGUES, J. R. As interfaces da educação em saúde. In: FRERRETO, L. E. (Org.). **Abordagens, práticas e reflexões em saúde coletiva**. Francisco Beltrão: UNIOESTE, 2006. p. 15 – 25.

LEVINO, A.; CARVALHO, E. F.. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplex fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. **Rev Panam Salud Publica** [online]. v. 30, n. 5, p. 490 - 500, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892011000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul. 2015.

LUTGE, E. E.; WIYSONGE, C. S.; KNIGHT, S. E.; VOLMINK, J. **Material incentives and enablers in the management of tuberculosis**. Cochrane Database of Systematic Review. 2012, Issue1.

MACEDO, L. M.; MARTIN, S. T. F. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 18, n. 51, p. 647-660, dez. 2014.

MACHADO, A.G.M. WANDERLEY, L. C. S. Educação em Saúde. Especialização em saúde da Família. **UNA-SUS. UNIFESP**. [2012?]. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade09/unidade09.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2015.

MACHADO, A.C. F. T. et al. Fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro. **J. bras. pneumol.** [online]. 2011, v. 37, n.4, pp. 512-520. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v37n4/v37n4a14.pdf>>. Acesso em 29 de set de 2014.

MACIEL, E. I. et al. Delay in diagnosis of pulmonar tuberculosis at a primary health clinic in Vitoria, Brazil. **Int J Tuberc Lung Dis.** v. 14, n.11, p.1403-10, 2010.

MAMEDE, S. Aprendizagem baseada em problemas: características, processos e racionalidade. In: MAMEDE, S.; PENAFORTE, J. (Editores) – **Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional.** Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará/Ed. HUCITEC, 2001.

MAMEDE, S. **Os modelos tradicionais para a educação continuada e seus resultados.** Fortaleza, Instituto Innovare, 2005.

MARQUIEVIZ, J.; ALVES, I. S.; NEVES, E. B.; ULBRICHT, L. A estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 265-271, jan. 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011. 549 p.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p. 161-77, fev. 2005.

MONROE, Aline Aparecida et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 2, p. 262-267. 2008.

MOYSÉS, ST; SILVEIRA-FILHO AD; MOYSÉS SJ (org). **Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: A implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2012. 193 p.

MOROSINI, M.V.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I.B. Educação em saúde. In: PEREIRA, B. I. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro. 2008. p. 155-161.

PAIVA, V.; RATTNER, H. **Educação permanente e capitalismo tardio.** São Paulo: Cortez, 1985.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. Escola de Saúde Pública: Centro Formador de Recursos Humanos. **Política de educação permanente**. [201-]. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=34>. Acesso em : 10 de jun. 2015.

PEREIRA, M. J.B.; ABRAHÃO-CURVO, P.; FORTUNA, C. M.; COUTINHO, S. S.; QUELUZ, M. C.; CAMPOS, L. V. O.; FERMINO, T. Z.; SANTOS, C. B. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.** [online]. v. 32, n.1, p. 48-55, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100006. Acesso em: 10 jun. 2015

PERILLO, C. D. et al. **A profissionalização da gestão do SUS na SES-GO**. Goiânia, Secretaria de Estado da Saúde/Agence de La Santé et des Services Sociaux de Outaouais Quebec, 2007.

PICHON-RIVIÈRE, E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes. 1998

PONCE, M. A. Z. et al . Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1222-1229, out. 2011.

RIZZOTTO, M. L. F. Reflexões sobre a educação permanente no setor de saúde no Brasil. In: FRERRETO, L. E. (Org.). **Abordagens, práticas e reflexões em saúde coletiva**. Francisco Beltrão: UNIOESTE, 2006. p. 57 – 71.

SÁ, L. D. et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto Contexto Enferm.** v. 16, n. 4, p. 712, out.- dez, 2007.

SÁ, L. D.; GOMES, A. L. C.; NOGUEIRA, J. A.; VILLA, T. C. S.; SOUZA, K. M. J.; PALHA, P. F. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. **Rev Latino-Am Enferm.** v. 19, n. 2, 2011. [09 telas].

SÁ, L. D.; OLIVEIRA, A. A. V.; GOMES, A. L. C.; NOGUEIRA, J. A. VILLA, T. C. S.; COLLET, N. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo. v. 46, n. 2, p. 356-363. 2012.

SANTOS, T. M. M. G.; NOGUEIRA, L. T.; ARCENCIO, R. A. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 954-961, 2012.

SILVA, O. R. História do programa de controle da tuberculose na cidade de Foz do Iguaçu – Paraná. In: SILVA-SOBRINHO, R. A.; VILLA, T. C. S. (Org). **Saúde na**

fronteira: estudo epidemiológico e operacional da tuberculose. Curitiba: CVR, 2015. p. 15 – 26.

SILVA, P. C. **Fatores intervenientes na cura de pacientes com tuberculose em Vitória, Brasil.** 2013. 62 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

SILVA-SOBRINHO, R. A. et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. **Rev Panam Salud Publica**, jun. 2012, v. 31, n. 6, p.461-468.

SILVA-SOBRINHO, R. A.; SOUZA, A. L.; WYSOCKI, A. D.; SILVA, L. M. C.; BERALDO, A. A.; VILLA, T. C. S. conhecimento de enfermeiros de unidades de atenção básica acerca da tuberculose. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 19, n. 1, mar. 2014. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/35930>>. Acesso em: 01 Jun. 2015.

SOBRINHO, E.C.R. et al. A tuberculose na estratégia de saúde da família: o conhecimento dos agentes comunitários de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 15, n.2, p. 416-421, abr./jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000600020. Acesso em: 10 jun. 2015.

SOUZA, K. M. J. et al. Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2014, v. 48, n.5, p. 874-882. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-874.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

STARFIELD, Barbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **UNESCO**, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, O. D.; LOPES, Z. M. M. A política Nacional de educação permanente. In: FRERRETO, L. E. (Org.). **Abordagens, práticas e reflexões em saúde coletiva.** Francisco Beltrão: UNIOESTE, 2006. p. 35 – 56.

TRIGUEIRO, J. V. S. et al. Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto ,v. 19, n. 6, p. 1289-1296, dez. 2011. [08 telas]

VASCONCELOS, M. et al. **Módulo 4:** práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. Tecnologias para a abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: UFMG – Nescon UFMG, 2009. 70 p.

VILLA, T. C. S. 2013. **Projeto de Pesquisa:** Tuberculose: análise dos pontos de estrangulamento da atenção para controle da doença em municípios das regiões sul, sudeste e nordeste do Brasil. Chamada: Chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE - Decit N° 40/2012 - Pesquisa em Doenças Negligenciadas Processo: 404073/2012-3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Primary health care.** Now more than ever. The World Health Report 2008. Geneva, Suíça, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis Report 2014.** Genebre, Suíça, 2014.

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),
Gostaria de convidá-lo(a) para participar de uma pesquisa intitulada- ***“Tuberculose: análise dos pontos de estrangulamento da atenção para controle da doença em municípios das regiões sul, sudeste e nordeste do Brasil”***. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da instituição:_____. Ela tem como objetivo analisar os pontos de estrangulamento da atenção à tuberculose em municípios da região sul, sudeste e nordeste do Brasil. Sua participação consistirá em responder a um questionário e/ou uma entrevista que será áudio gravada, podendo durar em média 40 minutos e ser realizada no local de sua preferência (serviço de saúde ou domicílio). As informações fornecidas contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde na atenção a Tuberculose.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar. A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está me assegurado o segredo das informações por mim reveladas; A segurança de que não serei identificado, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas; A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada por mim a todo o momento. Uma cópia desta declaração deve ficar com o (a) Sr. (a).

Foz do Iguaçu, PR, ____, de _____ de 2013

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

Certo de estar contribuindo com o conhecimento em Tuberculose para a melhoria da saúde da população contamos com a sua preciosa colaboração.

Atenciosamente

Prof. Dr. Reinaldo Antonio Silva-sobrinho

CONTATO: Curso de Enfermagem - Universidade Estadual do Oeste do Paraná-PR.

Endereço: Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1300 Pólo Universitário-Foz do Iguaçu, PR. CEP 85870-900

Telefone (45) 35768128

e.mail: reisobrinho@unioeste.br

ANEXO II - QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Identificação	
QUESTIONÁRIOS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE PROJETO: Tuberculose: análise dos pontos de estrangulamento da atenção para controle da doença em municípios das regiões sul, sudeste e nordeste do Brasil	
Parte A	
Número do questionário: _____	Município: _____
Responsável pela coleta de dados: _____	Data da coleta de dados: _____/_____/_____
Digitador: _____	Data da digitação: _____/_____/_____
Local da coleta: _____	
Horário de início da entrevista: _____	Horário de término da entrevista: _____
Parte B	
Iniciais do entrevistado: _____	
Nome da Unidade de Saúde em que trabalha: _____	
Tipo de Unidade de Saúde: _____ (Unidade Básica de Saúde- UBS; Unidade de Saúde da Família –USF; Ambulatório de Referência - Programa de Controle da TB);	
Função que exerce na Unidade de Saúde: _____ (médico, enfermeiro, auxiliar/técnico em enfermagem, Agente Comunitário de Saúde);	
Tempo que trabalha na Unidade de Saúde: _____	
Tempo que exerce a função: _____	

I - Organização da atenção à Tuberculose: O manejo de políticas/ programas de controle da tuberculose pode ser mais efetivo se todo o sistema (organização, instituição ou unidade) no qual a atenção é prestada esteja orientada e permita maior ênfase no cuidado aos portadores da doença.				
Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
1. O interesse do gerente da unidade de saúde em relação às mudanças na atenção à tuberculose...	Não existe ou há pouco interesse	Existe, mas não há profissionais e materiais disponíveis para a tratamento da TB	Existe, e há profissionais e materiais disponíveis para o tratamento da TB	Faz parte do planejamento da unidade a longo prazo, tem materiais e profissionais disponíveis
Pontuação	012	345	6 78	91011
2. Metas pactuadas e registradas pela (ex. cobertura de tratamento supervisionado, solicitação de exames de baciloscopia de escarro) unidade de saúde para o controle da TB na área de abrangência...	Não estão disponíveis para equipe local	Existem, mas não são revistas regularmente	São acompanhadas e revistas periodicamente	São acompanhadas e revistas periodicamente, sendo incorporadas no planejamento da unidade.
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
3. Estratégias* para melhoria da atenção à TB... <i>*(oferta de tratamento supervisionado, flexibilidade de horário do tratamento supervisionado, atividades educativas, prioridade no atendimento, facilidade de agendamento, etc)</i>	Não são elaboradas ou apoiadas	Não existem, mas são elaboradas pontualmente, apenas quando surgem os problemas	Existem e são efetivas quando surgem problemas	Existem e são utilizadas para a prevenção de problemas
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
4. Estratégias* para que a Atenção Primária à Saúde seja o local para o tratamento da TB... <i>*(facilidade de agendamento para atendimento, retaguarda laboratorial, capacitação dos profissionais na Unidade de Saúde)</i>	Não estão disponíveis para a equipe local	Existem como atividade independente no trabalho da equipe, desarticulada do plano de assistência do portador de TB	Existem para melhorar a assistência ao portador de TB (promover maior acesso, vínculo e adesão ao tratamento)	Existem para motivar os profissionais de saúde e melhorar a assistência ao portador de TB.
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
5. O gerente da unidade de saúde...	Não incentiva a identificação de portadores de TB na comunidade	Não dá prioridade à melhoria da assistência à TB	Incentiva esforços para melhoria da atenção à TB	Participa visivelmente dos esforços para melhoria da atenção à TB
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
6. Benefícios e incentivos aos portadores de TB (café da manhã, leite, vale transporte, cesta básica, etc.)	Não são oferecidos	Existem, mas não influenciam na assistência prestada ao portador de TB	Encorajam os portadores de TB a cuidar da própria saúde	São ofertados para promover uma maior atenção aos portadores de TB
Pontuação	0 12	345	6 78	91011

Pontuação total para parte I (soma das pontuações assinaladas) : _____

Pontuação média para parte I : _____ dividido por 6=_____

II- Articulação com a comunidade: Articulação entre os sistemas de saúde (instituições ou unidades de saúde) e os recursos comunitários tem um importante papel na gestão/ manejo clínico da tuberculose

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
7. Articulação da unidade de saúde e dos portadores de TB com as organizações da comunidade (ONGs, centros comunitários, igrejas, pastorais, etc)	Não é realizada	É limitada a uma lista dos recursos oferecidos pelas organizações disponíveis	É realizada por meio de um responsável para assegurar que os portadores de TB e profissionais de saúde utilizem os recursos oferecidos	É realizada por meio de comunicação ativa entre a unidade de saúde, as organizações da comunidade e os portadores de TB
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
8. Parcerias com organizações da comunidade para o controle da TB...	Não existem	Estão sendo consideradas, mas não foram implementadas	Estão estruturadas para apoiar o tratamento da TB	São formalmente estabelecidas para dar suporte ao Programa de Controle da TB
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
9. Conselho/ Comissão Local de Saúde (conselho da própria Unidade de Saúde) <i>*grupo de pessoas (profissionais e membros da comunidade) que participam das decisões e sugestões para a melhoria da assistência na Unidade de Saúde</i>	Não existe	Existe, mas não tem poder de decisão	Existe e acompanha a programação da unidade de saúde com relação ao controle da TB	Existe e acompanha a programação da Unidade de Saúde em relação ao Controle da TB, avaliando o desempenho das equipes
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
10. Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Não existe na Unidade de Saúde ou não está incorporado às atividades ligadas ao tratamento da TB	Está incorporado às atividades ligadas ao tratamento da TB, mas não se integra com a equipe da Unidade de Saúde	Está incorporado às atividades ligadas ao tratamento da TB e faz articulação com a Equipe da Unidade, mas não com os recursos da comunidade (ONGs, Pastorais, Igrejas, etc)	Está incorporado às atividades ligadas ao tratamento da TB e faz articulação com toda a equipe unidade de saúde e os recursos da comunidade
Pontuação	0 12	345	6 78	91011

Pontuação total para parte II (soma das pontuações assinaladas): _____

Pontuação média para parte II : _____ dividido por 4= _____

III- Autocuidado apoiado. O autocuidado apoiado efetivo pode ajudar as pessoas portadoras de TB e suas famílias a lidar com os desafios de conviver e tratar a doença, além de reduzir as complicações e os sintomas.				
Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
11. Registros relacionados ao apoio dos profissionais da Unidade de Saúde para o portador de TB cuidar da própria saúde...	Não são realizadas	É realizada, mas não de maneira padronizada.	São realizadas de maneira padronizada	São realizadas de maneira padronizada e articuladas com o plano de cuidado dos portadores de TB
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
12. Suporte (exemplo, educação em saúde e estabelecimento de vínculo com profissionais, etc) para que os portadores de TB cuidem da própria saúde...	É limitado à distribuição de informações escritas (panfletos, folders, cartazes)	É disponibilizado por meio de atividades educacionais	É oferecido por profissionais de saúde capacitados que fazem parte da equipe, mas não envolve a adesão medicamentosa	É oferecido por profissionais de saúde capacitados envolvendo a melhoria das condições clínicas, psicológicas e sociais dos portadores de TB
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
13. Acolhimento das preocupações dos portadores de TB e suas famílias...	Não é realizado	É realizado por meio de encaminhamento para profissionais e serviços especializados	É realizado e solucionado na própria Unidade de Saúde	É parte integrante da atenção à TB com envolvimento de grupos de apoio e profissionais especializados (Psicólogos, assistentes sociais) na própria Unidade de Saúde –
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
14. Intervenções de mudança de comportamento (parar de fumar, beber, usar drogas) de portadores de TB	Não estão disponíveis	Limitam-se à distribuição de informações escritas (panfletos, folders, cartazes)	É realizado por meio de encaminhamento a Centros Especializados	Fazem parte da rotina da atenção à TB e utilizam tecnologias para a mudança de comportamento (entrevista motivacional e grupo operativo)
Pontuação	0 12	345	6 78	91011

Pontuação total para parte III (soma das pontuações assinaladas): _____

Pontuação média para parte III : ____ dividido por 4= ____

IV- Suporte a decisão O manejo efetivo da TB assegura que os profissionais de saúde tenham acesso a informações baseadas em evidência para apoiar decisões na atenção às pessoas usuárias. Isso inclui diretrizes e protocolos baseados em evidência, consulta com especialistas, educadores de saúde e envolvimento dos usuários de forma a tornar as equipes de saúde capazes de identificar estratégias efetivas de cuidado				
Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
15. Manual de diretrizes para o controle da TB na Unidade de Saúde...	Não estão disponíveis	Estão disponíveis, mas não são utilizadas na atenção à TB	Estão disponíveis, mas limitadas aos momentos de capacitação dos profissionais de saúde	Estão disponíveis, utilizados frequentemente e integrados à prática cotidiana na atenção à TB
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
16. Envolvimento de especialistas em TB que não fazem parte da Equipe no apoio aos profissionais de Saúde da Unidade...	É feito por meio de referenciamento/ encaminhamento tradicional	É alcançado por meio da participação de especialistas, porém se limita às solicitações da Unidade de Saúde para o controle da TB	É alcançado por meio da participação periódica de especialistas que auxiliam no processo de educação permanente das equipes	É alcançado por meio da participação periódica de especialistas que auxiliam no processo de educação permanente e discutem casos com a equipe
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
17. Capacitação dos profissionais de saúde para a atenção à TB...	É realizada esporadicamente	É realizada sistematicamente com métodos tradicionais de educação (aulas, seminários, etc)	É realizada sistematicamente com métodos educacionais que promovam efetiva incorporação de ações de controle da TB à prática diária da Unidade, incluindo PARTE da equipe de profissionais	É realizada sistematicamente com métodos educacionais que promovam efetiva incorporação de ações de controle da TB à prática diária da Unidade, incluindo TODA equipe de profissionais
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
18. Informação às pessoas sobre TB...	Não é realizada	É realizada apenas quando os portadores de TB solicitam, por meio de informações escritas (folder, cartazes, etc)	É realizada para grupos vulneráveis à TB (comunicantes, portadores de HIV/AIDS, moradores de rua, etc) por meio de informações escritas e verbais (folder, cartazes, etc)	É realizada para todos os usuários e inclui o papel de cada indivíduo na prevenção e tratamento da TB
Pontuação	0 12	345	6 78	91011

Pontuação total para parte IV (soma das pontuações assinaladas): _____

Pontuação média para parte IV : _____dividido por 4 = _____

V- Desenho do sistema de prestação de serviços A evidência sugere que a gestão efetiva da atenção à TB envolve mais que a simples adição de intervenção a um sistema focado no cuidado de condições agudas. São necessárias mudanças na organização do sistema, realinhando a oferta de cuidado.				
Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
19. Trabalho em equipe para o controle da TB...	Não existe	É realizado pelos profissionais de enfermagem e ACS desarticulado do trabalho da equipe multiprofissional	É assegurado por reuniões regulares das equipes, com enfoque nas responsabilidades de cada membro (equipe de enfermagem, médico e ACS) e nos problemas que surgem.	É assegurado por reuniões regulares de TODOS os membros das equipes (médicos, equipe de enfermagem, ACS e outros), com enfoque nas responsabilidades de cada membro, incluindo educação para autocuidado e monitoramento dos portadores de TB.
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
20. Profissional de Saúde da própria Unidade de Saúde que é referência para o desenvolvimento de ações de Controle da TB...	Não é reconhecido pela comunidade e nem pela Unidade de Saúde	Não é definido, pois é realizado por toda equipe sem uma sistematização	Existe, mas não atribui responsabilidade para o restante da equipe.	Existe e trabalha de forma articulada com outros membros da equipe para o controle da TB
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
21. Sistema de agendamento para o tratamento da TB...	Não está organizado	Está organizado apenas para atendimento através de consulta médica em caso de intercorrências (demanda espontânea)	Está organizado para agendamento de consultas médicas	Está organizado de forma informatizada para agendamento de consultas médicas, de enfermagem, facilitando o contato com diferentes profissionais (assistência social, psicólogos, etc)
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
22. Monitoramento da situação da TB na comunidade...	Não é divulgado de forma organizada e regular	É realizado apenas a partir da identificação de caso	É realizado pela Vigilância Epidemiológica e divulgado para os profissionais de saúde que atuam na atenção à TB	É realizado pela equipe local que tem acesso ao sistema informatizado e planeja ações para atender as necessidades da área de abrangência
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
23. Atenção planejada para controle da TB...	Não é divulgada de forma organizada e regular	É utilizada ocasionalmente quando surgem casos de TB	É utilizada para o acompanhamento das pessoas que realizam o tratamento da TB e seus comunicantes	É utilizada regularmente para a maioria dos usuários, incluindo intervenções preventivas e estímulo ao autocuidado por meio de consulta individual ou atenção em grupo
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
24. Continuidade* do cuidado ao portador de TB <i>*registro da referência e contra-referência do portador de TB</i>	Não ocorre de maneira organizada e regular	A comunicação ocorre por telefone ou em reuniões da equipe da unidade de saúde e entre outras unidades de saúde, de forma verbal, SEM registro formal (guia e prontuário clínico) e escrito.	A comunicação ocorre por telefone ou em reuniões na unidade de saúde e entre unidades de saúde, de forma verbal, COM registro formal (guias e prontuário clínico) e escrito.	A comunicação ocorre por telefone ou em reuniões na unidade de saúde e entre unidades de saúde COM registro formal (guias e prontuário clínico), incluindo sistemas de registro informatizados
Pontuação	0 12	345	6 78	91011

Pontuação total para parte V (soma das pontuações assinaladas): _____

Pontuação média para parte V : _____ dividido por 6= _____

VI- Sistemas de informação clínica Informação útil e oportuna, individualizada por pessoa usuária e por populações usuárias portadores de TB, é um aspecto crítico de modelos de atenção efetivos, especialmente aqueles que empregam abordagens populacionais.				
Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
25. Prontuário clínico	Não fica armazenado na unidade de saúde que faz o acompanhamento do tratamento	Está disponível nesta Unidade de Saúde, e inclui registros de diagnóstico, terapêutica e agendamento de retorno	Está disponível, e inclui registros de diagnóstico, terapêutica e agendamento de retorno registros de realização de Tratamento Supervisionado ou auto administrado, solicitação de exames de controle e vigilância dos contatos	Está disponível em sistema informatizado (prontuário eletrônico), e inclui registros de diagnóstico, terapêutica e agendamento de retorno registros de realização de Tratamento Supervisionado ou auto administrado, solicitação de exames de controle, vigilância dos contatos, acompanhamento dos membros da família e registros de outros profissionais (assistência social, psicólogos, etc)
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
26. Registro dos portadores de TB (lista de nomes, livro de registro acompanhamento de pessoas com TB- livro verde- sintomáticos respiratórios)	Apenas um dos formulários de registro está preenchido com dados de identificação nesta Unidade de Saúde	Pelo menos DOIS tipos de formulários estão preenchidos e incluem dados de identificação (telefone, endereço), forma clínica e exames realizados	Pelo menos TRÊS tipos de formulários estão preenchidos e incluem dados de identificação (telefone, endereço), dados clínicos e resultados de exames.	Os registros estão informatizados e incluem dados de identificação (telefone, endereço), dados clínicos, resultados de exames, permite identificar portadores de TB em risco para abandono, emitindo alertas e lembretes aos profissionais
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
27. Avisos e alertas para profissionais de saúde emitidos pela Vigilância Epidemiológica, laboratórios, etc (identificação de casos novos na área, identificação de grupos vulneráveis, etc)	Desconhecem e não procuram fontes de informações de sua área de abrangência	Recebem, mas atribuem a responsabilidade pelo monitoramento a outro tipo de serviço de saúde (ambulatórios de referência, hospitais, vigilância epidemiológica)	Recebem e desenvolvem ações de monitoramento dos casos na área de abrangência.	Recebem e tem acesso a sistemas informatizados, desenvolvem o monitoramento e estratégias para atingir os grupos vulneráveis (população em situação de risco)
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
28. Retorno de informações (Vigilância Epidemiológica/ Coordenação de PCT) sobre o desempenho da Unidade de Saúde em relação ao controle da TB...	Não são divulgados regularmente para a Unidade de Saúde	São divulgados anualmente dados sobre o número de casos e exames de baciloscopia de escarro realizados	São divulgados periodicamente e discutidos com a equipe de nível local	Estão disponibilizados integralmente de forma informatizada, permite o acesso da equipe de saúde e a discussão sobre o desempenho da Unidade de Saúde
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
29. Informações sobre portadores de TB em risco para, abandono, falência e óbito...	Não está disponível de forma sistemática	Está disponível, mas o acesso é limitado à equipe local	Está disponível em outro tipo de serviço, pode ser obtido quando solicitado	Está disponível rotineiramente, através de sistemas informatizados para profissionais de saúde a fim de oferecer condições do planejamento do cuidado para a classificação de risco
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
30. Plano de cuidado para os portadores de TB	Inclui a prescrição de medicamentos e pedidos de exames	Inclui a prescrição de medicamentos e pedidos de exames, e orientações gerais de enfermagem	É feito em conjunto pela equipe da Unidade de saúde e o portador de TB, incluindo o registro e monitoramento de ações, incluindo o planejamento do cuidado.	É feito em conjunto pela equipe da Unidade de saúde e o portador de TB, INCLUINDO O REGISTRO EM SISTEMAS INFORMATIZADOS DO MONITORAMENTO DAS AÇÕES E VIGILÂNCIA DOS CONTATOS.
Pontuação	0 12	345	6 78	91011

Pontuação total para parte VI (soma das pontuações assinaladas): _____

Pontuação média para parte VI : _____ dividido por 6=_____

VII- Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB. Sistema de Saúde efetivo integram e combinam todos os elementos do modelo, por exemplo, associando as metas de autocuidado com os registros nos sistemas de informação, ou associando políticas locais com atividades dos planos de cuidado dos usuários (locais para desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias, etc)				
Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
31. Informação aos portadores de TB em relação ao seu plano de cuidado...	Orientações gerais realizadas apenas verbalmente	Orientações gerais sobre a tomada de medicação de forma verbal reforçada por informação escrita	Orientações gerais sobre medicação e cuidados com a saúde reforçada com o oferecimento de informação escrita (material educativo) elaborada especificamente para cada plano de cuidado	Orientações gerais sobre medicação e cuidados com a saúde reforçada com o oferecimento de informação escrita (material educativo) elaborada especificamente para cada plano de cuidado, com registros das informações programadas em um sistema informatizado integrando as informações com outros serviços de saúde.
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
32. Prontuários	Registro do diagnóstico e medicamentos prescritos	Registro do diagnóstico e medicamentos prescritos incluindo avaliação do estado dos portadores de TB para cuidar da sua própria saúde	Registro do diagnóstico e medicamentos prescritos incluindo avaliação do estado dos portadores de TB para cuidar da sua própria saúde e as ações de enfermagem programadas, com classificação de risco do doente.	Registro do diagnóstico e medicamentos prescritos incluindo avaliação do estado dos portadores de TB para cuidar da sua própria saúde e as ações de enfermagem programadas, com classificação de risco do doente integrando as informações com outros serviços de saúde, de forma informatizada.
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
33. Programas comunitários (ONGs, centros comunitários, igrejas, pastorais, etc)	Não estabelecem comunicação com as Unidades de Saúde	Estabelecem comunicação com as Unidades ESPORADICAMENTE sobre a situação de saúde dos portadores de TB em suas atividades	Estabelecem comunicação com as Unidades REGULARMENTE sobre a situação de saúde dos portadores de TB em suas atividades.	Estabelecem comunicação com as Unidades regularmente sobre a situação de saúde dos portadores de TB em suas atividades, por meio de instrumentos formais e informatizados, que são utilizados para modificar os programas de acordo com as necessidades do portador de TB
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
34. Planejamento da atenção à TB na Unidade de Saúde que o doente realiza o tratamento	Não é registrado pela Unidade de Saúde de forma sistematizada	É registrado pela equipe de enfermagem que acompanha os casos de TB da área da Unidade	É registrado pela equipe que utiliza dados do sistema de informação com base na identificação de grupos vulneráveis (pessoas susceptíveis a desenvolver a TB).	Utiliza dados do sistema informatizado com base na identificação de grupos vulneráveis (pessoas susceptíveis a desenvolver a TB), incluindo incentivos (salarial, premiações, etc) aos profissionais da equipe e à Unidade de Saúde com base no desempenho.
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
35. Monitoramento das metas e do plano de cuidado para os portadores de TB	Não é realizado e nem registrado	É realizado, mas NÃO É registrado	É realizado e registrado por um profissional responsável pelo portador de TB seguido na Unidade de Saúde que disponibiliza aos membros da equipe dados relacionados ao tratamento supervisionado e resultados de tratamento.	É realizado e registrado em um sistema informatizado por um profissional responsável pelo portador de TB seguido na Unidade de Saúde que disponibiliza aos membros da equipe dados relacionados ao tratamento supervisionado e resultados de tratamento.
Pontuação	0 12	345	6 78	91011
36. Recomendações do Ministério da Saúde para o Controle da TB	Não são compartilhadas com o portador da TB	São fornecidas aos portadores de TB através de folhetos explicativos que demonstram interesse no autocuidado	São fornecidas a todas as pessoas usuárias verbalmente ou através de folhetos explicativos para ajudá-las a desenvolver o autocuidado, a prevenção da TB e a promoção à saúde	São fornecidas a todas as pessoas usuárias para ajudá-las a desenvolver o autocuidado, a prevenção da TB e a promoção à saúde, levando em conta a interação equipe-serviço-usuário
Pontuação	0 12	345	6 78	91011

Pontuação total para parte VII (soma das pontuações assinaladas): _____

Pontuação média para parte VII : _____ dividido por 6= _____

Interpretação dos Resultados:

- Pontuações entre 0 e 2 = capacidade limitada para a atenção aos portadores de TB
- Pontuações entre 3 e 5 = capacidade básica para atenção aos portadores de TB
- Pontuações entre 6 e 8 = razoável capacidade para a atenção aos portadores de TB
- Pontuações 9 a 11 = capacidade ótima para a atenção aos portadores de TB

ANEXO III - ROTEIRO OBSERVACIONAL ESTRUTURADO

Roteiro observacional estruturado

Registros	- quais as fontes de registros para TB utilizadas pelas Unidades de Saúde? - Quem preenche? - Todos têm acesso às informações? - Há a criação de registros paralelos da equipe, além dos oficiais recomendados pelo MS e CVE? - Os registros são informatizados? Quais são? - Os profissionais que acompanham o doente de TB na Unidade de Saúde fazem registros nos prontuários?
Recursos Humanos	- quem acompanha os casos de TB da Unidade de Saúde? - Faltam médicos? - qual o envolvimento dos ACS no acompanhamento dos casos de TB na Unidade de Saúde? – assumem ações ou não assumem por questões profissionais ou trabalhistas?
Integração entre programas, serviços de saúde e profissionais	- no caso de necessidade de referenciar / encaminhar o doente de TB para consulta ou procedimentos com outro especialista ou serviço de saúde, quem marca? - há discussão de casos acompanhados pela Unidade de Saúde com outros serviços de saúde ou Vigilância Epidemiológica?
Processo assistencial	- oferecimento de consultas mensais- quem atende? - o médico atende os doentes de TB mensalmente até o fim do tratamento ou em períodos específicos do mesmo? - a Unidade de Saúde oferece TDO- quem acompanha e registra as ações de TDO? Quais os registros utilizados? - qual o envolvimento da equipe de enfermagem no processo de cuidado – quais ações realizam? - há o envolvimento do enfermeiro de modo sistemático nas ações de tratamento de TB? – quais ações que são, de fato, realizadas por este profissional no que diz respeito ao tratamento da TB?

ANEXO IV – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Tuberculose: análise dos pontos de estrangulamento da atenção para controle da doença em municípios das regiões sul, sudeste e nordeste do Brasil.

Pesquisador: Reinaldo Antonio da Silva Sobrinho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 17666613.0.1001.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 348.117

Data da Relatoria: 25/07/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto bem apresentado com fundamentação e consistência teórica e metodológica.

Objetivo da Pesquisa:

Pertinentes ao tipo de estudo

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto contempla os riscos e benefícios aos sujeitos da pesquisa

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante para a área de saúde coletiva em especial no tocante ao cuidado aos pacientes portadores de Tuberculose

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram apresentados

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Endereço: UNIVERSITÁRIA

Bairro: UNIVERSITÁRIO

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3272

CEP: 85.819-110

E-mail: csp.prpg@unicoeste.br

Objetivo da Pesquisa:

Pertinentes ao tipo de estudo

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto contempla os riscos e benefícios aos sujeitos da pesquisa

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante para a área de saúde coletiva em especial no tocante ao cuidado aos pacientes portadores de Tuberculose

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram apresentados

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCABEL

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3272

E-mail: csp.prppg@uniceste.br