

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Ana Cristina de Oliveira Abraão

**Avaliação das Ações de Controle da Tuberculose em Juiz de Fora: a ótica dos
gestores**

Juiz de Fora
2025

Ana Cristina de Oliveira Abraão

**Avaliação das Ações de Controle da Tuberculose em Juiz de Fora: a ótica dos
gestores**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Dra. Gírlene Alves da Silva

Juiz de Fora
2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

de Oliveira Abraão, Ana Cristina.

Avaliação das Ações de Controle da Tuberculose em Juiz de Fora: a ótica dos gestores / Ana Cristina de Oliveira Abraão. -- 2025. 98 f.

Orientador: Girlene Alves da Silva

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2025.

1. Tuberculose. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Gestão. I. Alves da Silva, Girlene, orient. II. Título.

Ana Cristina de Oliveira Abraão

Avaliação das Ações de Controle da Tuberculose em Juiz de Fora: a ótica dos gestores.

Tese apresentada ao
Programa de Pós-
Graduação em Saúde
Coletiva
da Universidade
Federal de Juiz de
Fora como requisito
parcial à obtenção do
título de Doutora em
Saúde Coletiva. Área
de concentração:
Saúde Coletiva.

Aprovada em 21 de fevereiro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Dra. Girlene Alves da Silva - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dra. Fabiana Barboza Assumpção de Souza
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Prof.ª Dra. Luiza Vieira Ferreira
Centro Universitário Estácio Juiz de Fora

Prof.ª Dra. Geovana Brandão Santana Almeida
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dra. Érika Andrade e Silva
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dra. Marluce Rodrigues Godinho
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dra. Danielle Teles da Cruz
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dra. Lilian do Nascimento
IF Sudeste de Minas Gerais – SJDR

Prof.ª Dra. Denicy de Nazaré Pereira Chagas
Prefeitura de Juiz de Fora

Juiz de Fora, 28/01/2025.



Documento assinado eletronicamente por **FABIANA BARBOSA ASSUMPÇÃO DE SOUZA, Usuário Externo**, em 25/02/2025, às 10:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Erika Andrade e Silva, Professor(a)**, em 27/02/2025, às 13:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **LUIZA VIEIRA FERREIRA, Usuário Externo**, em 01/03/2025, às 20:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Geovana Brandao Santana Almeida, Professor(a)**, em 02/04/2025, às 12:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Girlene Alves da Silva, Professor(a)**, em 14/04/2025, às 18:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2213300** e o código CRC **D986D08A**.

A minha filha Maria Eduarda, que mesmo ainda tão pequena me trouxe inspiração para ser uma profissional dedicada e que almeja o melhor para saúde, para os pacientes e sociedade, e saberá futuramente, que este trabalho foi concretizado pelo anseio de proporcioná-la o melhor.

AGRADECIMENTOS

Concluir esta tese é um marco de superação em uma trajetória que esteve longe de ser fácil. Ao longo do caminho, enfrentei desafios que colocaram à prova minha determinação e resiliência. Precisei interromper meus estudos por questões pessoais e pelo impacto da pandemia, o que trouxe incertezas e momentos de grande reflexão. Ainda assim, encontrei força para recomeçar, ingressar novamente em um processo seletivo e, com muito esforço, concluir o doutorado antes do tempo previsto.

Minha eterna gratidão aos meus familiares, especialmente à minha filha, meu amor eterno. Sua presença foi minha maior motivação nos momentos mais difíceis e a razão para que eu nunca desistisse. Meus pais e minhas irmãs que foram meu alicerce e que me auxiliaram de forma extraordinária para ajuste da minha vida profissional e seguimento dos meus sonhos.

Aos amigos, que com palavras de incentivo e gestos de apoio, foram meu refúgio em tempos de dúvida.

A minha orientadora Gírlene, que acreditou no meu potencial e me guiou com paciência mesmo quando o caminho parecia incerto. Junto a ela, meu carinho profundo à professora Erika Andrade que em nenhum momento me deixou desistir, assim como o incentivo de demais professoras da Faculdade de Enfermagem pela qual tenho total apreço e admiração. Sem esse suporte, este sonho não teria se concretizado.

À CAPES-DS que proporcionou o desdobramento e desenvolvimento desta pesquisa em prol da sociedade civil e acadêmica.

Esta conquista é fruto de um esforço coletivo, e a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, meu mais profundo obrigado.

RESUMO

A tuberculose (TB) é caracterizada como uma doença transmissível, responsável por uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo. Curável e evitável, se tratada com sucesso através de medicamentos que reduzem sua transmissibilidade, e por meio de ações multissetoriais em fatores como pobreza, desnutrição, infecção por HIV, tabagismo, gestão de recursos e outros. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), tem a TB como prioridade na agenda política e um Plano de Controle com a finalidade de ampliar as ações em território nacional e outorgar competências às esferas de governo, sendo à nível municipal, a Atenção Primária a Saúde (APS) um eixo essencial e estratégico para atender a complexidade de organização que a TB exige por toda sua trajetória. Este estudo objetivou avaliar, baseado nos atributos da APS, o desempenho da gestão quanto ao PCT em Juiz de Fora, na perspectiva dos gestores. Dispôs do enfoque na pesquisa avaliativa com abordagem quantitativa, transversal, ancorado nos atributos da APS. O estudo aconteceu nas Unidades de Atenção Primária do município com seus respectivos gestores, no período entre março e agosto de 2024 por meio da aplicação de um questionário componente do PCATool/específico para a TB. Os dados foram analisados no software R. Foi atribuído escore geral, essencial e derivado e escores para cada atributo da APS. Na percepção dos gestores, os escores geral, essencial e derivado obtiveram avaliação satisfatória, no entanto, a proximidade estatística com o valor de referência permitiu inferir que os gestores consideraram as ações promovidas nas UBS de forma mediana e que de algum modo há a necessidade de melhora no serviço. O acesso ao tratamento foi um dos atributos com avaliação não satisfatória implicando assim em algumas considerações acerca do funcionamento da UBS, da dificuldade com o transporte e demora para atendimento e agendamento. O componente orientação comunitária mostrou-se também com avaliação insatisfatória, com baixa orientação para APS, mas que converge com outros estudos que avaliam negativamente este atributo. Apesar disso, os componentes coordenação, vínculo e orientação familiar apresentaram resultados acima do satisfatório, colocando estes atributos com ótima orientação para a APS. Por fim, o estudo permitiu analisar a ótica dos gestores sob suas ações diretas e indiretas no controle da TB e a extensão dos atributos, demonstrando os desafios relacionados a descentralização das ações e a gestão em sua totalidade, assim

como a fragilidade da APS em alguns atributos, o que traz reflexões para análises necessárias dos problemas encontrados e provisionamento de metas resolutivas.

.
Palavras-chave: tuberculose; gestão; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Tuberculosis is characterized as a communicable disease, responsible for one of the main causes of morbidity and mortality worldwide. It is curable and preventable if successfully treated with medications that reduce its transmissibility, and through multisectoral actions factors such as poverty, malnutrition, HIV infection, smoking, resource management, and others. In Brazil, the Ministry of Health has TB as a priority on the political agenda and a Control Plan with the purpose of expanding actions throughout the country and granting powers to the spheres of government, with Primary Health Care being an essential and strategic axis at the municipal level to meet the complexity of organization that tuberculosis requires throughout its trajectory. This study aimed to evaluate, based on the attributes of PHC, the management performance regarding the PCT in Juiz de Fora, from the perspective of managers. It focused on evaluative research with a quantitative, cross-sectional approach, anchored in the attributes of PHC. The study took place in the municipality's Primary Care Units with their respective managers, between March and August 2024 through the application of a questionnaire that is part of the PCATool specific to tuberculosis. The data were analyzed using R software. General, essential and derived scores were assigned, as well as scores for each PHC attribute. In the managers' perception, the general, essential and derived scores obtained a satisfactory evaluation; however, the statistical proximity to the reference value allowed us to infer that the managers considered the actions promoted in as UBS's to be average and that there is a need to improve the service in some way. Access to treatment was one of the attributes with an unsatisfactory evaluation, thus implying some considerations about the functioning of the UBS's, the difficulty with transportation and the delay in care and scheduling. The community orientation component also showed an unsatisfactory evaluation, with low orientation for PHC, but this converges with other studies that negatively evaluate this attribute. Despite this, the coordination, bonding and family orientation components presented results above satisfactory, placing these attributes with excellent orientation for PHC. Finally, the study allowed analyzing the perspective of managers regarding their direct and indirect actions in TB control and the extent of the attributes, demonstrating the challenges related to the decentralization of actions and management in its entirety,

as well as the fragility of PHC in some attributes, which brings reflections for necessary analyses of the problems encountered and provision of resolution goals.

Keywords: tuberculosis; management; primary health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Lista Global de Países de Alta Carga para TB	16
Figura 2 -	Antecedentes da Estratégia para o Fim da Tuberculose	28
Figura 3 -	Antecedentes da Estratégia para o Fim da Tuberculose	29
Figura 4 -	Organização das Ações de Controle da Tuberculose na APS no Município de Juiz de Fora	48
Quadro 1 -	Risco de Adoecimento por Tuberculose nas populações vulneráveis	22
Quadro 2 -	Esquema Básico de Fármacos para Tuberculose	24
Quadro 3 -	Acompanhamento do tratamento da Tuberculose	25
Quadro 4 -	Lista de Indicadores Prioritários	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Descrição das unidades de APS	45
Tabela 2 -	Descrição dos valores dos escores do questionário aplicado	51
Tabela 3 -	Descrição da inversão dos valores dos escores do questionário	51
Tabela 4 -	Atribuição dos escores para respostas específicas do questionário	51
Tabela 5 -	Descrição da consistência interna do questionário aplicado	53
Tabela 6 -	Caracterização dos gestores que atuam na APS de Juiz de Fora, MG	55
Tabela 7 -	Caracterização das unidades de saúde da atenção primária de Juiz de Fora, MG	55
Tabela 8 -	Descrição do tempo de gestão no serviço de atenção primária do município de Juiz de Fora, MG	55
Tabela 9 -	Caracterização da tuberculose no município de Juiz de Fora, Minas Gerais	56
Tabela 10 -	Caracterização dos recursos com base nas necessidades da população a ser atendida em Juiz de Fora, MG	56
Tabela 11 -	Descrição da frequência de distribuição de incentivos (cestas básicas, transporte...) para doentes de TB em tratamento no município de Juiz de Fora, Minas Gerais	57
Tabela 12 -	Caracterização da participação dos gestores em discussões e definições de ações de controle da TB no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2024	57
Tabela 13 -	Caracterização da participação dos gestores em discussões e definições da aplicação de recursos para o controle da TB no município de Juiz de Fora, Minas Gerais	58
Tabela 14 -	Caracterização da suficiência de recursos (motorista, combustível, viatura, potes) disponíveis para atendimento das necessidades de controle da TB no município de Juiz de Fora, Minas Gerais	58

Tabela 15 -	Caracterização da suficiência de recursos (motorista, combustível, viatura, potes) disponíveis para atendimento das necessidades de controle da TB no município de Juiz de Fora, Minas Gerais	59
Tabela 16 -	Descrição dos itens de avaliação do atributo porta de entrada e seus escores de média e proporção sob a ótica dos gestores da atenção primária do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil	60
Tabela 17 -	Descrição dos itens de avaliação do atributo acesso ao tratamento e seus escores de média e proporção sob a ótica dos gestores da atenção primária do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil	61
Tabela 18 -	Descrição dos itens de avaliação do atributo orientação comunitária e seus escores de média e proporção sob a ótica dos gestores da atenção primária do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil	61
Tabela 19 -	Descrição dos itens de avaliação do atributo porta de entrada e seus escores de média e proporção sob a ótica dos gestores da atenção primária do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AMAQ-AB	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Atenção Básica
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária a Saúde
BAAR	Bacilo Álcool-Acido Resistente
BK	Bacilo de Koch
CNPS	Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária
DOTS	<i>Directly Observed Treatment Short-Course</i>
DVEA	Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAPEMIG	Fundação de Amparo a Pesquisa e Estado de Minas Gerais
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Índice Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
JF	Juiz de Fora
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sanitário
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCAT-Brasil	<i>Primary Care Assesmenty Tool</i> – Brasil
PCATool	<i>Primary CareAssesmenty Tool</i>
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PDR-MG	Programa Diretor Regional de Minas Gerais
PECT	Programa Estadual de Controle da Tuberculose
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade

PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PSF	Programa de Saúde da Família
RHZE	Rifampicina / Isoniazida / Pirazinamida / Etambutol
RH	Rifampicina / Isoniazida
SAPS	Secretaria Nacional de Atenção Primária a Saúde
SSAPS	Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SITE-TB	Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TB DR	Tuberculose droga resistente
TBMDR	Tuberculose multi drogaresistente
TB-HIV	Coinfecção pelo <i>M. Tuberculosis</i> e HIV
TB RR	Tuberculose com resistência a rifampicina
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TRM	Teste Rápido Molecular
TS-DOTS	Tratamento Supervisionado - <i>Directly Observed Treatment Short-Course</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	14
.....		
2	INTRODUÇÃO.....	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	21
.....		
3.1	A TUBERCULOSE: UM OLHAR SOBRE SUA EVOLUÇÃO	21
.....		
3.2	INICIATIVAS PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE.....	26
3.3	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	33
3.4	GESTÃO EM SAÚDE E TUBERCULOSE	36
.....		
3.5	AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO	39
.....		
4	METODOLOGIA.....	44
4.1	PARTICIPANTES.....	45
4.2	CENÁRIO.....	47
4.3	COLETA DE DADOS.....	48
4.4	QUESTÕES ÉTICAS	50
.....		
4.5	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	50
.....		
5	RESULTADOS	55
6	DISCUSSÃO	64
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS		71
APÊNDICE A -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		77
.....		
ANEXO A-RELATÓRIO DA VISITA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM JUIZ DE FORA		78

**ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA APS VALIDADO
NO BRASIL E ADAPTADO PARA TUBERCULOSE – PARTE 103
GESTORES**

ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA 108

.....

1 APRESENTAÇÃO

O estudo aqui apresentado integra o projeto de pesquisa “Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Juiz de Fora – MG”, coordenado pela prof.^a Dra. Girlene Alves da Silva, da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), o qual tem por objetivo avaliar as ações de controle da Tuberculose (TB) nos diferentes níveis de atenção no município, sob a ótica dos diversos atores compreendidos neste contexto. São componentes do grupo deste projeto os alunos de iniciação científica e de extensão, discentes de Pós-graduação *stricto sensu* nas modalidades mestrado e doutorado das faculdades de Enfermagem e Medicina da UFJF e complementando o suporte, o projeto conta com o apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) que tem por objetivo apoiar os projetos que apresentam mérito científico e relevância.

O interesse pelo tema se deu por meio do convite da prof.^a Erika Andrade e Silva para integrar ao grupo deste grande projeto abarcando o olhar da gestão somado à minha atuação profissional nos últimos anos na supervisão em instituição voltada para o atendimento a pacientes com TB.

O projeto matriz e seus desdobramentos é apoiado pela gestão municipal de saúde, subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SSAPS) e pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (DVEA).

No âmbito do controle da TB, três agentes estão envolvidos, sendo eles: os pacientes, os profissionais de saúde e os gestores. Nesta perspectiva, para dar seguimento aos desdobramentos do projeto matriz, a presente tese irá apresentar o desempenho dos serviços de saúde no combate à TB sob a ótica dos gestores.

2INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é uma das doenças mais antigas do mundo descoberta em 1882 e entendida na época como um castigo. Foi compreendida posteriormente como algo natural e com os estudos sobre Anatomia obteve a denominação de doença tísica, a qual foi expandida rapidamente com o advento das guerras e a aproximação das pessoas¹.

É caracterizada como uma doença transmissível, responsável por uma das principais causas de morbidade, uma das dez principais causas de mortalidade em todo o mundo e a principal causa de mortalidade por um único agente infeccioso (classificação acima do HIV/AIDS). Causada pelo bacilo *Mycobacterium Tuberculosis*, que se espalha quando pessoas doentes expõem bactérias no ar, mais especificamente pela tosse. Geralmente afeta os pulmões (TB pulmonar), mas também pode afetar outros locais (TB extrapulmonar). Cerca de um quarto da população mundial está infectada com o *M. Tuberculosis*².

A doença pode afetar qualquer pessoa em qualquer lugar, mas, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a maioria das pessoas que a desenvolvem são adultos, e homens. Advém da pobreza, e dificuldades econômicas, vulnerabilidade e marginalização. O estigma e a discriminação são muitas vezes enfrentados por pessoas afetadas pela TB.

Apesar de curável e evitável, cerca de 85% das pessoas que desenvolvem TB pode ser tratada com sucesso com um regime de medicamentos de seis meses que possibilita a redução da transmissão, que também pode ser reduzido por meio de ações multissetoriais para abordar os determinantes da TB, como pobreza, desnutrição, infecção por HIV, tabagismo e diabetes².

Segundo a OMS, mais recentemente em 2019, 10 milhões de pessoas adoeceram por TB no mundo, das quais 8,2% viviam com HIV, 1,2 milhão morreram e 465 mil pessoas desenvolveram TB multirresistente (TBMDR).

Na visão mundial, as regiões da África e da Ásia são as que apresentam maior risco para o adoecimento por TB. Sete países foram responsáveis por 60% dos novos casos em 2019: Índia, Indonésia, China, Filipinas, Paquistão, África do Sul e Nigéria².

Para o período de 2021 a 2025, a OMS considera três listas de países prioritários, indicando os 30 países com maior carga de TB, TB-HIV e TB-MDR/TB-

RR. Essas listas incluem os 20 países com maior número absoluto de casos adicionalmente, os 10 países com maior coeficiente de incidência por 100.000 habitantes por ano e com mínimo de 10.000 casos novos de TB, 1.000 casos de coinfeção TB-HIV e 1.000 casos novos de TB-MDR/TB-RR – para cada uma das listas, respectivamente. O Brasil se encontra em duas listas, compondo o grupo de 20 países com maior número estimado de casos de TB e de coinfeção TB-HIV²⁻³(Figura 1).

Estes dados demonstram que, apesar dos esforços globais de estratégias de erradicação da doença, ainda existe uma proporção significativa que demanda foco das autoridades em saúde e suas parcerias para que este número não avance alarmantemente.

Figura 1 - Lista Global de Países de alta carga para TB, TB-HIV, TB-MDR ou RR para o período de 2021 a 2025



Fonte: Adaptado de *World Health Organization*(2021).

No que tange as Américas, o coeficiente de incidência de TB em 2019 segundo a OMS, era de 320 mil, sendo 33,4% no Brasil, 12,9% no Peru, 10,5% no México e 6,9% no Haiti, mantendo-se assim, Brasil e Peru na classificação de Países prioritários²⁻³.

Tratando-se especificamente de Brasil, 68,7 mil pessoas adoeceram em 2020, 4,5 mil morreram em 2019, 763 pessoas desenvolveram TB-MDR ou RR em 2020³.

O coeficiente de incidência de TB no Brasil diminuiu de 41,9 casos por 100 mil habitantes, em 2001, para 34,3 casos por 100 mil habitantes (-18,1%), em 2015. A partir de 2015, aumentou para 37 casos por 100 mil habitantes em 2018 (7,9%), com estabilização em 2019. Tal aumento observado a partir de 2015 ainda está em investigação, e provavelmente relaciona-se com questões sociais e com a incorporação de novas tecnologias diagnósticas mais sensíveis no Sistema Único de Saúde (SUS). E outro fato importante foi a queda acentuada da incidência no ano de 2020 comparado ao ano anterior devido o momento de pandemia vivido pela covid-19³.

O Brasil tem um papel significativo quanto as ações de enfrentamento da TB na região das Américas pois possui o 2º maior produto interno bruto (PIB), é o 5º país com a maior renda *per capita*, ocupa a 6ª posição em relação a expectativa de vida e tem a 15ª posição quanto ao índice de desenvolvimento humano (IDH), mesmo compartilhando algumas características comuns aos demais países como a desigualdade social e a diversidade étnico-cultural⁴.

Considerando todos esses dados e a dimensão da doença, a OMS, desde 1993 declarou a TB como uma emergência global difundindo medidas de controle para a doença.

Em decorrência disso, o Brasil, por meio do Ministério da Saúde (MS), colocou a TB como prioridade na agenda política e elaborou o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), com a finalidade de ampliar as ações em território nacional, adotando como metas diagnosticar pelo menos 92% dos casos esperados e tratar com sucesso 85% dos casos diagnosticados⁵. Em 2017 é lançado o “Plano Nacional pelo fim da Tuberculose como problema de saúde pública”, com objetivo de acabar com a TB como problema de saúde pública no país e servir como subsídio para o planejamento das ações que permitam a melhora dos indicadores da doença⁴.

Recentemente foi publicado as estratégias do MS para o período de 2021 a 2025 para alcançar o lema “Brasil livre da tuberculose”. Neste sentido, entende-se que todas as esferas do governo brasileiro precisam envolver os diferentes setores nas ações de controle da TB, buscando estratégias que fortaleçam o acesso à

prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento para então chegar à redução da incidência e mortalidade da doença.

O SUS preconiza que a organização dos serviços aconteça de forma ordenada por princípios e diretrizes específicos, para que as ações e serviços se articulem no alcance da prevenção e cura da população em todos os níveis de atenção à saúde. Os fundamentos do SUS e as normas do MS definem a organização e as atribuições dos entes federados, que incluem planejamento, controle e avaliação dos serviços de saúde, a fim de garantir os princípios e diretrizes do SUS e a melhoria das condições de saúde do indivíduo e coletividade⁶.

O PNCT outorga competências às esferas de governo, as quais se segmentam de acordo com a complexidade exigida quanto a organização administrativa, político-geográfica de modo a garantir ações de cunho universal, integral e igualitária a população brasileira⁷⁻⁸.

As atividades do PNCT estão presentes em todos os níveis de atenção a saúde (primária, secundária, terciária) sendo essencial a busca ativa dos sintomáticos respiratórios, assim como a referência e contrarreferência dos serviços de saúde⁹.

Acerca disso, a Atenção Primária a Saúde (APS) torna-se um eixo essencial para o contato e a referência de pacientes com TB, sendo esta a principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação a toda rede de atenção à saúde¹⁰.

A APS caracteriza-se por intervenções de saúde, individuais e coletivas, no âmbito da promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, por meio de práticas gerenciais, democráticas e participativas, em territórios bem definidos, onde a população permanece sob sua responsabilidade¹¹.

É também o contato preferencial dos usuários para acessar o sistema de saúde, resolver a grande maioria dos problemas de saúde, organizar os fluxos e contrafluxos, e se responsabilizar pela saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção em saúde que estejam¹¹.

O que torna a APS ainda mais valorosa para o controle da TB no Brasil são os seus atributos.

Os atributos da APS são elementos essenciais no manejo e na gestão da TB, sendo eles: acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, centralização na família, orientação comunitária¹²⁻¹³.

Isto posto, a APS, pelo seu histórico de fortalecimento do papel de ordenadora da atenção à saúde, necessita estar permanentemente inserida nos processos de avaliação em saúde, contribuindo para possíveis mudanças no sistema e instituições nele inseridas¹⁴.

Seguindo neste ponto de vista, entende-se que a APS se encontra em posição estratégica para o desenvolvimento das ações de controle da TB, e para isso faz-se necessário constante avaliação tanto do programa, quanto do próprio funcionamento da APS, pensando sempre na consolidação e reorientação da APS no país e fortalecimento de seus atributos.

Avaliar tem como sentido a aferição, o julgamento, estimativa, equacionamento, conforme o dicionário Aurélio, os quais precisam ser considerados para o propósito da avaliação, quanto ao modelo que será empregado para a tradução do melhor sentido, levando em conta os modos avaliativos existentes e seus diferentes conceitos e utilizações.

No que diz respeito aos serviços de saúde, a avaliação dos serviços contribui para a melhora da capacidade de resposta às necessidades de saúde, produção de evidência, retroalimentação das equipes, identificação e correção dos problemas encontrados, acompanhamento das intervenções e resultados, avaliação da assistência ao usuário e família, da mesma forma que subsidia e regulamenta as políticas de TB e divulgação de pontos positivos e de melhoria¹⁵.

Ao voltarmos para a questão da tipologia geográfica da TB, sua incidência, manejo e gestão é importante se definir e caracterizar a mesma dentro da região de saúde na qual o programa e as ações do serviço serão avaliados.

Assim, na perspectiva geográfica, dentro dos cenários de maior incidência da doença e referência de tratamento regional em Minas Gerais, a cidade de Juiz de Fora é considerada como município prioritário no controle da TB no Estado devido sua distribuição geográfica da TB no Brasil e pelo grande número de notificações, óbitos e incidência da doença acima do recomendado¹⁶.

Em 2017, o município de Juiz de Fora recebeu a visita de monitoramento e avaliação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) que demonstrou que a cidade tinha uma das maiores taxas de abandono de tratamento de Minas Gerais, além de alguns problemas, listados como:

- Sistema fragmentado de atenção a pessoa com TB;

- Elevado número de casos de TB diagnosticados na atenção secundária e terciária;
- Baixa identificação de sintomáticos respiratórios pela atenção primária;
- Baixa realização de TDO pela APS;
- Desfechos de tratamento (cura, abandono...) fora dos parâmetros da OMS;
- Dificuldade na assistência às populações vulneráveis;
- Baixa utilização do TRM;
- Baixa realização de cultura de escarro;
- Gestão incorreta do Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da TB (SITE-TB);
- Falta de envolvimento da assistência na gestão dos casos complexos de TB;
- Infraestrutura inadequada para atendimento de TB-DR no PAM Marechal;
- Falta de assistência farmacêutica no DCE;
- Inexistência de diagnóstico de Micobactérias Não-Tuberculosas¹⁷.

Tal monitoramento demonstra a fragilidade das ações e/ou inexistência das mesmas e revelam metas não atingidas e objetivos não alcançados, que podem ser convergentes com a situação do município, do Estado e com as estatísticas nacionais referentes ao Programa estabelecido.

Como de fato observa-se, por exemplo, em publicação recente do site oficial da prefeitura de Juiz de Fora o aumento de casos de TB na cidade devido abandono do tratamento e por conta da última pandemia de Covid-19¹⁸.

O município de Juiz de Fora, desde 2014 em seu Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde já propõe atividades importantes na ruptura do antigo modelo de atenção a saúde focado nas condições agudas, entendendo que as características de sua população vêm se modificando, e a necessidade do amadurecimento da gestão em prol do estímulo de políticas planejadas e orientadas para consolidação das ações da APS.

Neste movimento, a SSAPS criou um catálogo direcionador de ações e disseminação de informações para normalização da APS por meio da implantação de instrumentos de gestão do cuidado em todas as unidades de saúde, promovendo a qualificação dos profissionais e fomentando assim, a magnitude do processo de gestão do cuidado na APS.

Portanto, a presença e a qualificação do gestor da UBS para as ações de controle da TB fazem-se necessário no contexto municipal entendendo que há

desafios específicos apontados na última visita de monitoramento assim como pelo andamento das políticas e normativas que estão sendo implementadas.

Não obstante, apesar de já ter sido estudado os seguintes objetos pelos desdobramentos deste projeto: a percepção dos profissionais da saúde, a perspectiva do doente, o tratamento diretamente observado, ainda persistem algumas lacunas a serem estudadas e por isso a importância de compreender o ponto de vista dos gestores sobre a implantação de antigas e novas políticas públicas do nível federal ao municipal em paralelo ao exercício de enfrentar os desafios encontrados.

Á face do exposto, faço alguns questionamentos: por que apesar dos avanços com a doença e estímulos do MS e da OMS ainda não percebemos todos os resultados das ações de controle da TB na APS do município? Quais são as dificuldades para efetivação das ações e melhora dos indicadores? Como os gestores da APS têm se colocado para responder aos indicadores da TB no município?

Desse modo, a presente investigação tem como objeto o programa de controle da tuberculose sob a ótica dos gestores da atenção primária em saúde.

Para acessar o referido objeto, o estudo objetivou de forma geral:

- Avaliar, baseado nos atributos da APS, o desempenho da gestão quanto ao PCT em JF na perspectiva dos gestores.

Como objetivos específicos propôs-se:

- Conhecer as ações de controle da TB pela APS na visão dos gestores;
- Analisar a integração do PCT com as ações municipais;
- Comparar o desempenho das ações de controle da TB com os atributos da APS.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A TUBERCULOSE: UM OLHAR SOBRE SUA EVOLUÇÃO

Antigamente descrita como doença tísica, a TB foi conhecida, no século XIX, como peste branca, ao assolar milhares de pessoas em todo o mundo. É causada por qualquer uma das sete espécies que integram o complexo *Mycobacterium tuberculosis*: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. canetti*, *M. microti*, *M. pinnipedi* e *M. caprae*. Em saúde pública, a espécie mais importante é a *M. tuberculosis*, conhecida também como bacilo de Koch (BK)¹⁹.

O *M. tuberculosis* é fino, ligeiramente curvo e mede de 0,5 a 3 µm. É um bacilo álcool-ácido resistente (BAAR), aeróbio, com parede celular rica em lipídios (ácidos micólicos e arabinogalactano), o que lhe confere baixa permeabilidade, reduzida efetividade da maioria dos antibióticos e facilidade quanto a sobrevivência nos macrófagos¹⁹.

O bacilo é transmitido por via aérea, de uma pessoa com TB pulmonar ou laríngea, que elimina bacilos no ambiente (caso fonte), para outra pessoa, por exalação de aerossóis oriundos da tosse, fala ou espirro¹⁹. É uma doença transmissível e uma das principais causas de problemas de saúde pública mundial. Mais recentemente, até a pandemia do coronavírus (COVID-19), a TB era a principal causa de morte por um único agente infeccioso, ficando acima do HIV/AIDS².

As gotículas exaladas (gotículas de Pflüger) se tornam secas e transformam-se em partículas menores (núcleos de Wells), contendo um a dois bacilos, que podem manter-se em suspensão no ar por muitas horas e serem capazes de alcançar os alvéolos, onde podem se multiplicar e provocar a chamada primo-

infecção²⁰. Outras vias de transmissão (pele e placenta) são raras e sem importância epidemiológica.

Todos os indivíduos com exame bacteriológico de escarro positivo sustentam a cadeia de transmissão da doença. Entre pessoas que têm contatos duradouros com pacientes com TB pulmonar, aqueles com BAAR positivo no escarro são os que mais transmitem a doença. O risco de transmissão perdura enquanto o paciente eliminar bacilos no escarro¹⁹.

No entanto, a transmissão geralmente diminui quando se inicia o tratamento e, em geral, após 15 dias, ela encontra-se muito reduzida. A importância de realizar baciloscopia de escarro de controle reside não somente na confirmação da eficácia do esquema terapêutico, mas também na avaliação de risco para os contatos ¹⁹.

Até então, o maior risco de adoecimento para a TB é a infecção pelo vírus HIV. Dentre outros fatores conhecidos, ressaltam-se o tempo da infecção ao desenvolvimento de TB ativa (maior risco de adoecimento nos primeiros dois anos após exposição), a idade menor que dois anos ou maior que 60 anos e a presença de determinadas condições clínicas (doenças e/ou tratamentos imunossupressores)¹⁹.

No Brasil, assim como em outros países que possuem condições de vida semelhantes, alguns grupos populacionais têm maior vulnerabilidade. O Quadro 1 ilustra essas populações e os seus respectivos riscos de adoecimento, em comparação com a população em geral.

Quadro 1 – Risco de adoecimento por TB nas populações vulneráveis

Populações vulneráveis	Risco de adoecimento por TB
Pessoas vivendo em situação de rua	56 x maior
Pessoas vivendo com o HIV	28 x maior
Pessoas privadas de liberdade	28 x maior
Indígenas	3 x maior

Fonte: Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (2019).

Ainda hoje é perceptível o número crescente de populações vulneráveis, a começar pela população que vive nas ruas, pelas quais nos deparamos todos os dias e observamos ainda a situação de pobreza do país.

É possível observar também os avanços no controle da TB, mas ainda se percebe que a doença permanece como um problema desafiador no âmbito da

saúde da população, o que acaba por contribuir para manutenção do quadro de desigualdade e exclusão social.

A doença ainda é considerada uma das enfermidades mais prevalentes entre as pessoas em situação de pobreza no mundo. A distribuição do número de casos é desigual, concentrando-se nos grupos sociais desfavorecidos, como pessoas em situação de pobreza e fome; pessoas privadas de liberdade; minorias étnicas e aquelas vivendo com HIV. A TB, além de recorrente, é também perpetuadora da pobreza, pois compromete a saúde dos indivíduos e suas famílias causando impactos econômicos e sociais¹⁹⁻²³.

Um compilado de estudos revisto pelo Manual de recomendações para o controle da TB no Brasil (2019) sugerem que o adoecimento pela doença resulta da relação entre determinantes provenientes da comunidade, do ambiente domiciliar e das características individuais e são influenciados por fatores demográficos, sociais e econômicos; a desigualdade na distribuição de renda; moradias precárias e superlotação; a insegurança alimentar; a baixa escolaridade; bem como a dificuldade de acesso aos serviços e bens públicos.

Estes determinantes explicam o que constantemente observamos, seja nas ruas em que passamos, nos serviços de saúde que utilizamos, nas políticas públicas que nos aproximamos ou nas informações amplamente divulgadas na mídia.

Em se tratando de políticas, a Resolução nº 444/2011 do Conselho Nacional de Saúde preconiza que as estratégias de controle da TB devem ser articuladas com as demais políticas públicas, a fim de desenvolver ações que considerem as necessidades específicas, sobretudo das populações mais vulneráveis²⁴. Por isso a importância da expansão das ações de saúde, educação, emprego, seguridade social e o próprio desenvolvimento do país.

Aprofundando um pouco mais para a clínica da TB, no que diz respeito aos sinais e sintomas e as manifestações radiológicas, estas irão depender do tipo de apresentação. Classicamente, as principais formas de apresentação são a forma primária, a pós-primária (ou secundária) e a miliar. Os sintomas clássicos, como tosse persistente seca ou produtiva, febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento, podem ocorrer em qualquer das três apresentações¹⁹.

Para estas manifestações é importante destacar que existem algumas formas de diferenciação diagnóstica e padrão de tratamento.

A pesquisa bacteriológica é de importância fundamental, tanto para o diagnóstico quanto para o controle e tratamento²⁵. O diagnóstico da doença conta com o exame microscópico direto (baciloscopia direta); teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB); e cultura para micobactéria, identificação e teste de sensibilidade, além da radiografia de tórax¹⁹.

Outros métodos diagnósticos para outras formas de TB e diferenciações, assim como situações especiais também estão descritas no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.

O tratamento da TB é padronizado em consonância com as recomendações do MS e compreende duas fases: a intensiva (ou de ataque), e a de manutenção, de acordo com o último manual¹⁹.

Quanto a fase intensiva, o objetivo é reduzir rapidamente a população bacilar e a eliminação dos bacilos com resistência natural a algum medicamento, para então alcançar a diminuição da contagiosidade. Para isso, são associados medicamentos com alto poder bactericida. Já no que diz respeito a fase de manutenção, o objetivo é eliminar os bacilos latentes ou persistentes e a redução da possibilidade de recidiva da doença. Nessa fase, são associados dois medicamentos com maior poder bactericida e esterilizante, com boa atuação em todas as populações bacilares^{19,26}.

O esquema de tratamento básico padronizado no Brasil em adultos é composto por quatro medicamentos diferentes, sendo quatro na fase intensiva e dois destes, na fase de manutenção. O esquema básico para o tratamento de adultos e adolescentes maiores de 10 anos é de 2(RHZE) 4(RH) conforme descrito no Quadro 2, referenciado do Manual de Recomendações para o controle da TB de 2019, atualizado em 2024.

É de extrema relevância que o tratamento, uma vez iniciado, não seja interrompido, exceto após uma rigorosa revisão clínica e laboratorial que determine mudança de diagnóstico. Esquemas especiais, incluindo outros fármacos, são preconizados para diferentes populações¹⁹.

Quadro 2-Esquema básico de fármacos para Tuberculose

Esquema	Faixas de peso	Unidade/Dose	Duração
RHZE 150/75/400/275mg (comprimidos em	20 a 35 kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36 a 50 kg	3 comprimidos	
	51 a 70 kg	4 comprimidos	

doses fixas combinadas)	Acima de 70 kg	5 comprimidos	
RH 300/150 mg ou 150/75mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 kg	1 comprimido 300/150 mg ou 2 comprimidos 150/75mg	4 meses (fase de manutenção)
	36 a 50 kg	1 comprimido 300/150 mg + 1 comp 150/75mg ou 3 comprimidos 150/75mg	
	51 a 70 kg	2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75mg	
	Acima de 70 kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp 150/75mg ou 5 comp 150/75mg	

Fonte: Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (2019).

O tratamento deve ser realizado em regime ambulatorial, preferencialmente em regime de tratamento diretamente observado (TDO). O TDO deve ser necessariamente realizado por profissionais da saúde, ou outros profissionais capacitados desde que supervisionados por profissionais da saúde. Esse tipo de acompanhamento inclui a construção do vínculo, a observação da ingestão dos medicamentos idealmente, em todos os dias úteis da semana¹⁹.

Será considerado TDO se a observação da tomada ocorrer no mínimo três vezes por semana durante todo tratamento (24 doses na fase intensiva e 48 doses na fase de manutenção em casos de tratamento padronizado por seis meses)¹⁹.

O acompanhamento do tratamento consiste nas seguintes atividades: acompanhamento clínico para todos os casos; controle bacteriológico para os casos pulmonares; e controle radiológico, principalmente quando o exame de imagem tiver sido utilizado como parâmetro auxiliar para o diagnóstico, como segue no Quadro 3¹⁹.

Quadro 3 - Acompanhamento do Tratamento da Tuberculose

Procedimentos	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	Observações
Consultas	X	X	X	X	X	X	Maior frequência e critério clínico
Oferta de teste para diagnóstico do	X						Caso não seja possível no 1º mês, realizar

HIV							durante o tratamento.
Avaliação da adesão	X	X	X	X	X	X	
Baciloskopias de controle	X	X	X	X	X	X	Recomendação para casos pulmonares.
Radiografia do tórax		X				X	Especialmente nos casos de baciloscopia negativa ou na ausência de expectoração. Repetir a critério clínico.
Glicemia, função hepática e renal	X						No início e repetir a critério clínico.

Fonte: Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (2019).

Ainda sobre o tratamento é preciso contar com o tratamento da TB drogaresistente (TB DR) que se trata de um dos maiores desafios para o controle da doença no mundo, devido sua resistência à rifampicina, isolada ou combinada com outros medicamentos, que é um dos medicamentos mais ativos contra o bacilo da TB. Esquemas sem a rifampicina na sua composição, seja por resistência ou por intolerância, requerem o uso de fármacos de segunda linha, resultando em tratamento com duração mais prolongada, maior toxicidade e pior prognóstico^{19,27-29}.

O acompanhamento clínico, psicológico, nutricional, social e a vigilância dos efeitos adversos devem ser periódicos. O TDO nesses casos é recomendado e deve ser realizado de forma compartilhada com a APS, tendo em vista que a adesão ao tratamento tem papel central no seguimento dos pacientes e a integração dos serviços para eficácia das ações de seguimento¹⁹.

3.2 INICIATIVAS PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE

Dando continuidade a evolução da história da doença, atualmente no contexto mundial, quase 10 milhões de pessoas adquirem TB e apesar de ser uma doença evitável e curável, ainda morrem a cada ano mais de 1 milhão de pessoas. Por isso, afirma-se que a cobertura universal de saúde é necessária para garantir que todas

as pessoas com doenças ou infecções possam ter acesso e efetivos tratamentos, além de pesquisas para reduzir rapidamente o número de casos novos².

Um relatório global de TB é publicado anualmente desde 1997 pela OMS com o objetivo de fornecer avaliação abrangente e atualizada da situação da epidemia e do seu progresso.

Em 2021, aproximadamente 197 países relataram dados. Segundo a OMS (2020) esses dados têm sido cruciais, principalmente para o monitoramento oportuno do impacto da última pandemia de COVID-19 na detecção de casos de TB e para informar estimativas do impacto de interrupções nos serviços de controle da doença.

O Brasil vem formulando e implantando políticas públicas por meio dos Estados desde o século XX para que aconteça uma redução do impacto epidemiológico da TB. Mas o controle se deu efetivamente a partir da criação do Serviço Nacional de Tuberculose em 1941, e da Campanha Nacional contra a Tuberculose, em 1946. A partir dos anos 70, com a descentralização das ações, e posteriormente nos anos 80, com a introdução do esquema de curta duração com rifampicina houve grande aumento de cobertura, com significativa redução da mortalidade e da incidência³⁰.

Cronologicamente, a história de combate a TB no mundo iniciou quando a OMS declarou em 1993, a TB como uma emergência de saúde pública e lançou a estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment Short-Course*), que preconizava adesão política por parte das autoridades governamentais, estabelecimento de uma rede laboratorial de baciloscopia, garantia de medicação, sistema de informação adequado e oferta de tratamento supervisionado³¹.

Em razão das limitações da estratégia DOTS, em 2005, a OMS publicou o 3º Plano Global do Stop TB *Partnership* para novas atividades de controle de TB, para o período de 2006 a 2015. Dentre as intervenções consideradas prioritárias, estavam: expansão do TDO com qualidade; controle da coinfeção TB/HIV, fortalecimento dos sistemas públicos de saúde, envolvimento de todos os profissionais de saúde dos setores público e privado, empoderamento dos afetados pela TB e suas comunidades, e pesquisas de inovação tecnológica³⁰.

Em consonância com os propósitos da OMS, no Brasil, no ano de 1996, a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (CNPS) instituiu o Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, cujo objetivo era aumentar a cobertura

do PCT com ênfase ao diagnóstico e tratamento da doença nos municípios prioritários. Em 1999, a testagem para HIV passou a ser recomendada para todos os doentes com TB definido no I Consenso Brasileiro de Tuberculose³¹.

Em 1998, O Conselho Nacional de Saúde em sua Resolução 284, considerando a situação crítica da TB, aponta a necessidade de priorização da TB pelo MS com estabelecimento de normas básicas.

No ano seguinte, o MS lança o PNCT com ordenação das ações de controle e ratificação da estratégia de tratamento supervisionado, denominado no Brasil como TS-DOTS³¹.

A partir dos anos 2000 mais ações foram sendo criadas e estratégias foram sendo intensificadas no Brasil e no mundo para priorização do controle da TB, como segue nas figuras abaixo (Figuras 3 e 4).

Figura 2 - Antecedentes da Estratégia para o fim da Tuberculose



Fonte: Brasil livre da Tuberculose (2017).

Figura 3 - Antecedentes da Estratégia para o fim da Tuberculose



Fonte: Brasil livre da Tuberculose (2017).

Todos os Estados Membros da OMS e das Nações Unidas (ONU) se comprometeram a acabar com a epidemia de TB, por meio da adoção da Estratégia da OMS pelo Fim da TB e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU. A estratégia incluiu marcos e metas para grandes reduções na taxa de

incidência de TB (novos casos por 100.000 habitantes por ano), o número absoluto de óbitos por TB e custos enfrentados por pacientes com TB e seus domicílios³².

A luta pelo combate da TB se dava constantemente ao decorrer dos anos, com desafios estruturais e políticos e ainda outros, e apesar disso, é importante ressaltar que o país passou por vários momentos com prioridade na agenda para o controle da TB.

O ano de 2014 por exemplo, tornou-se marcante pela soma e intensificação dos esforços na jornada da TB. A OMS em Assembleia Mundial de Saúde aprovou a Estratégia pelo fim da TB, na qual o Brasil foi o principal propoedor, além do país ter realizado a implantação da Rede de Teste Rápido Molecular para o diagnóstico da doença. E no sentido de viabilizar as estratégias programadas, em 2017, o Brasil propôs o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como problema de saúde pública, à luz do modelo orientado pela OMS³¹.

Os esforços para melhorar o compromisso político com a luta contra a TB intensificaram-se em 2017 e 2018, quando uma conferência ministerial global da OMS sobre TB foi organizada. O resultado foi a Declaração de Moscou para o fim da TB, e planejamento de metas globais para o financiamento a ser mobilizado para a prevenção, cuidados e pesquisa. Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul, o famoso grupo BRICS, que carregavam a maior carga mundial de TB, estabeleceram juntos a primeira rede de pesquisa em TB³³.

Dentro destes esforços, as metas estabelecidas pela OMS se concentraram nos seguintes aspectos, os quais muitos não foram alcançados até o corrente ano de 2025:

- Acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas. Combater a hepatite, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis, no período de até o ano de 2030;
- Reduzir 80% na taxa de casos novos e recidivantes de TB por 100.000 habitantes por ano e 90% no número anual de mortes, ambos até 2030;
- Nenhum domicílio afetado pela tuberculose enfrentará custos catastróficos até 2020;
- 40 milhões de pessoas tratadas para TB de 2018 a 2022, incluindo: 3,5 milhões de crianças;
- 30 milhões de pessoas receberão tratamento preventivo de TB de 2018 a 2022, incluindo: 6 milhões de pessoas vivendo com HIV, 4 milhões de

crianças menores de 5 anos e 20 milhões de pessoas em outras faixas etárias, que são contatos domiciliares de pessoas acometidas pela TB;

- Financiamento de pelo menos US\$ 13 bilhões por ano para acesso universal à prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados da TB até 2022;
- Financiamento de pelo menos US\$ 2 bilhões por ano para pesquisa de TB de 2018 a 2022.

Até então, o PCT vem sendo desdobrado em atividades com as esferas federal, estadual e municipal se integrando à rede de serviços de saúde⁷. Desse modo, o programa atribui competências às três esferas governamentais, que se dividem de acordo com a complexidade exigida e, formas de organização administrativa e política garantindo a população um cuidado universal, integral e equânime em cada esfera do poder⁷⁻⁸.

Para um efetivo desenvolvimento de todo o programa, atualmente, o enfrentamento da TB está centrado em três pilares assim definidos¹⁹:

Primeiro - Cuidado e Prevenção Integrados Centrados no Paciente

Neste eixo é importante observar, o diagnóstico precoce de TB, incluindo teste universal de suscetibilidade a medicamentos e triagem sistemática de contatos e grupos de alto risco; o tratamento de todas as pessoas com TB, incluindo TB resistente a medicamentos, e apoio ao paciente; atividades colaborativas de TB/HIV e gestão de comorbidades; tratamento preventivo de pessoas de alto risco e vacinação contra TB.

Segundo - Políticas Ousadas e Sistemas de Apoio

A orientação toma, o compromisso político com recursos adequados para o cuidado e prevenção da TB; o engajamento das comunidades, organizações da sociedade civil e prestadores de cuidados públicos e privados; a política de cobertura universal de saúde e estruturas regulatórias para notificação de casos, registro vital, qualidade, uso racional de medicamentos e controle de infecções e a proteção social, redução da pobreza e ações sobre outros determinantes da TB.

Terceiro - Pesquisa Intensificada e Inovação

Enfrentar os desafios impostos por esse agravamento, requer como necessário a descoberta, o desenvolvimento e a rápida aceitação de novas ferramentas, intervenções e estratégias, além de pesquisas para otimizar a implementação e impacto e promover inovações.

É pertinente reiterar a importância da estruturação de todo o programa pensado de forma a estabelecer o fluxo de diagnóstico, acompanhamento, prevenção, tratamento em toda a rede de serviços estabelecidos pelo SUS.

O programa é executado em conjunto às três esferas, subordinado a uma política de programação das suas ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos, garantindo desde a distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos necessários até ações preventivas e de controle do agravo⁷.

As ações de controle da TB são acompanhadas com informações estratégicas por meio de vigilância epidemiológica, monitoramento e avaliação. A Vigilância Epidemiológica investiga o caso suspeito, notifica, realiza visita domiciliar de acompanhamento de casos novos e busca de faltosos, promove a investigação dos contatos do indivíduo infectado, e atua na vigilância em hospitais e em outras instituições, além do acompanhamento e encerramento dos casos e análise dos sistemas de informação³⁰.

A área de Monitoramento e Avaliação realiza análise situacional com estudos epidemiológicos, georreferenciamento de casos, indicadores epidemiológicos e operacionais. Monitora e avalia os indicadores, organiza reuniões/visitas de monitoramento, apoia o registro e a avaliação de dados e os estudos operacionais e de avaliação³⁰.

Em se tratando especificamente da esfera municipal, o PNCT inicial estabeleceu ações específicas para alcançar as metas propostas e manter o acompanhamento e fortalecimento do programa, que foram sendo aprimoradas com os anos e conforme novas propostas de ações de combate a doença. Tais ações se referem a:

- Coordenação de sintomáticos respiratórios;
- Supervisão e controle dos contactantes;
- Asseguramentoda notificação e acompanhamento dos casos de TB assim como análise dos dados;
- Garantia da realização e do registro dos exames bacteriológicos do escarro;
- Fortalecimentodo tratamento supervisionado e autoadministrado no município;
- Provimento dos medicamentos necessários para os casos de TB do município e distribuiçãonas unidades de saúde;

- Tratamento, preferencialmente em regime ambulatorial, de todos os casos de TB com esquemas padronizados;
- Promoção, participação e acompanhamento de pesquisas;
- Acompanhamento de repasses para o nível regional e/ou estadual;
- Programação anual do número de casos esperados da doença no município;
- Educação permanente dos profissionais para a atuação no controle da TB³⁴.

Desta forma fica claro o estabelecimento de todos os esforços formulados para o controle da TB no Brasil, e o imenso desafio de fazer acontecer em sua plenitude.

3.3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A expressão APS, já mencionada anteriormente foi implantada, em 1920, pelo Relatório Dawson, que mencionava os Centros de Atenção Primária à Saúde como o foco central do processo de regionalização no Reino Unido. O conceito consagrou-se a partir da Conferência de Alma-Ata em 1978, na qual foi criada a referência de “Saúde para Todos no ano 2000” e definiu a APS como a atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, socialmente aceitos e em tecnologias acessíveis para o indivíduo e sua família¹³.

Da conferência de Alma Ata saiu a definição de APS como sendo cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática socialmente aceitáveis e acessíveis aos indivíduos, comunidade e família com custo suportável para as comunidades e para os países.

Ainda sob esta perspectiva também surgiram elementos essenciais para o desenvolvimento da APS como o saneamento básico, educação em saúde, prevenção de endemias, entre outros, apontando a saúde como expressão de direito humano¹⁰.

Ademais, as diferentes interpretações para APS se dão pela história de como se gestou e evoluiu o conceito, e, pela ambiguidade de definições estabelecidas em foros internacionais devido os diferentes seguimentos de escolas com pensamento sanitário, além de tentativa de instituir uma concepção positiva de processo saúde/doença em momento de nítida hegemonia de uma concepção negativa da saúde¹⁰.

E, por fim, o autor acima descreve que exatamente por estas questões, existem três interpretações principais quanto ao conceito e entendimento da APS: a APS como atenção primária seletiva, a APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde e a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde.

A APS como sendo nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as necessidades e problemas, e que fornece atenção focada na pessoa, e no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições exceto aquelas muito incomuns ou raras, além de coordenar ou integrar a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros³⁵.

A APS compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção, prevenção bem como ao tratamento e reabilitação; e trabalho em equipe³⁵, o que fortalece a cultura de práticas importantes nos serviços de APS.

Ela produz parte integral do sistema de saúde, do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas, estabelecendo o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção¹³.

Ou seja, de fato temos a APS como parte de um sistema de saúde organizado e atualmente sendo ressignificado para atender a amplitude de demandas e conceitos que cercam a saúde e os direitos humanos.

A visão da APS como meio de organizar o sistema de atenção à saúde implica aperfeiçoá-la para obedecer a certos atributos e consequentemente desempenhar algumas funções.

Os atributos da APS, foram estabelecidos inicialmente pelo *Institute of Medicine* em 1978, e tão logo, na declaração de Alma-Ata: a acessibilidade, a integralidade, a coordenação, a continuidade e a transparência. Esses atributos foram ampliados³⁵: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e orientação comunitária como necessários para conformar a APS como uma estratégia de organização dos sistemas de atenção à saúde como um todo e retirando a ênfase das tecnologias densas voltadas para eventos agudos praticados principalmente em hospitais¹³.

Desta forma, as dimensões organizacionais definidas assim chamados como princípios estruturais da APS ou atributos essenciais, são³⁵:

- Acesso: é a busca pelo primeiro atendimento, como fonte de cuidado, a cada novo problema, exceto para emergências ou situações muito especiais;
- Longitudinalidade: construção da continuidade da atenção; relação interpessoal intensa que expressa a confiança mútua entre os usuários e profissionais;
- Integralidade: ações de atenção integral do ponto de vista biopsicossocial do processo saúde doença, assim como ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação adequados ao contexto da APS;
- Coordenação da atenção: continuidade do atendimento pelo mesmo profissional ou por meio de prontuário médico ou por ambos, reconhecimento de problemas em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente; coordenação dos serviços de atenção a saúde ou do problema de saúde.

Há três características, os chamados atributos derivados, que qualificam as ações dos serviços da APS³⁵:

- Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado, e as ameaças à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar;
- Orientação comunitária: reconhecimento das necessidades de saúde da comunidade, sua relação com ela e a avaliação conjunta dos serviços;
- Competência cultural: adaptação dos profissionais (equipe) com as características culturais especiais da população para facilitar a relação e comunicação.

O manejo da TB, portanto, ao ser compreendido no escopo das condições crônicas, oferece evidências que subsidiam o planejamento de ações que inclui aspectos individuais, sociais, culturais do paciente, do mesmo modo que a corresponsabilização entre serviços de saúde, a coordenação da atenção e do cuidado³⁶, o que vai ao encontro dos atributos da APS.

É certo que há dificuldades em relação à incorporação das ações de controle da TB na APS. Existe ainda uma estreita relação entre os fatores ligados ao insucesso do tratamento da TB e o modo como as ações de controle estão sendo desempenhadas nesse ponto de atenção até o presente momento. Esta questão,

segue persistentemente como desafio para o controle da TB na APS, que são identificados por entraves relacionados ao fluxo de atendimento, à referência e contrarreferência, às debilidades de integração da equipe e dos níveis assistenciais e de ações e serviços, e à influência da falta de priorização das ações em TB na conformação da estrutura da rede para mudança de modelo de atenção e gestão³⁷.

Á vista disso, a gestão das ações de controle da TB na APS precisa ser claramente identificada, melhorada e fortalecida para ir ao encontro das ações propostas no PCT afim de acabar com a doença no Brasil e principalmente nos municípios prioritários.

3.4 GESTÃO EM SAÚDE E TUBERCULOSE

A gestão do cuidado em saúde é compreendida por determinadas dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária³⁸.

Ao se voltar para a gestão do cuidado à TB é totalmente compreensível o envolvimento destas dimensões como um todo, principalmente a interdependência entre elas assim como suas possíveis fragilidades.

Pensando na dimensão organizacional, a APS, representa hoje um dos melhores meios de organização dos serviços de saúde, tanto por atribuições específicas, delineamento de protocolos, práticas, diretrizes, normas técnicas provenientes do MS e da gestão local, quanto de diretrizes específicas, como a integralidade e coordenação do cuidado, detalhados na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

O modelo de atenção da APS possibilita também a gestão participativa, com maior integração da comunidade nos cuidados a sua própria vida, no desenvolvimento de medidas preventivas e de promoção da saúde, dentre outros³⁹.

Nesse campo, a inclusão do gerente da APS também instituído na PNAB, objetiva aprimorar, qualificar, fortalecer o processo de trabalho e a atenção à saúde prestada pelos profissionais por meio de uma função técnico-gerencial.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações⁴⁰.

O gerente de AB, hoje, gerente ou gestor da APS, deve participar do processo de fortalecimento das ações em saúde voltadas para um cuidado organizado em prol da saúde, a saber⁴⁰:

- Conhecer, divulgar e orientar a organização do trabalho na APS baseado nas diretrizes da PNAB;
- Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, e planejar estratégias para o alcance de metas de saúde;
- Acompanhar, e monitorar os processos de trabalho e contribuir para a mediação de conflitos e resolução de problemas;
- Auxiliar as equipes a assumirem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- Assegurar a alimentação de dados nos sistemas de informação vigente e divulgação dos resultados obtidos;
- Estimular o vínculo entre os profissionais no ambiente de trabalho;
- Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes;
- Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias;
- Conhecer a RAS, participar e auxiliar os profissionais sob sua gestão na organização dos fluxos dos usuários, baseado nos protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, e apoiando a referência e contrarreferência entre equipes, assim como nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;
- Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades de seu território;
- Identificar as necessidades de qualificação dos profissionais e promover a Educação Permanente;
- Desenvolver gestão participativa na UBS e em instâncias de controle social.

Assim, entendendo que ainda há desafios para garantir a integralidade da assistência em todos os níveis de atenção e alcançar a compreensão ampliada das necessidades de saúde da população, é imprescindível o direcionamento administrativo adequado do serviço.

A gestão/administração engloba o conhecimento aplicado no manejo dos serviços de saúde, que envolve ações de gerenciamento e administração em toda

rede e nas unidades assistenciais. Da mesma forma que abrange o gerenciar em *locus*, a prestação dos cuidados diretos singulares e multiprofissionais e suas demandas humanas, tecnológicas e financeiras para que tudo funcione dentro do esperado³⁹.

A gestão eficaz é um desafio na APS, uma vez que além de envolver dimensões típicas da gestão em saúde, como, gestão de pessoas, materiais e processos e, a financeira, também está voltada para a responsabilidade de prover assistência universal, integral e equânime, para atender as necessidades de saúde da população, as quais ficam sob responsabilidade do município¹¹.

Assim, entende-se que a entrega de um bom trabalho, uma boa gestão se configura num processo organizado que garanta o atendimento das necessidades da população paralelamente às necessidades do serviço, com provimento de recursos e alcance de resultados.

Para isso existem políticas que se tornam base para o cuidado e para a gestão dos processos, a fim de universalizar e garantir o caminho de condução das ações desde a prevenção ao tratamento e monitoramento da doença.

O Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como problema de saúde pública estipula três pilares norteadores para enfrentamento da doença no país: prevenção e cuidado integrado centrados na pessoa com TB; políticas arrojadas e sistemas de apoio, e intensificação da pesquisa e inovação⁴¹.

O segundo pilar traz referências ao poder em saúde, aplicabilidade do planejamento, do estabelecimento de diretrizes e planos que nos remete ao entendimento de movimento popular para elaboração de estratégias de gestão.

A política de saúde pode ser entendida como resposta social de ação ou omissão de uma sociedade, organização, diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente⁴².

O norteador Política é um importante eixo para compreensão e questionamentos sobre o desempenho das intervenções de saúde no controle da TB, justamente por meio de programas implantados parcialmente ou em sua totalidade.

Por esse lado é importante salientar os Comitês para o Controle da TB, que constituem uma das principais iniciativas de atuação conjunta entre a sociedade civil

e a gestão. Representa um espaço onde a sociedade, os gestores e os profissionais de saúde discutem estratégias, elaboram ações que ressaltem as atividades de controle da TB em seus estados e/ou regiões⁴¹.

Essa estratégia reafirma uma das funções específicas do gestor da APS assim como o princípio da gestão participativa estabelecidos na PNAB além de uma forma de fortalecer a participação social.

Assim, o planejamento visto como um conjunto de estratégias de enfrentamento de um problema e mecanismos de implementação de políticas serve como alicerce para o desenvolvimento de ações de combate à predominância da TB.

Pensando em todo movimento de gestão da TB na APS, é notório que ainda há muitos desafios e dificuldades, e que o modo de agir precisa ser rotineiramente analisado e reestruturado.

Dificuldade na oferta de acesso aos serviços, déficit de recursos humanos e materiais, inexperiência dos gestores, carência de formação nesta área, problemas na implementação da APS e na organização e relações de trabalho, além dos impasses na avaliação da qualidade dos serviços constituem parte dos obstáculos que ainda permeiam a gestão da TB na APS³⁹.

A OMS enfatiza a importância da organização e do desempenho dos serviços de saúde nas ações de controle da TB, afirmando que o problema não está somente na detecção e tratamento da doença, mas também na forma como os serviços se organizam para detectar e tratar esses casos⁴³.

Uma das estratégias existentes e muito utilizada para avaliação de serviços é o monitoramento. O termo “monitoramento” corresponde à avaliação contínua de uma relação entre intervenção e mudança; avalia uma ação e implica um ajuste constante do desempenho com relação aos resultados. Assim, o monitoramento é uma importante ferramenta para a gestão em saúde⁴⁴.

Esta estratégia contribui ainda para se estabelecer processos de controle de gestão factíveis de serem a demonstração da realidade, e os desafios encontrados, seja por meio de indicadores, os quais são os mais utilizados no que tange a serviços e sistemas de saúde.

3.5 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

O acompanhamento das atividades do controle da TB é um processo contínuo de aperfeiçoamento e deve acontecer desde o início por meio de métodos de monitoramento, direto ou indiretos.

Existem muitas definições acerca da avaliação e suas imediações no campo da saúde, que vão ao encontro principalmente das políticas de saúde, e ao qual pode-se dizer que se fundamenta em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção por meio de algo capaz de fornecer informações cientificamente válidas⁴⁵.

Na saúde, a avaliação era vinculada inicialmente aos avanços da estatística e epidemiologia, avaliando a utilidade de intervenções, principalmente direcionadas ao controle de doenças infecciosas e no desenvolvimento de sistemas de informação⁴⁶.

A avaliação tem como propósito conhecer o grau de êxito dos objetivos programados e a necessidade de correção técnica e/ou operacional. Deve envolver todas as esferas técnicas, administrativas e operacionais³⁰.

Outro conceito de avaliação⁴⁵ é o que trata do julgamento do valor de uma intervenção com o objetivo de agir de modo em que os diferentes atores envolvidos estejam aptos a se posicionar e construir individual ou coletivamente interpretações que se traduzam em ações, vistos sob posicionamentos diferentes, de possíveis diferentes cenários.

Tal definição é de grande abrangência e compreensão. Permite inferir que a avaliação não busca somente informação aprofundada sobre as causas de determinadas ações ou porque determinados objetivos não foram alcançados, mas também orienta as mudanças necessárias para que as causas sejam reconhecidas e modificadas.

O que é bastante pertinente quando se relaciona avaliação e programas de controle como no caso do PCT, no qual o MS definiu metas e estratégias para serem seguidas, monitoradas e avaliadas.

Nesse sentido, o uso de iniciativas gerenciais tem ajudado a incorporar o monitoramento e a avaliação que conseqüentemente melhoram os processos de trabalho, o acesso e a qualidade.

Ao encontro dos fundamentos do SUS e seus direcionamentos, a Política Nacional de Regulação, instituída pela Portaria MS/GM no 1.559, de 1o de agosto de 2008, estabelece como ação, na dimensão Regulação da Atenção à Saúde, a avaliação de desempenho dos serviços, da gestão e de satisfação dos usuários.

Sob essa perspectiva, a avaliação está configurada como uma das etapas fundamentais para a revisão e reorientação das trajetórias percorridas na execução das ações de saúde: avaliar eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, a vulnerabilidades, ao acesso e à satisfação dos cidadãos⁴⁶.

A palavra monitoramento vem sendo o termo mais utilizado para qualificar o acompanhamento sistemático de objetivos que foram definidos para algum programa ou serviço. Também conhecido como monitoração ou monitorização, é habitualmente definido como processo de acompanhamento da implementação de determinadas ações, tomando-se como base o que um projeto (ou equivalente) estabelece como metas de sua implementação (planejamento)"^{47:11}.

O monitoramento, como importante ferramenta de gestão, deve ser ágil para identificar obstáculos, retrocessos e paralisações, a fim de oferecer a gestores e equipes informações rápidas, adequadas e confiáveis⁴⁸.

Dentre os componentes de monitoramento e avaliação da APS promovidos pelo MS nos últimos anos já foram inseridas várias estratégias, como: Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ); Avaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB); Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)⁴⁹.

No âmbito da avaliação e monitoramento da APS houve alguns acontecimentos relevantes e merecem destaque para melhor compreensão da forma de monitoramento da APS atualmentee do instrumento utilizado nesta pesquisa.

Em 2019, o Brasil promoveu uma grande mudança na APS com a criação de uma Secretaria Nacional de Atenção Primária à Saúde (Saps) que implementou ações como Saúde na Hora, Carteira de Serviços, incentivo financeiro do uso do prontuário eletrônico e reformulação da base de financiamento. Estas alterações objetivaram ampliar o acesso com equidade, aumentar a resolutividade da APS e melhorar a qualidade do cuidado prestado⁵⁰.

Especialmente a modificação da forma de financiamento por um modelo de pagamento por desempenho baseado em indicadores, fez com que o MS substituísse o PMAQ por um instrumento com avaliação das propriedades psicométricas, melhor reconhecimento e amplo uso nacional e internacional.

Desta forma, passa a ser utilizado o PCAT- Brasil (que será melhor descrito no capítulo de metodologia) como uma possibilidade de avaliação e monitoramento

da qualidade da APS no âmbito rotineiro das equipes de atenção primária, assim como pelos diversos níveis de gestão pública da APS no Brasil e até nos serviços privados. Sua importância traduz-se na ausência de outros instrumentos validados que objetivem mensurar a presença e a extensão dos atributos da APS, os quais ainda são desafios para o país⁵⁰.

O PCAT-Brasil permite identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade para o planejamento e para a execução das ações da APS⁵⁰.

A busca de reordenamento da gestão e da atenção necessita passar por sistemas de informação que sejam robustos o suficiente para subsidiar o redirecionamento das ações de saúde em direção à racionalidade possível em um Sistema Nacional plural e heterogêneo nas suas diversas instâncias⁴⁶.

Os programas de monitoramento da qualidade e os indicadores de saúde auxiliam no alcance das metas e objetivos propostos, sendo esses, uma maneira de gerir a política, ou a estratégia instituída.

Pensando estrategicamente na TB, o PNCT recomenda a utilização de rotinas de monitoramento e avaliação como ferramenta para a priorização de ações em todas as esferas de gestão. Essas atividades podem ser realizadas por meio do acompanhamento da elaboração dos planos de trabalho, assim como baseados em indicadores epidemiológicos e operacionais³.

O plano propõe uma lista de indicadores prioritários de impacto, de resultado e de processo para seguimento por parte de todos os Estados e Municípios, sendo eles descritos no quadro abaixo (Quadro 4), assim como o *PCATool* propõe uma avaliação por meio dos atributos da APS.

Quadro 4 – Lista de Indicadores Prioritários

Tipos	Indicadores	Período de monitoramento
Impacto	Coeficiente de incidência de tuberculose todas as formas.	Anual
	Coeficiente de mortalidade por tuberculose.	Anual
Resultado	Percentual de novos casos pulmonares confirmados por critério laboratorial.	Semestral
	Percentual de casos de tuberculose notificados no Sinan como pós-óbito.	Semestral
	Proporção de realização de cultura de escarro entre os casos de retratamento de tuberculose.	Semestral
	Proporção de teste de sensibilidade entre os casos de	Semestral

Tipos	Indicadores	Período de monitoramento
	retratamento de tuberculose com cultura de escarro positiva.	
	Proporção de contatos examinados dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	Semestral
	Proporção de realização de terapia antiretroviral (Tarv) entre os novos casos de coinfeção TB-HIV.	Trimestral
	Proporção de testagem para HIV para novos casos de tuberculose.	Trimestral
	Proporção de novos casos de tuberculose pulmonar observados que realizaram tratamento diretamente observado.	Trimestral
	Proporção de abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	Trimestral
	Proporção de cura de novos casos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	Trimestral
	Proporção de cura de novos casos de tuberculose multidrogarresistente.	Trimestral
Processo	Indicadores relacionados à tuberculose presentes no plano de saúde.	Anual
	Número de estado com comitê de controle de tuberculose em funcionamento.	Anual

Fonte: Coordenação-Geral do Programa Nacional da Tuberculose (2019).

A avaliação e monitoramento dos indicadores de saúde têm ratificado a valia do SUS em todos os níveis de atenção. A avaliação de indicadores operacionais da TB orienta a tomada de decisões e direciona as intervenções e políticas de saúde para o combate da doença. Os indicadores de cura (70,1%) e abandono (12%) estiveram aquém do almejado para controle da doença no ano de 2019, tendo em vista que a OMS recomenda que a taxa de cura seja de no mínimo 90% e o abandono seja até 5%. Esses desfechos de tratamento podem ser influenciados pela qualidade dos programas de controle da TB³¹.

Dessa maneira, compreende-se que para a efetivação do PNCT e que toda a rede instituída no controle da TB funcionem é necessária adequada gestão e constante avaliação do desempenho das ações e serviços, e verificação em que medida a APS cumpre os seus atributos e suas funções.

4 METODOLOGIA

Este estudo dispôs do enfoque na pesquisa avaliativa com abordagem quantitativa, transversal, ancorado nos atributos da APS.

Acerca disso, cabe colocar que, a pesquisa transversal ou seccional é um tipo de estudo epidemiológico, observacional, descritivo caracterizado pela observação direta de uma população em um único momento do tempo, sem seguimento, adequado para identificar características passíveis de intervenção e gerar hipóteses das causas de problemas⁵¹.

Quanto aos atributos da APS é essencial identificá-los um a um por se tratar do alicerce utilizado para esta pesquisa³⁵, tendo em vista que a eficiência e efetividade de uma APS se faz por meio do cumprimento de seus atributos, o que vai ao encontro do objetivo da pesquisa e, também de um dos instrumentos utilizados, que serão descritos a seguir.

- Primeiro contato: acesso do indivíduo com o sistema de saúde promovendo a acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde;
- Longitudinalidade: fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.
- Integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pela equipe de saúde da atenção primária. Ações ofertadas para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista biopsicossocial como também nos âmbitos da promoção, prevenção, cura, reabilitação e palição no seguimento do processo saúde-doença.
- Coordenação da atenção: forma de continuidade do cuidado à saúde, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, reconhecimento de problemas abordados

em outros serviços e a integração deste cuidado em toda rede de atenção à saúde.

- Foco na família: coloca a família como centro do cuidado e necessidade de articulação da equipe de saúde com todo contexto familiar de forma singular.
- Orientação comunitária: compreender as necessidades das famílias considerando o contexto socio-físico-econômico em que estão inseridas. Isso requer uma análise situacional das demandas de saúde das famílias sob uma perspectiva populacional, promovendo a integração dessas necessidades em programas voltados para enfrentar os determinantes sociais da saúde.
- Competência cultural: elo entre a equipe de saúde e a população que corresponda às singularidades culturais e as preferências do indivíduo e sua família.

4.1 PARTICIPANTES

Os participantes da pesquisa foram os gestores das unidades de atenção primária, que no município de Juiz de Fora são chamados de supervisores de unidade, conforme discriminação abaixo (Tabela 1), elaborada de acordo com a conformação das Unidades no período da coleta de dados.

Tabela 1 – Descrição das Unidades de Atenção Primária à Saúde

UBS /ESF	
Alto Grajaú	Rua Doutor Leonel Jaguaribe, no 178
Bairro Industrial	Rua João Gualberto, no 110
Bandeirantes	Rua Laurindo Nocelli, no 100
Barreira do Triunfo	Avenida Jucelino Kubitscheck, s/no
Cidade do Sol	Rua Gustavo Capanema, no 70
Filgueiras	Rua Orlando Riani, no 2.200
Furtado de Menezes	Rua Furtado de Menezes, no 19 A
Granjas Bethânia	Rua 9 de Junho, s/no (esquina com a Rua Jovelino A. Barbosa)
Jardim da Lua	Rua Adelaide Campos de Rezende, 714
Jardim Esperança	Rua Padre João Micheleto, no 35
Jardim Natal	Rua Tenente Lucas Drumond, no 370
Jóquei Clube I	Rua Antonio Armando Pereira, no 140
Jóquei Clube II	Rua Antonio Guimarães Peralva, no 130
Linhares	Rua Ministro Odilon Braga, s/no
Marumbi	Rua Barão do Retiro, no 1.462
Milho Branco	Rua Nicolau Schuery, s/no

Monte Castelo	Rua Oswaldo Mascaranhas, s/no
Nossa Senhora Aparecida	Rua Nossa Senhora Aparecida, no 775
Nova Era	Rua Guimarães Junior, no 850
Parque Guarani	Rua Sofia Rafael Zacarias, no 658
Progresso	Rua Jorge Knopp, no 119
Retiro	Rua Sebastião Cardoso, no 41
Santa Cândida	/
SãoSebastião	Rua Jorge Raimundo, no 209
Santa Cecília	Rua Gabriel Rodrigues, no 900
Santa Cruz	Rua Doutor AntonioMourãoGuimarães, no 245
Santa Efigênia	Rua José Ferreira, no 13
Santa Luzia	Rua Torreões, s/no
Santa Rita	Rua José Vicente, no 390
Santo Antônio	Rua Pedro Trogo, no 385
Santos Dumont	Rua Álvaro José Rodrigues, no 25
São Benedito	Rua José Zacarias dos Santos, no 57
São Judas Tadeu	Rua Ernesto Pancini, no 446
Teixeiras	Rua Custódio Furtado de Souza, no131
Vale Verde	Rua Marciano Pinto, no 685
Vila Esperança	Rua Nova, no 20
Vila Ideal	Avenida Francisco Valadares, no 1910
Vila Olavo Costa	Rua Jacinto Marcelino, no 16
Area Descoberta	R. Mal. Deodoro, 496 - 1o Andar
UBS Tradicional	
Bairro de Lourdes	Rua Inacio da Gama
Benfica	Rua Guararapes, 106
Borboleta	Rua Tenente Paulo Maria Delage 297
Centro Sul	Avenida Rio Branco, 3132
Cruzeiro do Sul	Rua Pedro Celeste 01
Dom Bosco	Rua João Manata 93
Esplanada	Rua Bias Fortes 74
Grama	PraçaÁureo Carneiro s/n
Ipiranga	Rua Etiene Loures, no 85
Nossa Senhora das	Rua Queluz 72
Graças	
São Pedro (PACS)	Rua Jose LourençoKelmer, no 1433
UBS RURAL ESF	
Humaitá – ESF	Rua Lindolfo Henrique de Aquino s/no
Igrejinha – ESF	Rua A s/no
Monte Verde	Rua Principal s/no
Pirapetinga	Sítio Bom Jardim
Torreões – ESF	Rua Principal s/no
UBS RURAL ESF VOLANTE	
Buieié	Unidade Volante
Jacutinga – ESF	Unidade Volante
Palmital	Unidade Volante
Pires	Unidade Volante
Privilégio	Unidade Volante
UBS RURAL TRADICIONAL	

Caeté	Rua Paula Lima s/no
Chapéu D'Uvas	Rua Jerônimo Vieira Tavares s/no
Dias Tavares	Rua Joaquim Murtinho s/no
Paula Lima	Rua Vicente Gávio s/no
Penido	Rua Principal s/no
Rosário de Minas	Rua Principal s/no
Sarandira	Rua Santana s/no
Toledos	Rua Principal s/no
Valadares	Rua Principal s/no

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

O critério de inclusão para entrada no estudo foi estar na função de gestor de uma das UBS's do município e aceitar participar voluntariamente da pesquisa. Definido como critério de exclusão, o afastamento por motivo de saúde. Tais critérios ficaram determinados nestas circunstâncias pelo fato de que os profissionais da prefeitura não são em sua totalidade cargos públicos efetivos, sofrendo assim alteração com muita frequência de acordo com mudanças políticas.

4.2 CENÁRIO

O cenário foram as UBS's do município de Juiz de Fora, sendo UBS ou ESF. Este foi escolhido por algumas peculiaridades, como: terem estruturalmente o enfoque na saúde das pessoas e sua família, ser prioritariamente uma porta de entrada e referência, pela longitudinalidade do cuidado, e por estar em concordância com a aplicabilidade do PCT.

Foi escolhida a cidade de Juiz de Fora pelo fato de ser um município prioritário para controle da TB; o qual tem o um coeficiente de incidência de TB de grande expressão no Estado⁴; tem um sistema de saúde robusto que garante o suporte assistencial aos municípios da macro região de Juiz de Fora; e por último a necessidade de adequação e avaliação do PCT no município visualizado na última visita de monitoramento em 2017 pelo Programa Estadual de Controle da Tuberculose(PECT)¹⁶ descrita em relatório (Anexo A).

Juiz de Fora é uma cidade de 1.435,749 km² de extensão territorial com aproximadamente 577.532 mil habitantes de acordo com IBGE de 2021.

O município é habilitado na Gestão de Prestadores do Sistema Municipal, que lhe confere autonomia e gerência em todos os níveis de atenção a saúde assumindo as responsabilidades relativas à seleção, cadastramento, contratação,

estabelecimento de contratos, regulação, controle, avaliação e pagamento de prestadores, utilizando os recursos financeiros da Média e Alta Complexidade.

O Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais – PDR/MG, em seu ajuste 2018-2019, descreve a cidade de Juiz de Fora como sede da Macrorregião de Saúde Sudeste de Minas Gerais. Divide esta macrorregião em 9 microrregiões, que incluem as cidades de Juiz de Fora, Além Paraíba, Lima Duarte, Santos Dumont, São João Nepomuceno/Bicas, Leopoldina/Cataguases, Muriaé, Ubá e Carangola⁵².

Sustentado na proposta do PDR-MG, a cidade se apresenta como um importante polo assistencial de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

Os serviços de atenção primária no município se constituem de 67 UBS's, distribuídas em 8 regiões administrativas e 12 regiões sanitárias. Deste total, 42 UBS são Equipes de Saúde da Família, 20 UBS são tradicionais e 5 são volantes. Segundo o Plano Diretor da Secretaria de Saúde disponível no site da Prefeitura do Município, as UBS volantes contam apenas 1 vez, se constituindo então, de 63 unidades de saúde.

Como descrito anteriormente, a TB passou a ser responsabilidade de todos os municípios e as ações do PNCT de competência da APS. Apesar de não ter sido encontrado registros sobre os caminhos da implantação e efetivação do programa na cidade, pode-se observar por meio de pesquisas realizadas⁵³ que ocorreram alguns desafios em sua estruturação, e atualmente as ações de controle da TB no município está estruturada conforme figura abaixo (Figura4).

Figura 4 - Organização das ações de controle da TB na APS no município de Juiz de Fora/MG



Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Desenvolvimento à Saúde. Prefeitura Municipal de Juiz de Fora (2023).

4.3 COLETA DE DADOS

A pesquisa aconteceu inicialmente por meio de uma reunião com os supervisores das UBS's do município para explicar os objetivos da pesquisa e a coleta de dados. Posteriormente, foi descrito em planilha todas as UBS e seus respectivos supervisores e enviado mensagem via *whatsapp* com um link que acessava diretamente o formulário com o questionário direcionado a gestão da TB.

A coleta de dados aconteceu no período entre março e agosto de 2024. Durante a coleta dos dados houve alguns desafios e consequentes perdas de participantes, devido principalmente ao alto turnover. Ocorreram troca de supervisores, mudança de supervisores entre Unidades e inexistência do profissional na função de gestão em determinadas Unidades. Outra dificuldade encontrada foi a não utilização do aplicativo *whatsapp* por alguns supervisores, que gerou a necessidade de informação por SMS, email e presencialmente. Também foi desafiador o fato de que um supervisor é responsável por várias Unidades, e desta forma houve grande dificuldade em fazer com que o mesmo supervisor respondesse ao questionário por 4 ou 5 vezes, totalizando desta forma 19 perdas de participantes elegíveis.

O questionário utilizado é parte de um instrumento componente do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool). Um instrumento de Avaliação da Atenção Primária criado por Starfield, Shi & cols na *The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations*, o qual originalmente apresenta-se com versões autoaplicáveis para crianças, adultos maiores de 18 anos, profissionais de saúde e, também gerentes de serviço de saúde. Fundamenta-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde e mede a presença e a extensão dos atributos essenciais da APS, atribuindo uma nota padronizada de 0 a 10 (chamada de “escore”) para cada atributo individual e para a média destes (“escore geral”)⁵⁰.

O mesmo instrumento foi traduzido e adaptado para ser utilizado com a população brasileira (PCAT-Brasil)⁵⁰.

Para avaliar o desempenho dos serviços da APS no Brasil especificamente no controle da TB, elaborou-se versão comparando as dimensões organizacionais por unidade de saúde, por município e na perspectiva de diferentes atores (doentes, profissionais de saúde e gestores). Os autores descritos acima criaram três versões: uma para ser aplicada ao doente com TB, outra para os profissionais que atuam diretamente com a doença e outra para os gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (AnexoB)⁵. Para o presente estudo foi então aplicado aos participantes somente a parte que compete aos gestores.

No questionário estavam contidas perguntas pertinentes às UBS's, à agenda municipal, acesso ao diagnóstico, acesso ao tratamento, ao vínculo, aos serviços ofertados, à coordenação do cuidado, ao enfoque na família, às orientações para a comunidade e à formação profissional, itens pertinentes aos atributos da APS também inseridos no PCAT-Brasil.

4.4 QUESTÕES ÉTICAS

A pesquisa foi realizada atendendo às determinações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde ⁵⁴, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi autorizado sob o parecer CAAE 65955617.7.0000.5147 número 5.977.149 (AnexoC).

Os participantes foram convidados a entrar no estudo e realizado todos os devidos esclarecimentos sobre o desenvolvimento da pesquisa (objetivos,

procedimentos, confidencialidade e o sigilo sobre sua participação, bem como os riscos e benefícios) por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Feito isso escolheram prosseguir com a participação aceitando eletronicamente.

Os riscos relacionados à participação no estudo foram mínimos, mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho e ler.

4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados foi utilizado o aplicativo *MICROSOFT FORMS*[®] que utiliza análise interna e exportação dos resultados para o EXCEL para interpretações adicionais e por meio destes foram então explorados todos os pontos do questionário que possibilitaram os resultados da pesquisa.

A segunda etapa procedeu com a utilização do *SOFTWARE R*[®], uma ferramenta utilizada para manipulação e análise estatística. O R é um *software* e uma linguagem de programação amplamente utilizado para análise estatística, ciência de dados e visualização gráfica. Foi desenvolvido na década de 1990 e se tornou popular por ser uma ferramenta poderosa e de código aberto, com foco em estatística e manipulação de dados. É usado tanto em pesquisa acadêmica quanto em indústrias que necessitam de análises complexas⁵⁵.

Para o cálculo dos escores, seguiram-se os passos da metodologia proposta no manual PCAT-Brasil atualizado em 2020. Por ter sido adaptado e validado para o contexto brasileiro, ele permitiu a produção de escores para cada atributo da APS e um escore geral sobre a qualidade de atenção da TB na APS pela visão dos gestores.

No instrumento aplicado, para cada resposta do questionário tem-se os respectivos valores:

Tabela 2 – Descrição dos valores dos escores do questionário aplicado

“Nunca”	Valor = 1
“Quase nunca”	Valor = 2
“Às vezes”	Valor = 3
“Quase sempre”	Valor = 4
“Sempre”	Valor = 5
“Não se aplica”	Valor = 0

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

As questões 11, 19 a 25 e 31 a 36 foram formuladas de forma que quanto maior o valor atribuído, menor é a orientação para a APS. Logo, esses itens tiveram seus valores invertidos:

Tabela 3 - Descrição da inversão dos valores dos escores do questionário aplicado

“Nunca”	Valor = 5
“Quase nunca”	Valor = 4
“Às vezes”	Valor = 3
“Quase sempre”	Valor = 2
“Sempre”	Valor = 1
“Não se aplica”	Valor = 0

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Além disso, algumas questões apresentaram possibilidades de diferentes respostas, não aplicáveis à totalidade das perguntas. Logo, foi necessário atribuir valores à algumas opções para garantir a uniformidade do padrão das respostas do questionário, como discriminado abaixo:

Tabela 4 - Atribuição de valores dos escores para respostas específicas do questionário aplicado

Itens 12 e 13
“UBSF/PACS” (valor=1);
“UBS” (valor=2);
“Ambulatório de referência” (valor=3);
“Hospital público” (valor=4);
“Hospital privado” (valor=5);
“Consultório particular” (valor=6);
“Pronto atendimento” (valor=7);
“Outros” (valor=8);
Item 14
“5 dias ou mais” (valor=1);
“4 dias” (valor=2);
“3 dias” (valor=3);
“2 dias” (valor=4);
“1 dias - 24 horas” (valor=5);
Itens 15 e 16
“5 ou mais vezes” (valor=1);
“4 vezes” (valor=2);
“3 vezes” (valor=3);
“2 vezes” (valor=4);
“1 vez” (valor=5);
“Não se aplica” (valor=0);
Item 17
“5 ou mais semanas” (valor=1);
“4 semanas” (valor=2);
“3 semanas” (valor=3);

“2 semanas” (valor=4);

“1 semana” (valor=5);

Item 89

“Menos de 1 ano” (valor=1);

“1 a 2 anos” (valor=2);

“2 a 3 anos” (valor=3);

“3 a 4 anos” (valor=4);

“4 anos ou mais” (valor=5);

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Foi verificado a ocorrência de valores faltantes (missings) nos itens do questionário, o que não foi constatado em nenhum caso.

Para a transformação dos escores de cada atributo em uma escala de 0 a 10, foi aplicada a seguinte padronização:

$$\text{Escore padronizado} = \frac{[\text{escore obtido} - \text{valor mínimo escala}] \times 10}{\text{valor máximo escala} - \text{valor mínimo escala}}$$

onde o escore obtido é aquele originalmente em escala de 1 a 5.

Os escores para cada atributo da APS foram calculados pela média dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo.

Exemplo: Para o atributo “Porta de Entrada”, calculou-se a média das respostas para os itens 12 e 13:

$$\text{Escore do atributo “Porta de Entrada”} = \frac{\text{Item 12} + \text{Item 13}}{2}$$

Para o cálculo do escore essencial da APS, obteve-se a média dos componentes que pertencem aos atributos essenciais: porta de entrada, acesso ao diagnóstico, acesso ao tratamento, vínculo, elenco de serviços e coordenação.

$$\text{Escore essencial} = \frac{\sum \text{escores dos atributos essenciais}}{6}$$

Para o cálculo do escore derivado da APS, obteve-se a média dos componentes que pertencem aos atributos derivados: enfoque na família, orientação para comunidade e formação profissional.

$$\text{Escore derivado} = \frac{\sum \text{escores dos atributos derivados}}{3}$$

O escore geral foi obtido pela soma dos escores médios dos componentes dos atributos essenciais e derivados, dividido pelo total de componentes (9).

$$\text{Escore geral: } \frac{\sum \text{escores dos atributos essenciais} + \sum \text{escores dos atributos derivados}}{9}$$

Para avaliar o resultado dos escores, utilizou-se como parâmetro o valor determinado pelo PCAT-Brasil 2020: escores maiores ou iguais a 6,6 indicam alta orientação do serviço para APS, enquanto escores menores que 6,6 indicam baixa orientação.

O Alfa de *Cronbach* é uma medida estatística usada para avaliar a consistência interna de um conjunto de itens em um teste ou questionário, ou seja, a confiabilidade das respostas. Ele é especialmente útil em pesquisas com múltiplas questões que pretendem medir um único constructo ou fator, como satisfação, ansiedade ou desempenho⁵⁶.

Valores de Alfa de *Cronbach* variam entre 0 e 1, e quanto mais alto, maior a consistência interna.

Tabela 5 - Descrição dos valores de consistência interna do questionário aplicado

$\alpha \geq 0.9$: Excelente;
$0.9 > \alpha \geq 0.8$: Boa;
$0.8 > \alpha \geq 0.7$: Aceitável;
$0.7 > \alpha \geq 0.6$: Questionável;
$0.6 > \alpha \geq 0.5$: Pouca confiabilidade;
$\alpha \leq 0.5$: Inaceitável

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Foram obtidos os alfas de *Cronbach* para cada item e para o instrumento de maneira geral. O valor encontrado para o alfa de *Cronbach* foi de 0.94, o que indica uma excelente consistência interna do instrumento utilizado.

5 RESULTADOS

Foram entrevistados 48 gestores, onde 73% possuem nível superior, sendo 2% médicos, 2% farmacêuticos e 69% enfermeiros; 10% técnicos em enfermagem e 17% outras profissões como por exemplo profissionais administrativos.

Tabela 6 - Caracterização dos gestores que atuam no serviço de atenção primária do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2024 (n=48)

Ocupação	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Médico	1	2
Farmacêutico	1	2
Técnico enfermagem	5	10
Outros	8	17
Enfermeiro	33	69

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Em relação aos tipos de unidade em que atuam, 63% trabalham em UBS, 27% em USF/PACS e 10% em UBS/PACS.

Tabela 7 - Caracterização das unidades de saúde da atenção primária do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2024 (n=48)

Tipo de Unidade	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
UBS	30	63
USF/PACS	13	27
UBS/PACS	5	10

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Em relação ao tempo de atuação como supervisor da unidade, 35% dos gestores entrevistados trabalham há menos de um ano como gestores; 19% de 1 a 2 anos, 10,4% de 3 a 5 anos, 12,5% de 5 a 10 anos e 22,9% trabalham há mais de 10 anos como gestores.

Tabela 8 - Descrição do tempo de gestão no serviço de atenção primária do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2024 (n=48)

Tempo como gestor da unidade	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Menos de 1 ano	17	35,4
De 1 a 2 anos	9	18,7
De 3 a 5 anos	5	10,4
De 5 a 10 anos	6	12,5
Mais de 10 anos	11	22,9

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Em relação a Tuberculose, 75% dos gestores caracterizam a doença como prioritária no município.

Tabela 9 - Caracterização da tuberculose no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2024 (n=48)

Tuberculose como doença prioritária	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Nunca	0	0
Quase nunca	0	0
As vezes	3	6,25
Quase sempre	6	12,5
Sempre	36	75
Não se aplica	3	6,25

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

No município, a distribuição de recursos para os doentes com tuberculose é vista com disparidade no que se refere a disponibilização com base nas necessidades do doente. Um pouco mais da metade (54%) dos gestores entendem que sempre são disponibilizados de forma equitativa, no entanto ainda se percebe

um número considerável que não vê acontecer desta forma (27%) e outros que acreditam que isso não se aplica à sua unidade (12,5%).

Tabela 10 - Caracterização da distribuição de recursos com base nas necessidades da população a ser atendida no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2024 (n=48)

Recursos conforme necessidade da população	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Nunca	0	0
Quase nunca	1	2
As vezes	2	4,1
Quase sempre	13	27
Sempre	26	54,1
Não se aplica	6	12,5

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Ainda quanto a recursos, a disponibilização de incentivos para os doentes em tratamento como cestas básicas, auxílio a transporte, também parece não acontecer nas UBS do município, já que 33,3% dos gestores consideram que os incentivos nunca são disponibilizados e 39,5% entendem que esta atividade não se aplica à sua unidade.

Tabela 11 - Descrição da frequência de distribuição de incentivos (cestas básicas, transporte...) para doentes de TB em tratamento no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2024 (n=48)

Incentivos para os doentes	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Nunca	16	33,3
Quase nunca	6	12,5
As vezes	5	10,4
Quase sempre	2	4,1
Sempre	0	0
Não se aplica	19	39,5

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Quanto à participação dos gestores das UBS na discussão e definição de ações de saúde para controle da TB, esta se mostrou de forma bem heterogênea, sendo: 25% sempre participam, 20,8% consideram que participam as vezes; em contrapartida 18,7% quase nunca estão inseridos e 16,6% nunca estão inseridos nas discussões.

Tabela 12 - Caracterização da participação dos gestores em discussões e definições de ações de controle da TB no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2024 (n=48).

Participação em discussões e definições de ações para controle da TB	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Nunca	8	16,6
Quase nunca	9	18,7
As vezes	10	20,8
Quase sempre	7	14,5
Sempre	12	25
Não se aplica	2	4,1

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

A participação na discussão de aplicação de recursos dentro do município se mostrou bem aquém na visão dos gestores, estando a maioria (56,2%) sem nunca participar desta atividade.

Tabela 13 - Caracterização da participação dos gestores em discussões e definições da aplicação de recursos para o controle da TB no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2024 (n=48)

Participação na aplicação de recursos	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Nunca	27	56,2
Quase nunca	3	6,2
As vezes	5	10,4
Quase sempre	2	4,1
Sempre	2	4,1
Não se aplica	9	18,7

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Na tabela a seguir, 33% dos gestores consideram que os recursos são quase sempre suficientes para atender as necessidades de controle da TB; 22,9% entendem que sempre estão disponíveis. Importante destacar que nenhum gestor percebe que a unidade não provém de recursos para atendimento destes doentes.

Tabela 14 - Caracterização da suficiência de recursos (motorista, combustível, viatura, potes) disponíveis para atendimento das necessidades de controle da TB no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2024 (n=48)

Disponibilidade de recursos	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Nunca	0	0
Quase nunca	4	8,3
As vezes	9	18,7
Quase sempre	16	33,3
Sempre	11	22,9
Não se aplica	8	16,6

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Escores

Na Tabela 15 são apresentadas algumas medidas estatísticas que resumem e descrevem as pontuações obtidas com a aplicação do questionário. São elas:

Mínimo e máximo: O menor e o maior valor dos escores obtidos para cada atributo, representando o limite inferior e superior dos valores;

Média: A soma de todos os escores obtidos dividida pelo número total de escores. É uma medida de tendência central que indica o valor médio ou típico dos escores. Esta é a medida indicada pelo *PCATool/2020* para avaliar os atributos da APS;

Mediana: A mediana é o valor central dos escores ordenados. Se houver um número ímpar de observações, a mediana é o valor do meio. Se houver um número par, é a média dos dois valores centrais. A mediana é menos sensível a valores extremos (outliers) em comparação com a média, tornando-se uma medida útil para dados assimétricos. Neste trabalho, a média e a mediana dos valores são relativamente próximas, evidenciando que caso haja valores extremos, estes não estão distorcendo significativamente a média;

Desvio padrão: O desvio padrão mede a dispersão ou variabilidade dos dados em relação à média. Um desvio padrão alto indica que os dados estão bem espalhados; um desvio padrão baixo sugere que os dados estão próximos da média;

Coeficiente de variação: O coeficiente de variação (CV) é uma medida de dispersão relativa que indica o grau de variabilidade de um conjunto de dados em relação à sua média.

CV Alto: Indica que os dados são muito dispersos em torno da média, com alta variabilidade.

CV Baixo: Indica que os dados estão mais concentrados em torno da média, com baixa variabilidade.

Tabela 15 - Descrição dos escores geral, essencial, derivado e dos atributos da APS na ótica dos gestores do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2024

(n=48)

Escores	Min—Max	Mediana	Média (Desvio Padrão)	CV(%)
Porta de Entrada	0–5.83	1.67	1.736(1.45)*	83.5
Acesso ao diagnóstico	6–9	7.25	7.41(0.7)	9.4
Acesso ao tratamento	4.32–8.41	6.48	6.49(0.93)*	14.3
Vínculo	5.28–10	8.33	8.05(1.21)	15.0
Elenco de serviços	3.12–8.75	7.11	7.07(1.28)	18.1
Coordenação	6.46–10	8.95	8.88(0.79)	8.9
Orientação familiar	2.5–10	8.75	7.85(2.03)	25.8
Orientação comunitária	1–10	5.50	5.59(2.28)*	40.8
Formação profissional	3.12–10	6.56	6.62(1.87)	28.2
Escore essencial	5.08–7.66	6.64	6.61(0.63)	9.5
Escore derivado	3.67–9.79	6.93	6.69(1.69)	25.3
Escore geral	4.61–8.37	6.76	6.63(0.93)	14.0

(*) escore inferior a 6,6.

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Dada a análise dos valores encontrados, o escore para o atributo Formação profissional, bem como os escores essencial, derivado e geral apresentaram valores muito próximos ao valor crítico usado como parâmetro (6,6). Apesar de estarem acima deste valor de referência, essa proximidade ao valor crítico pode indicar uma avaliação mediana por parte dos gestores para estes atributos.

Os atributos com maiores escores foram Coordenação, Vínculo e Orientação familiar. Sendo a Coordenação o atributo com melhor avaliação na visão dos gestores entrevistados.

Os atributos Porta de entrada, Acesso ao tratamento e Orientação comunitária apresentaram escores abaixo de 6,6, o que indica um escore não satisfatório para estes atributos da APS.

O atributo Porta de Entrada, por apresentar uma média muito baixa e próxima ao valor do desvio padrão, tem o coeficiente de variação (CV) muito alto, evidenciando uma alta variabilidade dos pontos para esse atributo em torno de sua baixa média.

Nas tabelas a seguir, estão apresentados os escores para cada item dos atributos com escores insatisfatórios.

Tabela 16 - Descrição dos itens de avaliação do atributo porta de entrada e seus escores de média e proporção sob a ótica dos gestores da atenção primária do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2024

Porta de entrada	Média (Desvio Padrão)	Proporção de alto escore(%)
Item 12	1.42(0.91)*	0.00
Item 13	2.05(2.51)*	8.33

(*) escore inferior a 6,6.
Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Os itens 12 e 13, que compõem o atributo Porta de Entrada apresentaram escores médios baixos. As proporções de pessoas que avaliaram os itens com uma pontuação acima de 6,6 são apresentadas na terceira coluna. No caso do item 12, nenhum dos entrevistados atribuiu uma pontuação acima de 6,6. Já para o item 13, um pouco mais de 8% dos gestores avaliaram o item como satisfatório (escore acima de 6,6).

Tabela 17 - Descrição dos itens de avaliação do atributo acesso ao tratamento e seus escores de média e proporção sob a ótica dos gestores da atenção primária do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2024

Acesso ao tratamento	Média (Desvio Padrão)	Proporção de alto escore(%)
Item 26	8.75(1.93)	93.75
Item 27	7.03(2.51)	62.50
Item 28	5.05(3.07)*	39.58
Item 29	5.57(3.15)*	41.67
Item 30	8.91(1.45)	95.83
Item 31	4.79(2.05)*	10.41
Item 32	6.30(2.06)*	45.83
Item 33	5.94(1.76)*	33.33
Item 34	3.85(2.42)*	12.50
Item 35	8.96(1.62)	91.67
Item 36	6.25(2.13)*	43.75

(*) escore inferior a 6,6.
Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Em relação aos itens que formam o atributo Acesso ao tratamento, os itens 28, 29, 31, 32, 33, 34 e 36 apresentaram uma avaliação não satisfatória pelos gestores entrevistados. Em contrapartida, os itens 26, 27 e 35 apresentaram boas pontuações. Entretanto, de maneira geral, o atributo em questão não foi bem avaliado.

Tabela 18 - Descrição dos itens de avaliação do atributo orientação comunitária e seus escores de média e proporção sob a ótica dos gestores da atenção primária do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2024

Orientação comunitária	Média (Desvio Padrão)	Proporção de alto escore(%)
Item 84	6.56(2.94)*	54.17
Item 85	6.87(2.65)	60.42
Item 86	4.32(2.76)*	22.92
Item 87	4.06(2.90)*	20.83
Item 88	6.14(3.00)*	50.00

(*) escore inferior a 6,6.

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

No atributo orientação comunitária, quase todos os itens apresentaram escores médios inferiores à 6,6. A única exceção é o item 85 que apresentou um valor um pouco acima de 6,6.

Alterando a forma de atribuição de pontos para os itens 12 e 13

Tendo em vista as características de “Porta de Entrada para APS” descritas na PNAB e as respostas dos participantes, na mesma linha de raciocínio da literatura, percebeu-se que os valores referenciados no *PCATool* se apresentaram de forma contraditória para esse atributo, sendo necessário serem invertidos. Assim, considerando a atribuição de pontos para as respostas dos itens 12 e 13, foi recalculado e reavaliado os escores do atributo porta de entrada, escore essencial e escore geral. O escore derivado se manteve sem alteração por não ter relação com o atributo Porta de Entrada.

“UBSF/PACS” (valor=5);

“UBS” (valor=5);

“Ambulatório de referência” (valor=4);

“Hospital público” (valor=2);

“Hospital privado” (valor=2);

“Consultório particular” (valor=3);

“Pronto atendimento” (valor=1);

“Outros” (valor=0);

Tabela 19 - Descrição dos itens de avaliação do atributo porta de entrada e seus escores de média e proporção sob a ótica dos gestores da atenção primária do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2024

Escore	Min—Max	Mediana	Média (Desvio Padrão)	CV(%)
Porta de entrada	5–10	10.00	9.48(1.48)	15.6
Escore essencial	6.15–9.05	7.94	7.90(0.75)	9.5
Escore derivado	3.67–9.79	6.93	6.69(1.69)	25.3
Escore geral	5.53–9.3	7.62	7.49(0.99)	13.2

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Com esta alteração, constatou-se o aumento significativo dos escores, com destaque para o atributo Porta de Entrada, que deixa de apresentar um escore não satisfatório (inferior a 6,6) para um escore alto. Consequentemente, os escores essencial e geral também apresentaram um aumento significativo, deixando valores próximos a 6,6. O escore derivado não apresentou alteração, pois este não está relacionado com o atributo Porta de entrada.

O escore essencial apresenta um valor superior ao escore geral, sendo dentre os três escores (essencial, derivado e geral) o que apresentou maior valor. Pelo desvio padrão e coeficiente de variação (CV) é possível constatar que os pontos dados aos atributos do escore essencial são mais consistentes, ou seja possuem menor variabilidade em torno da média.

O escore derivado apresentou um valor inferior ao escore geral, sendo o menor entre os três escores. Analisando o desvio padrão e o coeficiente de variação, percebeu-se uma maior variabilidade entre os pontos dados aos atributos desse escore.

O escore geral aponta uma boa pontuação, pois apresentou um valor acima de 6,6. A variabilidade para este escore foi maior do que o escore essencial e menor do que o escore derivado.

6 DISCUSSÃO

O estudo mostrou que a maioria dos profissionais atuantes na gestão da APS do município constituem-se de enfermeiros. Dos participantes 35% possuem menos de 1 ano na função, o que demonstra a fragilidade do acompanhamento do gestor no diagnóstico e tratamento da TB, e principalmente na longitudinalidade do cuidado, além, de considerarmos o impacto da gestão política com diversos contratos de profissionais resultando em alto turnover.

Essa falta de experiência pode comprometer a continuidade e a efetividade na coordenação das ações, evidenciando a necessidade de programas de capacitação e de um acompanhamento contínuo para fortalecer as competências gerenciais.

A gestão de uma UBS demanda a presença de um profissional com conhecimentos e habilidades que o tornem capaz de conduzir o trabalho, garantindo o sucesso das ações. Sendo enfermeiros, eles realizam a gerência, organização da assistência, avaliação da equipe por meio do planejamento das ações⁵⁷.

O estudo enfatiza que a presença física do gestor é essencial para a coordenação do cuidado, integração da equipe e manutenção de um serviço contínuo e organizado. A escassez de tempo dedicado na unidade pode desencadear prejuízos na execução das ações e no vínculo com os usuários.

Observa-se que a maior parte das unidades (63%) foram descritas pelos gestores como Unidades de Saúde Tradicionais, sem ESF, mais uma vez demonstrando o impacto causado pelo turnover no município e o estabelecimento de contratos de trabalho, pois recentemente o município passou por reformulação das unidades, ficando o prejuízo na construção e continuidade das informações, da mesma forma em que há consequentes prejuízos nas atividades de controle da TB, justificadas também pelos desafios na coleta dos dados para a pesquisa.

Nos últimos 10 anos tornou-se consenso mundial a supremacia do modelo da ESF ao modelo tradicional na APS. A adesão dos atributos da APS foi mais notável na ESF, principalmente nas dimensões de acesso no primeiro contato, abrangência, enfoque familiar e orientação para a comunidade⁵⁸.

Apesar dos gestores considerarem a TB como doença prioritária no município, o mesmo não se observa quanto à distribuição de recursos e incentivos. Priorização de cestas básicas ou incentivo ao transporte mostraram-se muito aquém ou ausentes no contexto da inserção da tuberculose na agenda municipal, apesar de acompanharmos em nosso cotidiano a redução do financiamento do SUS.

Estas estatísticas podem significar importantes fragilidades no manejo da doença desde a prevenção ao tratamento, o que nos remete a diversos apontamentos: como se garante o acesso? em que medida os recursos estão sendo planejados?

Estas reflexões podem indicar também uma fragilidade do estudo ou até mesmo engajar pesquisas futuras de cunho qualitativo que consigam aprofundar nestes questionamentos para que se tenha uma adequada correlação do exercício da função do gestor e o que está preconizado no PNCT, aliado também aos atributos essenciais da APS.

Outro fato importante foi a heterogeneidade das respostas a despeito da participação dos gestores nas discussões sobre definições das ações de controle da doença.

A variação nas respostas dos gestores sugere que existem barreiras internas na construção coletiva das políticas e na definição das ações. Isso aponta para a

necessidade de investigações qualitativas que explorem mais a fundo esses desafios e identifiquem estratégias para uma gestão mais integrada e participativa.

Na mesma medida em que os recursos, o envolvimento do gestor da APS nas discussões e construção de ações para controle da doença deve ser investigado de forma mais intensa, pois antes mesmo do gestor ser o profissional da saúde responsável pelo direcionamento de toda UBS, ele é um integrante da sociedade civil e por isso se fortalece ainda mais a necessidade da participação social nas discussões das ações, como especificado nas competências do PNCT nos âmbitos federal, estadual e municipal “Criar mecanismos que promovam a participação efetiva da Sociedade Civil nas discussões e definições do programa de TB”.

Na percepção dos gestores, os escores geral, essencial e derivado obtiveram avaliação satisfatória, ou seja, dentro do parâmetro positivo para orientação das ações de controle da TB na APS. No entanto, a proximidade numérica com o valor de referência nos permite inferir que os gestores consideraram as ações promovidas em sua UBS de forma mediana e que de algum modo há a necessidade de melhora no serviço.

Essa inomogeneidade foi identificada em estudos similares, tanto a cerca da APS, como especificamente para a TB demonstrando que ainda existem questões a serem melhor planejadas e efetivadas.

Problemas estruturais, provisionamento de pessoas, organização dos serviços, gestão da ESF e a prática profissional de suas equipes sofrem de um problema generalizado de incompletude da oferta de ações e cuidados de saúde⁵⁸.

As equipes de saúde da família com ações dirigidas a pessoas com TB na APS encontram barreiras na estruturação das UBS quanto a operacionalização e sustentabilidade da assistência ao portador de TB apontando para necessidade de transferência das ações essenciais ao portador⁵⁹⁻⁶⁰.

É fato que existem desafios nas ações de combate a TB no Brasil, e estudos anteriores veem demonstrando essa realidade. Ainda assim é imprescindível destacar que tais estudos foram voltados para a perspectiva de usuários e profissionais, e ainda não temos na literatura trabalhos com descrição da avaliação das ações de controle da TB na APS paralelo a seus atributos sob a ótica dos gestores.

O acesso ao tratamento foi um dos atributos com avaliação não satisfatória implicando assim em algumas considerações acerca do funcionamento da UBS, da dificuldade com o transporte e demora para atendimento e agendamento.

A discussão aponta que a gestão de uma UBS deve ser orientada não apenas pela oferta de serviços, mas pelas reais necessidades da população. Problemas estruturais e a falta de planejamento adequado, inclusive na distribuição de recursos (como incentivos, transporte, cestas básicas), comprometem a eficiência das ações, especialmente no controle da TB.

Atualmente o município passou por alterações nos dias e horários de atendimento o que pode ainda não ser do alcance de toda população, ou até mesmo estarem ambos (Unidades e Comunidade) em fase de adaptação de novos meios de acesso, assim como ficou perceptível na visão dos gestores quanto à conformação das Unidades.

Importante alinhar a conformação das UBS do município e o conhecimento dos atuais gestores para que tal fato não soe como caminho contrário ao estabelecido pela PNAB no cuidado continuado e longitudinal, que faz com que a maioria dos portadores da doença recorram à Rede de Atenção a Urgência e Emergência. Tais considerações concernentes à dificuldade do acesso foram também levantadas em estudo recente, no mesmo município descrevendo a avaliação dos atributos da APS por profissionais médicos⁶¹.

A sugestão de expandir a Estratégia Saúde da Família (ESF) para a maioria ou todas as UBS's evidencia que um modelo mais integrado e focado na APS pode contribuir para uma melhor organização e efetividade dos serviços.

Outro ponto importante relativo ao índice insatisfatório do atributo acesso ao tratamento é advindo das respostas sobre marcação de consultas em curto espaço de tempo (24h) seja presencial ou via telefone. Os gestores enxergam grande dificuldade para estas questões demonstrando o quanto a gestão na APS é complexa. O que deveria ser facilitado por se constituir um alicerce da APS (porta de entrada preferencial da rede de atenção) encontra pedras pelo caminho.

A gerência de uma Unidade com ESF é uma atividade bastante profunda, especialmente quando se agrega o manejo adequado das condições crônicas. Além disso, há sob sua responsabilidade, aproximadamente 3.500 pessoas, o que significa um grande contingente de cidadãos para atender e coordenar as ações em outros pontos das redes de atenção à saúde¹⁰.

Um dos problemas da gestão de um PSF é que a programação é realizada com base na oferta e não nas necessidades da população¹⁰.

O componente orientação comunitária mostrou-se também com avaliação insatisfatória, com baixa orientação para APS, sendo inclusive o item de pior desempenho em todas as perguntas relacionadas. Este resultado converge com outros estudos que avaliam negativamente este atributo^{53,62}contraditoriamente ao estabelecido pela PNAB que aponta a participação da comunidade como ferramenta importante para estimular o envolvimento das pessoas para melhorar sua autonomia e o cuidado daqueles que o cercam de forma singular ou em comunidade.

Para o cuidado com a TB, a orientação comunitária é essencial nas ações de controle da doença, tendo em vista sua alta transmissibilidade e a importância da comunicação e compreensão de toda comunidade sobre seus determinantes e condicionantes. Uma falha grave e uma oportunidade de fazer cumprir o PNCT e até mesmo os direitos humanos.

Apesar disso, os componentes coordenação, vínculo e orientação familiar apresentaram resultados acima do satisfatório, colocando estes atributos com ótima orientação para a APS.

Destaca-se o vínculo para o portador de TB levando em consideração o tempo de tratamento minimamente de seis meses. A aproximação do serviço de saúde, suas equipes e o doente, é indispensável no manejo da doença. É capaz de promover a adesão ao tratamento, favorecer a confiança e potencializar a integralidade do cuidado. O vínculo permite um acompanhamento longitudinal e humanizado, considerando as particularidades do doente, seus determinantes sociais e as barreiras que enfrenta durante o tratamento.

Pesquisas mostram que a construção de relações de proximidade, escuta ativa e corresponsabilidade entre a equipe de saúde e portador da doença é essencial para o sucesso terapêutico.

Estudos realizados com pacientes e profissionais da APS indicam que mais de 90% dos pacientes se sentem à vontade para esclarecer dúvidas com seus profissionais de saúde, e uma boa interação também contribui para que demandas sociais, como acesso a benefícios básicos, sejam atendidas. Essa relação não apenas melhora a adesão ao tratamento, mas também diminui os índices de abandono, um dos maiores desafios no controle da TB⁶³.

O vínculo permite maior conhecimento dos problemas e a construção do histórico de saúde do sujeito pela equipe, além de viabilizar maior confiança e maior potencial de resolubilidade⁶¹.

A coordenação do cuidado é uma das funções essenciais da APS e está intimamente relacionada à efetividade no manejo de condições crônicas, como a TB. Ela refere-se à capacidade de organizar e integrar os serviços de saúde, garantindo continuidade, acessibilidade e eficiência no atendimento ao paciente em diferentes níveis de atenção, o que foi bem destacado na visão dos gestores.

No caso da TB, a coordenação assegura que o tratamento e o acompanhamento ocorram de forma integrada, reduzindo lacunas no atendimento e minimizando riscos de abandono. Isso envolve desde a articulação entre os profissionais da APS e os serviços especializados até a gestão de recursos que atendam às necessidades individuais do doente, como transporte, exames e suporte social^{37,63}.

E por último temos a orientação familiar que busca a inclusão ativa da família no processo de cuidado e tem demonstrado impacto positivo na adesão ao tratamento e no enfrentamento das barreiras relacionadas à continuidade do cuidado com a TB pela ótica dos gestores.

A APS, como principal ponto de contato com o sistema de saúde, favorece a identificação de fatores de risco no ambiente familiar, como condições de vida precárias e barreiras culturais. Essa abordagem permite que os profissionais de saúde e gestores planejem ações mais integradas e efetivas, envolvendo os familiares no monitoramento e suporte emocional, reduzindo taxas de abandono do tratamento e, conseqüentemente, aumentando as taxas de cura. Estudos apontam que ações que envolvam a investigação ativa de contactantes domiciliares e o suporte educacional às famílias são determinantes para o controle da TB, além de fortalecer o vínculo entre a comunidade e os serviços de saúde⁶⁴⁻⁶⁵.

Por outro lado, a orientação familiar exige que as equipes de saúde estejam capacitadas para atuar de forma sensível às dinâmicas familiares e contextos sociais. Uma revisão integrativa destacou que a falta de vínculo e o despreparo das equipes são desafios frequentes na assistência à TB, evidenciando a necessidade de maior capacitação e estratégias que abordem as barreiras socioculturais e organizacionais no cuidado à doença⁶⁶⁻⁶⁷.

Esses esforços também reforçam o papel da APS como coordenadora do cuidado no SUS, promovendo um modelo de atenção centrado no paciente e na família, essencial para enfrentar problemas complexos de saúde pública, como a TB.

Assim, para um melhor desfecho desta discussão é possível considerar que, para efetivação do controle das ações da TB na visão dos gestores do município é imprescindível fortalecer a APS em seus braços: de intensificação da busca ativa dos sintomáticos respiratórios, e não somente manter a demanda espontânea; garantia da adesão ao tratamento através da efetivação do TDO; e sobretudo na capacitação dos gestores para operacionalizar o PCT, já que muitos não se veem dentro deste processo.

O acesso necessita ser melhor organizado nas unidades de saúde, pois mesmo já tendo sido realizada algumas alterações no atendimentos isso ainda não é bem visto pelos gestores na prática.

É imprescindível garantir clareza nos fluxos de atendimento e suficiência dos recursos para o acompanhamento da doença e melhora da adesão, assim como criar mecanismos para a participação efetiva da sociedade nas discussões do programa, e nas formas de educação em saúde para a comunidade e aproveitar todo e qualquer recurso para diminuir as barreiras entre a sociedade e o serviço, promovendo acima de tudo a liderança além da gestão.

E não menos importante, manter continuamente o monitoramento dos indicadores e reuniões para ajustar as ações em benefício de todos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os gestores da APS desempenham papel estratégico na operacionalização do PNCT, sendo responsáveis por articular ações que alinhem os atributos da APS com as necessidades locais e as diretrizes nacionais. Contudo, o sucesso desse processo exige um esforço contínuo para superar desafios estruturais e fortalecer capacidades institucionais.

A discussão dos resultados é abrangente e crítica, pois conecta os dados empíricos com as diretrizes teóricas e normativas.

A visão integrada do gestor, que conecta os atributos da APS com os pilares do PNCT, é fundamental para alcançar melhores resultados, como a redução da taxa de morbimortalidade, abandono de tratamento, tanto a nível local como

mundial. A valorização de todo o trabalho desde o planejamento até as ações que chegam aos doentes e comunidade, o incentivo à participação comunitária, o uso de ferramentas de gestão inovadoras, devem ser sempre motivados e engajados no dia a dia como pilares desse processo.

A integração das ações discriminadas no PNCT, precisam estar constantemente alinhadas à jornada de planejamento e execução das mesmas ações a nível municipal a fim de que as discussões e a concretização das ações de controle da TB promovam resultados satisfatórios e o tão esperado caminho para o fim da tuberculose no Brasil.

Apesar das diretrizes, os gestores ainda enfrentam desafios relacionados a descentralização das ações de forma parcial, com necessidade de cumprimento de protocolos nacionais e barreiras municipais para sua efetivação, como a constante troca de gestores devido contratos de trabalho de curta duração, falta de recursos e incentivo material ou financeiro, permanência do gestor e da equipe, ações assertivas na forma de tratamento do doente (através de suas necessidades e não de demanda espontânea), e valorização da educação em saúde para a comunidade.

Desta forma, sugere direções para aprimoramento da gestão na APS incluindo a necessidade de uma gestão mais qualificada, o fortalecimento da ESF e a intensificação da participação social.

A pesquisa evidenciou tanto os pontos fortes (boa coordenação, vínculo e orientação familiar) quanto as fragilidades (falta de experiência dos gestores, insuficiência de recursos, dificuldades de acesso e baixa participação comunitária).

Essa análise integrada permite identificar áreas que precisam de intervenções e abre caminho para futuras pesquisas que possam aprofundar o entendimento dos desafios enfrentados no controle da TB, contribuindo para a melhoria contínua dos serviços de saúde na APS.

É necessário reconhecer a necessidade de fortalecimento da integração entre os níveis de atenção, garantindo que as ações para controle da TB sejam contínuas e organizadas, mas acima de tudo, consolidar a APS como ponto de entrada preferencial, como coordenadora do cuidado, garantindo acesso facilitado a diagnósticos e tratamentos, bem como monitoramento constante do doente e seus contatos domiciliares, e não menos importante assegurar um leque de serviços com profissionais bem orientados e qualificados.

REFERÊNCIAS

1. Rolla V. Agência Fiocruz de notícias. Saúde e Ciências para todos. Tuberculose. 2013 [citado 2022 set 3]. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/glossario-tuberculose>.
2. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2020. Geneva: WHO; 2020 [citado 2022 set 3]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública: estratégias para 2021-2025. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.

4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Indicadores prioritários para o monitoramento do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil. Boletim Epidemiol. 2017; 48(8):1-11.
5. Ruffino-Netto A, Villa TCS, organizadores. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil – histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: Instituto Milênio, Rede TB; 2000.
6. Brasil. [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com alterações adotadas pelas Emendas constitucionais nº 1/1992 a 95/2016, pelo Decreto legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas constitucionais de revisão nº 1 a 6/1994. Brasília: Câmara dos Deputados, edições câmara; 2017. Textos Básicos; nº 139.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
8. Santos J. Resposta brasileira ao controle de tuberculose. RevSaúde Pública. 2007; 41(supl.):89-93.
9. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.
10. Mendes EV. 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.: il.
11. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Conass; 2015.
12. Shimazaki ME, organizador. A Atenção Primária a Saúde. In: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária a Saúde. Oficinas 2 e 3. Análise da Atenção Primária a Saúde e diagnóstico local. Guia do tutor. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais; 2009.p.10-16.
13. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.: il.
14. Tanaka OY. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. Saúde Soc. 2011;20(4):927-34.

15. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. *Cienc Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):553-63.
16. Secretaria de Estado de Saúde (Minas Gerais). Subsecretaria de Vigilância e Proteção em saúde. Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador. Programa Estadual de Controle da Tuberculose. Relatório da visita de monitoramento e avaliação do Programa de controle da tuberculose. Juiz de Fora: Secretaria de Estado de Saúde; 2017.
17. Secretaria de Estado de Saúde (Minas Gerais). Visita de Monitoramento e Avaliação do programa de Controle da Tuberculose. Juiz de Fora. Coordenação do Programa Estadual de Controle da Tuberculose. Minas Gerais: Secretaria de Estado de Saúde; 2017.
18. Juiz de Fora. Prefeitura de Juiz de Fora. Notícias [citado 2023 set 3]. Disponível em: www.pjf.mg.gov.br/
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
20. Rieder HL, others. Epidemiologic basis of tuberculosis control. [s.l.]: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD); 1999.
21. Ministério da Saúde (BR). Boletim EpidemiolTuberculose. 2014; 44.
22. Hargreaves JR, Boccia D, Evans CA, Adato M, Petticrew M, Porter JD. The Social Determinants of Tuberculosis: From Evidence to Action. *Am J Public Health*. 2011; 101(4):654-62.
23. World Health Organization. Global tuberculosis report 2014. Geneva: WHO; 2014.
24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
25. Ministério da Saúde (BR). Manual nacional de vigilância laboratorial da tuberculose e outras micobactérias. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
26. Coura JR. Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
27. Caminero JA. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar. *RevClín Esp*. 2016; 216(2):76-84.

28. World Health Organization. Treatment guidelines for drug-resistant tuberculosis, 2016 update. Geneva: WHO; 2016.
29. World Health Organization. Global tuberculosis report 2016. Geneva: WHO; 2016.
30. Cyriaco C. Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). In: Procópio MJ, organizador. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ;2014, p. 53-69. doi: 10.7476/9788575415658.0005.
31. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. Brasília:Ministério da Saúde; 2017.
32. World Health Organization. Global Tuberculosis report 2021. Geneva: WHO; 2021.
33. Kritski A,Dalcomo MP, Mello FCQ, Carvalho ACC, Silva DR, Oliveira MM,Croda J. O papel da Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose nos esforços nacionais e internacionais para a eliminação da tuberculose.J BrasPneumol. 2018;44(2):77-81.
34. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. Relatório da tuberculose/CGDEN. Brasília: Programa Nacional de Controle da Tuberculose; 2004.
35. Starfield B. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002.
36. Escorel S,Giovanella L,Mendonça MHM, Senna MCM. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev PanamSalud Publica. 2007; 21(2/3):164-76.
37. Brunello MEF, Andrade RLP, Monroe AA, Arakawa T,Magnabosco GT,Orfão NH, et al. Tuberculosis diagnostic pathway in a municipality in south-eastern Brazil. Int J Tuberc Lung Dis [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb. 20]. Available from: www.ingentaconnect.com/contentone/ijutld/ijtd/2013/00000017/A00110s1/art00010.
38. Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface

(Botucatu). 2011;15(37):589-99. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>.

39. Pires DEP, Vandresen L, Machado RR, Amadigi FR. Gestão em saúde na atenção primária: o que é tratado na literatura. *Texto & Contexto Enferm*. 2019; 28:e20160426. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2016-0426>

40. Ministério da Saúde (BR). Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2017.

41. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Rede brasileira de comitês para o controle da tuberculose no Brasil: passado, presente e futuro. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.

42. Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(N Esp):73-8.

43. World Health Organization. Guidelines on tuberculosis infection prevention and control 2019. Geneva: World Health Organization; 2019.

44. Organização Pan-Americana da Saúde. Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades. Módulo 4: Vigilância em saúde pública. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; 2010. 52 p.: il. 7 volumes.

45. Contandrioupolos AP. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):705-12.

46. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Pnass: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 64 p.: il.

47. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

48. Ministério da Saúde (BR). Universidade Aberta do SUS (Unasus). Introdução à avaliação em saúde. Brasília: Unifesp; 2016 [cited 2024 Feb 10]. https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/IAS/unidade1.html.

49. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Monitoramento na Atenção Básica de Saúde: roteiros para reflexão e ação. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
50. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
51. Klein CH, Bloch KV. Estudos seccionais. In: Medronho RAZ, organizador. Epidemiologia. São Paulo: Ateneu; 2008. P. 125-150.
52. Secretaria de Estado de Saúde (Minas Gerais). Subsecretaria de Gestão Regional. Ajuste do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG). Belo Horizonte: SES-MG; 2020.
53. Silva EA. Avaliação dos profissionais de saúde sobre as ações desenvolvidas para o controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora-MG [tese]. Juiz de Fora (MG): Universidade Federal de Juiz de Fora; 2019.
54. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2012.
55. R Core Team. R: a language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria [cited 2024 Oct. 23]. Available from: <https://www.R-project.org>.
56. Triola MF. Introdução à Estatística. 13. ed. São Paulo: Pearson Education; 2020.
57. Borlina CPV, Antunes FB, Lana LD. Competências do Enfermeiro Gestor na Atenção Primária: Revisão Integrativa de Literatura. *Sanare*. 2023;22(2):98-110.
58. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde Debate*. 2018;42(1):208-23.
59. Clementino FS, Marcolino EC, Gomes LB. Ações de Controle da Tuberculose: análise a partir do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. *Texto & Contexto Enferm*. 2016; 25(4):1-9.
60. Souza MSPL, Pereira RAG, Pereira SM. Fatores associados ao acesso geográfico aos serviços de saúde por pessoas com tuberculose em três capitais do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(1):111-20.

61. Costa APB, Guerra MR, Leite ICG. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais médicos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2022;17(44):3085. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3085](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3085).
62. Silva SA, Nogueira DA, Paraizo CMS, Fracolli LA. Assessment of primary health care: health professionals' perspective. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(spe):122-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600018>.
63. Ferreira MRL, Santos AA, Freitas JLG, Silva LAF, Silva VM, Órfão NH. Vínculo no manejo da tuberculose na Atenção Primária à Saúde: ótica dos profissionais de saúde. *Mundo Saúde*. 2020; 44:443-4. doi: 10.15343/0104-7809.202044433444.
64. Nogueira JA, Trigueiro DRSG, Sá LD, Silva CA, Oliveira LCS, Villa TCS, et al.. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(2):207–16. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2011000200003>.
65. Silva Júnior JNB, Guedes HC dos S, Henriques AHB, Januário DC, Nogueira MF, Barrêto AJR. Registros de enfermeiros sobre orientações aos usuários com tuberculose na Atenção Primária. *Acta Paul Enferm*. 2024;37:eAPE02385. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO00002385>.
66. Siqueira TC, Bonfim RO, Ferreira MRL, Silva VM, Órfão NH. O tratamento da tuberculose sob a ótica dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Rev APS*. 2020; 23(2). doi: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2020.v23.27602>.
67. Oliveira TMP, Ferreira EHB, Silva CO, Hernandez LF, Melo KC, Pereira AHCC, Almeida ATSD et al. Assistência ao paciente com tuberculose na Atenção Primária à Saúde: uma revisão Integrativa. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR*. 2023; 27(7):3247-63.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “Avaliação das Ações de Controle da Tuberculose em Juiz de Fora: a ótica dos gestores”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a compreensão da relação entre os avanços com a doença por meio de estímulos da OMS e Ministério da Saúde e os resultados das ações de controle no município de Juiz de Fora. Nesta pesquisa pretendemos: Conhecer as ações de controle da TB pela APS na visão dos gestores; Analisar a integração do PCT com as ações municipais; Comparar o desempenho das ações de controle da TB com os atributos da APS.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: inicialmente será feito contato com a coordenação do departamento de vigilância epidemiológica e

ambiental (DVEA) e reunião para explicar os objetivos da pesquisa e a coleta de dados. Posteriormente será enviado via email um formulário compartilhado com o questionário direcionado a você sobre a sua gestão no controle da TB na sua UBS.

Os riscos relacionados à sua participação na pesquisa são mínimos, mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho e ler. Você terá o risco mínimo possível podendo responder ao questionário livremente conforme sua disponibilidade.

Acredita-se que a pesquisa contribuirá com a avaliação das ações e monitoramentos do Programa de Controle da Tuberculose no município de Juiz de Fora, subsidiando estratégias de gestão mais resolutivas para favorecer a redução nas barreiras de gestão e melhora dos indicadores, assim como demonstrar possíveis estratégias que favoreçam o atendimento das reais necessidades da população com suspeita ou diagnóstico de tuberculose assim como da gestão.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2024.

Nome do Pesquisador Responsável: Ana Cristina de Oliveira Abraão
Campus Universitário da UFJF
Faculdade/Departamento/Instituto: Departamento de Saúde Coletiva
CEP: 36036-900. Fone: 21 990059499
E-mail: anacristina_abraao@yahoo.com.br

ANEXO A-RELATÓRIO DA VISITA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM JUIZ DE FORA



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR
PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

RELATÓRIO DA VISITA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

Introdução

A tuberculose representa um importante problema de saúde pública. Possui diagnóstico e tratamento eficazes, entretanto, mantém elevado número de casos em diversos locais. Segundo o último relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), é a doença infecciosa que mais mata jovens e adultos, ultrapassando o HIV/AIDS. No Brasil são notificados aproximadamente 70 mil casos novos e ocorrem 4,6 mil mortes em decorrência da doença (13 brasileiros morrem em média todos os dias de tuberculose).

Minas Gerais notificou 4.585 doentes no ano de 2016, com 166 óbitos (dados parciais). Juiz de Fora é o segundo município com maior número de casos do Estado, notificou 383 casos de tuberculose em 2016, com 15 óbitos (dados parciais). O percentual de cura para os casos de tuberculose no município em 2015 foi de 63,9%, resultado aquém do recomendado pela OMS que é de 85%. Diante da situação epidemiológica da tuberculose no município de Juiz de Fora, o Programa Estadual de Controle da Tuberculose (PECT) em conjunto com o Ministério da Saúde (MS) realizaram visita de monitoramento e avaliação ao referido município, com o objetivo de avaliar e propor ações para aumentar a efetividade dos resultados epidemiológicos referentes ao Controle da Tuberculose nesse local.

Data da visita de campo: 05 e 06/06/2017

Município: Juiz de Fora

Locais visitados: Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora; Laboratório Macrorregional; Hospital João Penido; DCE/Pam Marechal; SAE.

Equipe de monitores:

Maira Veloso (SES-MG)

Claudia Hermínia de Lima (SES-MG)

Estefânia Quilma Andrade (Ministério da Saúde)

Ruy Souza (Ministério da Saúde)

Stefano Codenotti (Ministério da Saúde)



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR
PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

A - Diagnóstico situacional:

1. Painel de Indicadores Epidemiológicos e Operacionais, ano 2015:

DESCRIÇÃO	PARÂMETROS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE/OMS	PERCENTUAIS DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA
Taxa de Identificação de Sintomáticos Respiratórios	Mínimo de 1% da população	0,37%
Taxa Realização de Cultura do Escarro nos Casos de Retratamento de Tuberculose Pulmonar	100%	28,3%
Taxa de Cura CN BK ⁺	Mínimo de 85%	58,1%
Taxa de Casos sem Informação (Ign/Branco)	0%	5,4%
Taxa de Abandono CN BK ⁺	Máximo de 5%	16,3%
Taxa de Realização de Tratamento Diretamente Observado	100%	8,7%
Taxa de Realização teste anti-HIV	100%	75,7%

Fonte: PIS, I-SITE, AVE, SUBVP/SIS-ARL, SIMAN, NE, I-TB - atualização em 26/05/2017

2. Principais problemas observados nas ações e serviços voltados para o controle da tuberculose em Juiz de Fora:

- Sistema fragmentado de atenção à pessoa com tuberculose (TB);
- Elevado número de casos de TB diagnosticados na atenção secundária e terciária;
- Baixa identificação de Sintomáticos Respiratórios (SR) pela atenção primária;
- Baixa realização de Tratamento Diretamente Observado (TDO) pela atenção primária;
- Desfechos de tratamento (cura, abandono, entre outros) fora dos parâmetros recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS);
- Dificuldade na assistência às populações vulneráveis (população em situação de rua e privados de liberdade);
- Baixa utilização do equipamento de Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB);
- Baixa realização do exame de cultura de escarro nos casos recomendados;
- Gestão incorreta do Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITE-TB);
- Falta de envolvimento da assistência na gestão dos casos complexos de TB – SITE-TB;



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO EM SAÚDE
 SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR
 PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

- Infraestrutura inadequada para atendimento de TB resistente no DCE/PAM Marechal;
- Falta de assistência farmacêutica no DCE/PAM Marechal;
- Inexistência de diagnóstico de Micobacterias Não-Tuberculosas (MNT).

B - Recomendações Pactuadas na Plenária de Encerramento:

1. Recomendações Gerais:

- ✓ Criar Grupo Técnico Multidisciplinar para discussões e integração das ações relacionadas ao programa de tuberculose no municipal.
- Organizar o processo de trabalho com definição de fluxo de atendimento entre os níveis de atenção, com determinação de responsabilidades e prazos;
- ✓ Organizar a gestão de casos no SITE-TB das unidades de referência (Hospital João Penido, DCE e SAE);
- ✓ Realizar o tratamento da tuberculose sensível nas unidades de atenção primária, conforme manual de recomendações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT);
- ✓ Intensificar a identificação de Sintomáticos Respiratórios na comunidade pela atenção primária;
- ✓ Realizar, na atenção primária, o Tratamento Diretamente Observado para todos os casos de tuberculose;
- ✓ Definir estratégias para consultas de acompanhamento e exames dos casos de pessoas em situação de rua;
- ✓ Encaminhar todas as amostras de diagnóstico, conforme algoritmo estabelecido pelo MS, ao laboratório macrorregional de JF para realização do Teste Rápido Molecular;
- ✓ Realizar o exame de cultura conforme as recomendações estabelecidas pela SES-MG e FUNED (Nota Informativa Conjunta 001/2016);
- ✓ Encaminhar as amostras de escarro para realização de diagnóstico e acompanhamento da população privada de liberdade, segundo algoritmo do MS;
- ✓ Solicitar apoio da regional de saúde e do programa estadual no planejamento das ações de controle da tuberculose.



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO EM SAÚDE
 SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR
 PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

2. Recomendações de atividades para início imediato:

- Definir cronograma de reuniões do Grupo Técnico priorizando, neste momento, a elaboração de um plano de ação para atender as recomendações desse relatório;
- Organizar o processo de trabalho interno para gestão das ações de controle da tuberculose no município;
- ✓ • Realizar reunião com representantes da atenção primária, secundária e terciária, vigilância epidemiológica, laboratório e demais áreas, para estabelecer os papéis de cada um no diagnóstico, tratamento e acompanhamento das pessoas com tuberculose;
- ✓ • Definir rede assistencial com fluxo de referência e contra referência para os casos de tuberculose;
- ✓ • Divulgar os fluxos estabelecidos, para todos os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento dos casos no município;
- Realizar capacitação, para os profissionais de saúde, nas diretrizes clínicas e operacionais do Programa de Controle da Tuberculose (PCT);
- ✓ • Realizar o diagnóstico dos casos novos de tuberculose por meio do TRM-TB;
- ✓ • Formalizar as equipes multidisciplinares nas referências (Hospital João Penido, DCE e SAE) para gestão de casos no SITE-TB;
- Definir assistência farmacêutica para realizar a gestão de medicamentos dos casos especiais do DCE;
- Capacitar as equipes das referências (Hospital João Penido, DCE e SAE) que farão a gestão do SITE-TB, com apoio do programa estadual;
- Responsabilizar as referências (Hospital João Penido, DCE e SAE) por todo o processo de gestão dos casos e de medicamentos do SITE-TB.
- Monitorar, através da referência municipal da vigilância epidemiológica, os casos cadastrados no SITE-TB;

Importante:

- O município fará a elaboração de um plano de ação contendo as recomendações propostas, com definição de prazos e responsáveis. O plano deverá ser encaminhado ao PECT/SES-MG



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR
PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

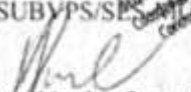
(tuberculose@saude.mg.gov.br) e para a Regional de Saúde (epidemi.jfo@saude.mg.gov.br), até o dia 01 de Agosto de 2017.

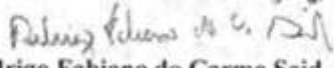
- A Regional de Saúde de Juiz de Fora, em conjunto com o PECT/SES-MG, fará o monitoramento do plano de ação e contribuirá com a execução das ações de acordo com demanda e disponibilidade.
- A próxima Visita de Monitoramento e Avaliação *in locu* ao município de Juiz de Fora está agendada para Novembro de 2017. Será realizada novamente pelo PECT/SES-MG em conjunto com o PNCT/Ministério da Saúde e terá por objetivo discutir e avaliar as ações executadas, bem como propor novas recomendações para 2018.

Agradecemos a colaboração de todos e colocamo-nos a disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,


Maira de Assis Pena Veloso
Coordenadora do Programa Estadual de Controle da Tuberculose
SVEAST/SUBVPS/SES-MG


Deise Aparecida dos Santos
Superintendente de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador
SUBVPS/SES-MG


Rodrigo Fabiano do Carmo Said
Subsecretário de Vigilância e Proteção à Saúde
SES-MG

Rodrigo Fabiano do Carmo Said
Subsecretário de Vigilância
e Proteção à Saúde
SES-MG

ANEXOB - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA APS VALIDADO NO BRASIL E ADAPTADO PARA TUBERCULOSE – PARTE GESTORES

III. Gestores

Número do questionário: _____
 Município: _____
 Responsável pela coleta de dados: _____
 Data da coleta de dados: ____/____/____
 Digitador: _____ Data da digitação: ____/____/____

A. Informações gerais

1. Iniciais: _____
2. Tipo de Unidade

UBS	1 ()
UBS/PACS	2 ()
USF/PACS	3 ()
Ambulatório de Referência	4 ()
Nível Central (_____)	5 ()
3. Nome Instituição: _____
4. Endereço: _____
5. Cidade: _____
6. Telefone: _____
7. FAX: _____
8. E-mail: _____
9. Titulação (especificar área): _____
10. Função

Gerente/Diretor da Unidade	1 ()
Coordenador do PCT	2 ()
Coordenador de Vigilância em Saúde	3 ()
Supervisores/coordenadores de PSF/PACS	4 ()
Supervisores/coord. vigilância epidemiológica	5 ()
Outros (_____)	6 ()
- 10.a Número de anos que trabalha nesta função: _____ anos

B. A TB na agenda municipal

Para as questões II.a a II.i, responda:

- 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica
- II.a () A TB é considerada como uma doença prioritária no quadro sanitário do município?
 - II.b () A distribuição de recursos para TB é realizada com base nas necessidades da população a ser atendida?
 - II.c () São disponibilizados incentivos (cesta básica, vale transporte...) para os doentes de TB em tratamento?
 - II.d () É mantida a regularidade da distribuição de incentivos (cesta básica, vale transporte...) para os doentes de TB em tratamento?
 - II.e () Participa na discussão e definição de ações de saúde para controle da TB?
 - II.f () No repasse dos recursos financeiros para o município, são definidas linhas específicas para TB?
 - II.g () Participa da discussão e definição de aplicação de recursos para o controle da TB?
 - II.h () O município investe recursos próprios para TB?
 - II.i () Os recursos (potes, viatura, motorista, combustível, material de laboratório, etc.) são suficientes para atender as necessidades de controle da TB?

Para a questão II.j, responda:

- 1 – Sempre; 2 – Quase sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase nunca; 5 – Nunca
- II.j () Os recursos financeiros destinados à TB são aplicados em outros programas/necessidades de saúde?

Porta de entrada

Para as questões 12 a 13, responda:

- 1 – UBS/PACS; 2 – UBS; 3 – Ambulatório de referência; 4 – Hospital público; 5 – Hospital privado;
 6 – Consultório particular; 7 – Pronto-atendimento; 8 – Outros (_____)
12. () Quando os usuários precisam de algum controle de saúde preventivo (vacina BCG, exames de escarro), qual serviço de saúde eles procuram?
 13. () Qual o primeiro serviço de saúde que o usuário procura quando apresenta sinais/sintomas da TB?

Anexo III - Continuação...

C. Acesso ao diagnóstico

Parar a questão 14, resposta:

1 - (5 dias ou mais) 2 - (4 dias) 3 - (3 dias) 4 - (2 dias) 5 - (1 dia - 24 horas)

14. () Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB, quanto tempo demora para conseguir consulta?

Para as questões 15 a 16, resposta:

1 - (5 ou mais vezes); 2 - (4 vezes); 3 - (3 vezes); 4 - (2 vezes); 5 - (1 vez); 0 - Não se aplica

15. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para conseguir atendimento?

16. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para realizar o diagnóstico de TB?

Para as questões 17, resposta:

1 - (5 ou mais semanas); 2 - (4 semanas); 3 - (3 semanas); 4 - (2 semanas); 5 - (1 semana)

17. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quanto tempo leva para receberem o diagnóstico de TB?

Para as questões 18, resposta:

1 - Nunca; 2 - Quase nunca; 3 - Às vezes; 4 - Quase sempre; 5 - Sempre; 0 - Não se aplica

18. () Para consulta de diagnóstico de TB, os usuários procuram a unidade de saúde mais próxima da casa deles?

Para as questões 19 a 25, resposta:

1 - Sempre; 2 - Quase sempre; 3 - Às vezes; 4 - Quase nunca; 5 - Nunca; 0 - Não se aplica

19. () Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB, esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?

20. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, os mesmos têm dificuldade para obter informações por telefone na unidade de saúde?

21. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, os mesmos têm dificuldade para marcar consulta por telefone na unidade de saúde?

22. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, têm dificuldade para se deslocarem até a unidade de saúde?

23. () Para consulta de diagnóstico de TB, os usuários precisam utilizar algum tipo de transporte motorizado para vir à unidade de saúde?

24. () Durante as consultas para diagnóstico da TB, os usuários gastam dinheiro com transporte para vir à unidade de saúde?

25. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, perdem o turno de trabalho ou compromisso para a consulta no serviços de saúde?

D. Acesso ao tratamento

Obs: Agora vamos falar da unidade de saúde onde o(a) sr.(A) trata

a TB Para as questões 26 a 30, resposta:

1 - Nunca; 2 - Quase nunca; 3 - Às vezes; 4 - Quase sempre; 5 - Sempre; 0 - Não se aplica

26. () Se os doentes em tratamento passarem mal por causa da medicação ou da TB, conseguem uma consulta médica no prazo de 24 horas?

27. () Durante o tratamento, os doentes de TB conseguem obter informações por telefone na unidade de saúde?

28. () Durante o tratamento, os doentes de TB conseguem marcar consulta por telefone na unidade de saúde?

29. () Os profissionais realizam visitas domiciliares aos doentes de TB?

30. () Qual a frequência em que os doentes de TB tratados nesta unidade de saúde pertencem à área adscrita?

Para as questões 31 a 36, resposta:

1 - Sempre; 2 - Quase sempre; 3 - Às vezes; 4 - Quase nunca; 5 - Nunca

31. () Durante o tratamento da TB, os doentes perdem o turno de trabalho ou compromisso para serem atendidos?

32. () Os usuários têm dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde onde fazem tratamento para serem consultados?

33. () Os doentes de TB têm que utilizar algum tipo de transporte motorizado para se deslocar até a unidade de saúde?

34. () Os doentes de TB têm que pagar pelo transporte?

Anexo III - Continuação...

D. Acesso ao tratamento

35. () Durante os últimos 12 meses, houve falta de medicamentos para TB?
 36. () Os doentes de TB esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?

E. Vínculo

Para as questões 37 a 49, responda:

- 1 - Nunca; 2 - Quase nunca; 3 - Às vezes; 4 - Quase sempre; 5 - Sempre; 0 - Não se aplica
37. () Os doentes de TB são examinados pelos mesmos profissionais cada vez que consultam?
 38. () Se os doentes de TB tiverem dúvidas sobre seu tratamento, conseguem falar com os mesmos profissionais que os atendem?
 39. () As dúvidas/questionamentos dos doentes de TB são compreendidos pelos profissionais que os atendem?
 40. () Os profissionais respondem às perguntas dos doentes de TB de forma clara?
 41. () Os profissionais dão tempo suficiente para que os doentes de TB explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?
 42. () Quando os doentes de TB consultam, os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde ou necessidades?
 43. () Os profissionais informam aos doentes de TB sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da doença?
 44. () Os profissionais solicitam informações sobre todos os medicamentos utilizados pelos doentes de TB?
 45. () Os doentes de TB atendidos nesta unidade de saúde recomendam os serviços para um(a) amigo(a) ser atendido?
 46. Com que frequência os doentes de TB sofrem algum tipo de preconceito por parte?
 46.a () Família
 46.b () Colegas de trabalho
 46.c () Amigos
 46.d () Profissionais de saúde da unidade
 47. () O tratamento é aceito pelos doentes de TB?
 48. () Os doentes necessitam de incentivos para o enfrentamento da doença e a continuidade do tratamento?
 49. () Como o(a) Sr.(a) considera o atendimento da equipe de saúde aos doentes de TB? Dê uma nota: 1; 2; 3; 4; 5.

F. Elenco de serviços

Para as questões 50 a 63, responda:

1 - Nunca; 2 - Quase nunca; 3 - Às vezes; 4 - Quase sempre; 5 - Sempre; 0 - Não se aplica

Com que frequência a unidade oferece os seguintes serviços:

50. () Pote para exame de escarro para diagnóstico de TB?
 51. () Exame para HIV/AIDS?
 52. () Pote para exame de escarro para controle mensal da TB?
 53. () Consulta mensal de controle para o tratamento da TB?
 54. () Cestas básicas ou vale alimentação?
 55. () Vale transporte?
 56. Informação sobre:
 56.a () Sintomas da TB?
 56.b () Transmissão da TB?
 56.c () Tratamento da TB?
 57. () Informação sobre outros temas de saúde?
 58. () Visitas domiciliares durante o tratamento?
 59. () Visitas domiciliares para realização do TS?
 60. () Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?
 61. () Disponibilidade de profissional na unidade de saúde sempre que o doente procura?
 62. () Grupos de doentes de TB na unidade de saúde?
 63. () Tratamento supervisionado? *

* Obs.: Considerar nunca (auto-administrado); quase nunca (a cada 15 ou 30 dias); às vezes (1-2 vezes/semana); quase sempre (3-4 vezes/semana); sempre (todos os dias (dois da semana).

Anexo III - Continuação...

G. Coordenação

Para as questões 64 a 75, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

64. () Os profissionais utilizam prontuários quando estão examinando os doentes de TB?
65. () As queixas dos doentes de TB são registradas nos prontuários?
66. () Os resultados dos exames dos doentes de TB ficam disponíveis para o doente na unidade de saúde?
67. () Os doentes de TB são comunicados sobre os agendamentos das consultas de retorno na unidade de saúde?

Obs.: Agora vamos falar sobre o encaminhamento do doente a outros serviços de saúde ou especialidades (Serviço Social, Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, Médico especialista, Nutricionista)

68. () Quando os doentes apresentam algum outro problema de saúde, conseguem ser encaminhados para outro serviço de saúde?
69. () Quando os doentes precisam ser encaminhados para outros serviços, os profissionais discutem com eles ou indicam os possíveis locais de atendimento?
70. () Quando os doentes de TB são encaminhados para algum especialista, os profissionais da unidade de saúde ajudam a marcar a consulta?
71. () Quando a consulta é agendada em outro serviço de saúde, o doente recebe comprovante de que a consulta foi marcada?
72. () Quando os doentes de TB são encaminhados para outros serviços de saúde, os profissionais da unidade fornecem informações escritas para entregar no serviço referido?
73. () Quando os doentes de TB retornam à unidade de saúde, trazem informações escritas sobre a consulta realizada no outro serviço?
74. () Os profissionais da unidade de saúde discutem com os doentes de TB os resultados da consulta realizada no outro serviço?
75. () Os profissionais da unidade de saúde se preocupam com a assistência prestada por outros serviços aos doentes de TB?

H. Enfoque na família

Para as questões 76 a 83, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

76. () Durante as consultas, os profissionais perguntam sobre as condições de vida das pessoas que moram com o doente de TB e/ou da sua família (emprego, moradia, saneamento básico)?
77. () Os profissionais conhecem as pessoas que moram com o doente de TB e/ou a sua família?
78. () Durante as consultas, os profissionais pedem informações sobre enfermidades das pessoas que moram com o doente de TB e/ou da sua família?
79. () Os profissionais questionam os doentes de TB se as pessoas que moram com ele e/ou sua família apresentam sintomas da doença?
80. () Profissionais de saúde solicitam exame de escarro e/ou raio X e/ou PPD para as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família?
81. () Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre a doença?
82. () Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre o tratamento da doença?
83. () Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre outros problemas de saúde?

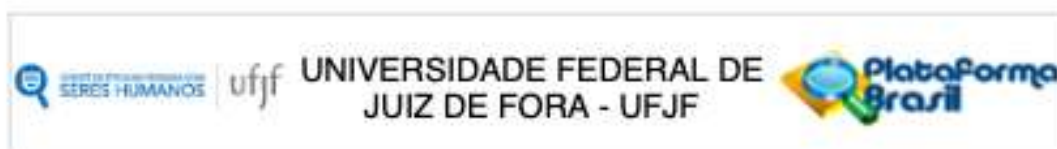
I. Orientação para a comunidade

Para as questões 84 a 88, responda:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

84. () Os profissionais de saúde solicitam exame de escarro e/ou raio X e/ou PPD para as pessoas que trabalham e/ou estudam com os doentes de TB?
85. () Os profissionais realizam propagandas/campanhas/ trabalhos educativos, para informar à comunidade sobre a TB?

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Juiz de Fora- MG

Pesquisador: Gislene Alves da Silva

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 65955617.7.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.977.149

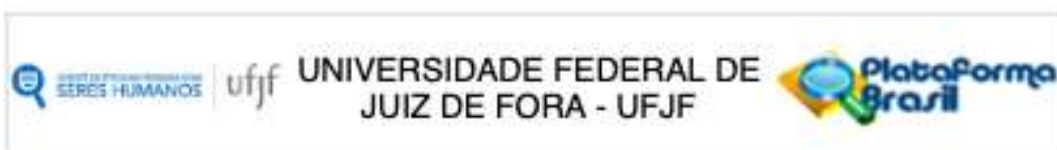
Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa. Trata-se de um Projeto de pesquisa integrado ("Guarda-Chuva"), que pretende se articular e/ou se desdobrar em outros (sub)projetos. Pesquisa avaliativa, com a abordagem metodológica mista, de natureza quanti-qualitativa, que terá como cenário o município de Juiz de Fora - MG. A população do estudo será definida por amostragem censitária e composta por pacientes de tuberculose, profissionais de saúde da rede pública e gestores de saúde. A coleta de dados será por meio de aplicação de individual de questionários e entrevistas com os sujeitos do estudo. Para análise dos dados quantitativos, será utilizado o programa de computador Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 20.0 for Windows), e para os dados qualitativos nos apoiaremos na análise de conteúdo de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário: Avaliar o desempenho dos serviços públicos de controle da Tuberculose em Juiz de Fora - MG. Objetivo Secundário: • Avaliar as dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços públicos de controle da Tuberculose em Juiz de Fora- MG, • Avaliar o Programa de Controle de Tuberculose na rede de Atenção Primária à saúde de Juiz de Fora-MG, • Avaliar o Programa de Controle de Tuberculose na rede de Atenção Secundária à saúde de Juiz de Fora-MG,

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.prop@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.977.149

• Avaliar o Programa de Controle de Tuberculose na rede de Atenção Terciária à saúde de Juiz de Fora-MG; • Analisar as representações sociais dos profissionais do serviço público de saúde de JF, sobre a doença e seu tratamento"

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos: Os riscos relacionados à participação no estudo são mínimos, mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc, como por exemplo a exaustão ou desconforto durante a aplicação do instrumento de coleta e possibilidade de exposição de informações pessoais. Serão oferecidas as garantias de minimização dos riscos através da disponibilidade de reagendamento de novo horário para entrevista, no qual o

entrevistado esteja mais disponível e confortável para tal, e também através do sigilo de informações, pelo anonimato dos participantes. Havendo qualquer outro problema ou desconforto, assim que detectado será imediatamente sanado pelos pesquisadores. Os pesquisadores suspenderão o estudo imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do indivíduo participante da pesquisa, conseqüente a essa, não previsto no termo

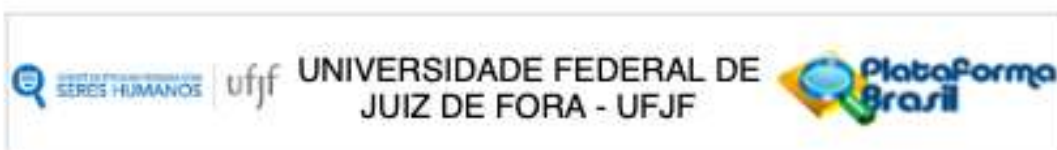
de consentimento. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), será assinado por cada um dos participantes e serão arquivados para consultas futuras. Benefícios:

Entre os benefícios que contemplarão este estudo, pode-se destacar: • Instrumentalização para comparação entre o que foi observado e o esperado, que permitirá, uma avaliação criteriosa da rede de atenção à saúde para diagnóstico e tratamento de tuberculose; • Apontamentos e análise dos problemas enfrentados para alcançar as metas propostas no programa nacional de controle da Tuberculose; • Possibilidade e direcionamento par

organização de atividades propostas; • Demonstração do impacto que as atividades efetuadas têm nos problemas de saúde da comunidade; • Possibilidade de produzir informações para os participantes e serviços de saúde; • Formulação de justificativas para a necessidade de estabelecimentos de novas ações, incluindo argumentos custo/benefício; • Subsidiar a formulação de políticas públicas que contemplem ações de controle da tuberculose (TB); • Disponibilizar informações (indicadores) aos serviços de saúde para subsidiar o planejamento e execução dessas ações; • Contribuir com os gestores no planejamento, organização, gerência, monitoramento e avaliação das ações de controle da TB; • Incorporar novas metodologias para o monitoramento da distribuição espacial da TB e reestruturação do sistema de vigilância do SUS em serviços de atenção

básica (AB); • Fornecer informações que proporcionem mudanças na lógica do atendimento e desenvolvimento de ações que estejam mais próximas ao doente, contribuindo para o

Endereço: JOSE LOURENDO KELMER S/N
Bairro: SÃO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.prop@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.977.149

diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento da TB".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CEPs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

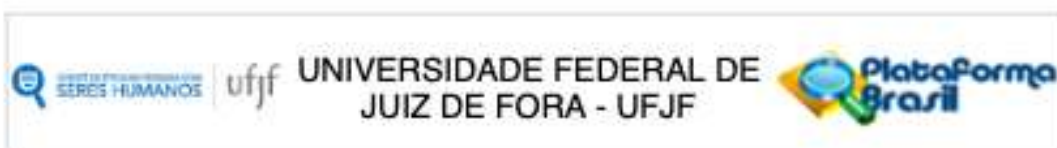
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, a emenda ao projeto está aprovada, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa em maio de 2024.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições

Endereço: JOSE LOURENDO KELMER S/N
 Bairro: SÃO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.prop@ufjf.br



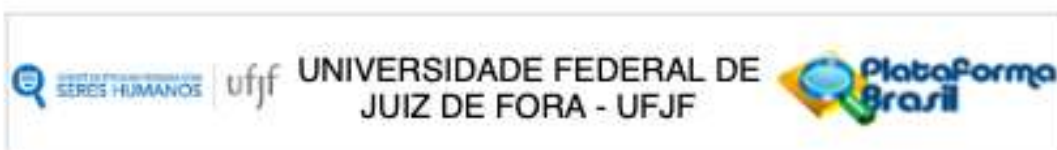
Continuação do Parecer: 5.977.149

definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** a emenda ao protocolo de pesquisa proposto, com a seguinte justificativa: "A emenda de extensão do cronograma por mais doze meses se dá no sentido de atingir todos os objetivos do estudo, uma vez que ainda necessita investigar o papel dos gestores nas três esferas organizativas presentes no município e assim poder subsidiar o poder público na condução da política de enfrentamento da tuberculose. Os primeiros produtos do projeto, conforme constam no relatório parcial tiveram custeios próprio. Pretende-se que esta nova etapa seja custeada com recursos Fapemig (edital universal/2017), uma vez que a agência de fomento sinalizou positivamente quanto a liberação de recurso para custeio da pesquisa que havia sido suspenso anteriormente. O estudo , até o momento, já entrevistou e finalizou a pesquisa envolvendo os seguintes atores -sujeitos do estudo: profissionais de saúde do serviço, pacientes com tuberculose, restando então o ultimo grupo a ser entrevistado, que são os gestores (supervisores de Unidade Básicas de Saúde do município). Com a pandemia da COVID 19, a entrada no campo ficou suspensa e os esforços dos trabalhadores da saúde concentrados no enfrentamento da pandemia. Com isso, nosso prazo expirou conforme planejamento estipulado, sendo por isso necessário a submissão desta nova emenda, solicitando a possibilidade de uma nova proposta de cronograma que nos possibilite a finalização deste estudo, conforme sua concepção inicial. Isso faz-se necessário pois neste momento pós pandemia, mais do que nunca observamos o recrudescimento da tuberculose, e precisamos por isso compreender qual a prioridade e proposta de trabalho que a atenção primária à saúde tem estruturado para combater a doença. Foi incluído também uma nova categoria que são gestores também, no caso de supervisores de Unidades Básicas de saúde de Juiz de Fora. Então os questionários serão aplicados ao gestores estaduais e municipais. Foi incluído também um novo financiador, que é a agência FAPEMIG. Encaminhado o termo de outorga, pois trata-se de um financiamento que havia sido suspenso e agora será retomado, necessitando assim de atualização do parecer do CEP para que tal procedimento seja efetuado. (CDS APQ 03011/17). Para esta nova e última etapa da pesquisa foi incluída também um novo membro de equipe, que é uma aluna de doutorado, orientanda da pesquisadora principal desta pesquisa". Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Endereço: JOSE LOURENDO KELMER S/N
Bairro: SÃO PEDRO
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788

CEP: 36.036-900

E-mail: cep.prop@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.977.149

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2010034_E2.pdf	29/03/2023 17:29:51		Aceito
Outros	Relatorioparcial.pdf	27/03/2023 21:43:36	Érika Andrade e Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto detalhado cronograma novo.docx	27/03/2023 21:40:45	Érika Andrade e Silva	Aceito
Folha de Rosto	folharostoassinada.pdf	27/03/2023 21:14:23	Érika Andrade e Silva	Aceito
Outros	TermodeOutorga.pdf	20/01/2023 12:04:33	Girlene Alves da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto detalhado.pdf	19/12/2022 11:58:35	Érika Andrade e Silva	Aceito
Outros	LattesG.pdf	18/05/2017 10:08:29	Lainer Augusta da Cunha Serrano	Aceito
Outros	Anexo1paciente.pdf	16/05/2017 23:48:59	Érika Andrade e Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE corrigido.pdf	16/05/2017 21:24:07	Érika Andrade e Silva	Aceito
Outros	Apendice2Termosigilo.pdf	16/05/2017 21:12:21	Érika Andrade e Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termoinfraestrutura.pdf	20/03/2017 17:17:09	Girlene Alves da Silva	Aceito
Outros	Anexo3gestor.pdf	20/03/2017 02:30:55	Girlene Alves da Silva	Aceito
Outros	Anexo2profissionais.pdf	20/03/2017 02:30:13	Girlene Alves da Silva	Aceito

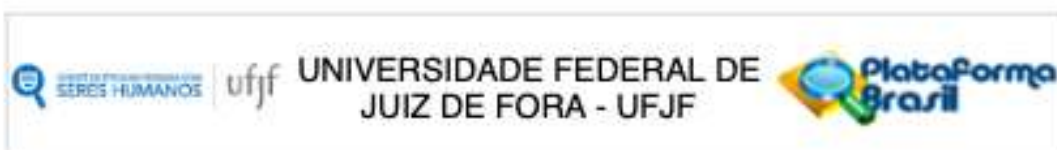
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: JOSE LOURENDO KELMER S/N
 Bairro: SÃO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.propg@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.977.149

JUIZ DE FORA, 31 de Março de 2023

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENDO KELMER S/N
Bairro: SÃO PEDRO **CEP:** 36.038-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propo@ufjf.br