



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Janaina Benatti de Almeida

**A integração de ações e serviços para a
assistência aos portadores de tuberculose nos
serviços de saúde de São José do Rio Preto**

São José do Rio Preto

2015

Janaina Benatti de Almeida

**A integração de ações e serviços para a
assistência aos portadores de tuberculose nos
serviços de saúde de São José do Rio Preto**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto para obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvia Helena Figueiredo Vendramini

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Maria Amélia Zanon Ponce

**São José do Rio Preto
2015**

Ficha Catalográfica

Almeida, Janaina Benatti.

A integração de ações e serviços para a assistência aos portadores de tuberculose nos serviços de saúde de São José do Rio Preto / Janaina Benatti de Almeida. São José do Rio Preto, 2015 p.84.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Linha de pesquisa: Gestão em Saúde e em Enfermagem

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Silvia Helena Figueiredo Vendramini

1. Tuberculose. 2. Saúde pública. 3. Avaliação em saúde. 4. Avaliação de Serviços de Saúde. 5. Atenção Primária à Saúde. 6. Equipe de Enfermagem, 7. Gestão em Saúde 8. Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde). 9. Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde

Janaina Benatti de Almeida

**A integração de ações e serviços para a
assistência aos portadores de tuberculose nos
serviços de saúde de São José do Rio Preto**

BANCA EXAMINADORA

**DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE
MESTRE**

Presidente e Orientador:

Prof^a Dr^a Silvia Helena Figueiredo Vendramini

1º Examinador: Profa. Dra. Denise Beretta

2º Examinador: Profa. Dra. Lilian Cristina de Castro Rossi

1º Suplente: Profa. Dra. Cláudia Eli Gazetta

2º Suplente: Profa. Dra. Rubia Laine de Paula Andrade

São José do Rio Preto, 28/10/2015.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimento Especial.....	ii
Agradecimento.....	iii
Lista de Figuras.....	iv
Lista de Tabelas e Quadros	v
Lista de Abreviaturas e Símbolos.....	vi
Resumo.....	vii
Abstract.....	viii
Resumen.....	ix
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. PRODUÇÃO CIENTÍFICA	11
2.1. MANUSCRITO 1.....	12
2.2. MANUSCRITO 2.....	33
3. CONCLUSÕES.....	59
4. REFERÊNCIAS.....	61
APÊNDICES.....	65
ANEXOS.....	77

Dedicatória

A Deus que me deu saúde, paz e força para construir e concluir este trabalho.

Aos meus pais Regina e Edmilson pela paciência, compreensão e apoio em todos os momentos estressantes e difíceis dessa jornada.

Aos meus irmãos Everton e Jaqueline que acompanharam cada passo desta fase e puderam me aconselhar e ser pacientes quando preciso.

A todos os meus amigos que apesar do distanciamento em alguns momentos, me apoiaram e torceram para esta vitória.

Agradecimento Especial

À Profa. Dra. Silvia Helena Figueiredo Vendramini, minha orientadora neste trabalho, por sua atenção, dedicação, paciência e compreensão durante toda esta jornada.

Agradecimento

À Secretaria Municipal Saúde pela colaboração com a coleta de dados da pesquisa.

Aos profissionais das equipes de Atenção Básica e Serviços Especializados (Médicos, Enfermeiros, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Assistentes Sociais, Agentes Comunitários de Saúde e outros) pela disposição em participar do estudo durante a coleta de dados.

À amiga Marília pelo apoio na execução da coleta de dados

À Dr.^a Maria Amélia e Dr.^a Anneliese pela colaboração em todo o processo deste trabalho, tornando o caminho menos árduo.

À Prof.^a Dr.^a Maria de Lourdes (Lurdinha) por sua imensa colaboração na construção deste estudo

Aos membros do grupo Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose - GEOTB (Ribeirão Preto) pelo apoio à pesquisa, confiança e base para o desenvolvimento deste projeto.

A todos que direta ou indiretamente tornaram possível o desenvolvimento deste trabalho

Introdução

Figura 1. Redefinição da organização dos serviços de saúde, saindo de um modelo hierarquizado com direção única (esquerda) e buscando o modelo de Redes de Atenção à Saúde (direita).....	5
--	---

Manuscrito 1

Gráfico 1. Capacidade dos serviços de saúde para Organização da Atenção à tuberculose e Articulação com a Comunidade, São José do Rio Preto, 2013/2014.....	31
Gráfico 2. Capacidade dos serviços de saúde para Autocuidado Apoiado e Suporte à Decisão, São José do Rio Preto, 2013/2014.....	31
Gráfico 3. Capacidade dos serviços de saúde para Desenho do Sistema de Prestação de Serviços e Sistemas de Informação Clínica, São José do Rio Preto, 2013/2014.....	32
Gráfico 4. Capacidade dos serviços de saúde em relação à Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB, São José do Rio Preto, 2013/2014.....	32

Manuscrito 1

Tabela 1. Classificação da Capacidade do Município nas ações de controle da tuberculose segundo as dimensões avaliativas da integração de ações e serviços de Saúde voltados à Atenção à Tuberculose, São José do Rio Preto, 2013/2014..... 30

Manuscrito 2

Tabela 1. Análise da Coordenação da Assistência ao portador de TB segundo Organização da Atenção à TB, Articulação com a Comunidade, Autocuidado Apoiado e Suporte à Decisão por categoria profissional, São José do Rio Preto, 2013-2014..... 42

Tabela 2. Análise da Coordenação da Assistência ao portador de TB segundo Desenho do Sistema de Prestação de Serviços, Sistema de Informação Clínica e Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às pessoas com TB por categoria profissional, São José do Rio Preto, 2013-2014..... 45

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ATH	Ambulatório de Tuberculose e Hanseníase
DP	Desvio Padrão
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
HANS	Hanseníase
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
VE	Vigilância Epidemiológica

Introdução: O controle da tuberculose necessita de ações integradas e permanentes no campo da atenção básica, bem como da melhoria das condições de vida e redução de desigualdade social, considerando as diretrizes e estratégias preconizadas pelo Sistema de Único de Saúde. Com os resultados da avaliação dos serviços é possível transpor dificuldades e conseqüentemente fortalecer o conceito de rede e concretizar a continuidade do cuidado e da integração de ações e serviços. **Objetivos:** avaliar a capacidade dos serviços para a assistência aos portadores de TB no contexto da integração de ações e serviços e a coordenação da assistência aos portadores de tuberculose. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, descritiva tipo inquérito, efetuada de forma transversal. 100 profissionais que atuavam na atenção à tuberculose responderam a um formulário dividido em sete dimensões avaliativas, subdivididas em componentes que poderiam receber uma pontuação de 0 a 11. De acordo com o valor atribuído foi possível classificar a capacidade de atenção à tuberculose em Limitada, Básica, Razoável e Ótima. No primeiro estudo foi utilizada a média das pontuações atribuídas em cada componente e técnicas de análise descritiva dos dados. No segundo estudo também foi realizado o teste T-Student para grupos independentes com intervalo de confiança de 95%, comparando as médias atribuídas pelos enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem. As análises foram feitas com o auxílio do programa Statistica, versão 10.0 da Statsoft. **Resultados:** No primeiro estudo: As dimensões em que houve melhor capacidade (Razoável) no município para a atenção à tuberculose foram a “Organização da Atenção à Tuberculose” e o “Suporte à Decisão”. “Articulação com a Comunidade” foi o aspecto em que houve pior capacidade (Básica). No segundo estudo, os enfermeiros classificaram a coordenação da assistência mais efetiva que os auxiliares/técnicos de enfermagem, houve diferença estatística das opiniões entre as categorias, principalmente sobre sistemas de informação. **Conclusão:** A integração de ações e serviços do município é considerada razoável e apresenta diversas fragilidades, principalmente em aspectos relacionados à intersetorialidade, como a articulação com a comunidade. Ainda existe uma centralização no enfermeiro que acaba por assumir sozinho ações “burocráticas” e de referência e contra referência com outros níveis de atenção. Percebe-se a necessidade de envolvimento individual da equipe, das políticas públicas, para juntos atuarem de forma integrada.

Descritores: Equipe de Enfermagem; Gestão em Saúde; Avaliação de Processos (Cuidados de saúde); Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde; Tuberculose. Saúde pública; Avaliação em saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

Introduction: Tuberculosis control requires integrated and permanent actions in the field of primary care, as well as improving living conditions and reducing social inequality, considering the guidelines and strategies recommended by the National Health System with the evaluation results. Services can overcome difficulties and consequently strengthen the concept of network and achieve continuity of care and integration of actions and services. **Objectives:** To evaluate the ability of services for assistance to tuberculosis sufferers in the context of integration of programs and services and the coordination of assistance to people with tuberculosis. **Materials and Methods:** This is an epidemiological, descriptive type survey, carried out across the board. 100 professionals working in the care of tuberculosis responded to a form divided into seven evaluative dimensions, subdivided into components that could receive a score from 0 to 11. According to the assigned value was possible to classify the ability of attention to tuberculosis Limited, Basic, Average and Best. In the first study we used the average of the scores assigned to each component and techniques of descriptive data analysis. In the second study was also performed the T-Student test for independent groups with 95% confidence interval, comparing the averages attributed by nurses and aides / nursing technicians. Analyses were performed with the Statistica software, version 10.0 of Statsoft. **Results:** In the first study: The dimensions in which there was greater capacity (Reasonable) in the municipality for attention to tuberculosis were the "Organization of Care TB" and "Decision Support". "Links with the Community" was the aspect that was worse capacity (Basic). In the second study, the nurses rated the most effective coordination of assistance to the auxiliary / practical nurses, was no statistical difference of opinions between the categories mainly on information systems. **Conclusion:** The integration of municipal programs and services is considered Average and has several weaknesses, especially in aspects related to intersectionality, as the interaction with the community. There is still a centralizing the nurse who ends up alone take actions "burocráticas" and reference and counter-reference with other levels of care. We see the need for individual team involvement, public policy, to act together in an integrated manner.

Descriptors: Nursing Team; Health Management; Process Assessment (Health Care); Review Process of Health Care; Tuberculosis. Public health; Health evaluation; Health Services Evaluation; Primary Health Care.

Introducción: El control de la tuberculosis requiere de acciones integradas y permanentes en el ámbito de la atención primaria, así como la mejora de las condiciones de vida y la reducción de la desigualdad social, teniendo en cuenta las directrices y estrategias recomendadas por el Sistema Nacional de Salud con los resultados de la evaluación. Los servicios pueden superar las dificultades y en consecuencia fortalecer el concepto de red y lograr la continuidad de la atención y la integración de las acciones y servicios. **Objetivos:** Evaluar la capacidad de los servicios de asistencia a los enfermos de tuberculosis en el contexto de la integración de programas y servicios y la coordinación de la asistencia a las personas con tuberculosis. **Materiales y métodos:** Se trata de una encuesta de tipo descriptivo epidemiológico llevado a cabo en todos los ámbitos. 100 profesionales que trabajan en el cuidado de la tuberculosis respondieron a un formulario dividido en siete dimensiones evaluativas, subdividido en componentes que podrían recibir una puntuación de 0 a 11. De acuerdo con el valor asignado fue posible clasificar la capacidad de atención a la tuberculosis Limited, Básico, Normal y Mejor. En el primer estudio se utilizó el promedio de las puntuaciones asignadas a cada componente y técnicas de análisis de datos descriptivos. En el segundo estudio también se realizó la prueba t de Student para grupos independientes, con intervalo de confianza del 95%, comparando los promedios atribuidos por enfermeras y técnicos ayudantes / enfermería. Los análisis se realizaron con el software Statística, versión 10.0 de Statsoft. **Resultados:** En el primer estudio: Las dimensiones en las que hubo una mayor capacidad (razonable) en el término municipal de atención a la tuberculosis eran la "Organización de la Atención de la tuberculosis" y "Apoyo a la Decisión". "Vínculos con la Comunidad" fue el aspecto que era peor capacidad (Básico). En el segundo estudio, las enfermeras clasificaron la coordinación más eficaz de la asistencia a los auxiliares de enfermería / prácticos, hubo diferencia estadística de opiniones entre las categorías, principalmente en los sistemas de información. **Conclusión:** La integración de los programas y servicios municipales se considera Normal y tiene varios puntos débiles, sobre todo en los aspectos relacionados con la interseccionalidad, como la interacción con la comunidad. Todavía hay una centralización de la enfermera que termina solamente tomar acciones "burocráticas" y de referencia y contra-referencia con otros niveles de atención. Vemos la necesidad de la participación individual del equipo, las políticas públicas, para actuar juntos en una forma integrada.

Descriptores: Equipo de Enfermería; Gestión de la Salud; Proceso de Evaluación (Atención de Salud); Revisión Proceso de Atención de la Salud; Tuberculosis. La salud pública; Evaluación de la Salud; Evaluación de Servicios de Salud; Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

A situação epidemiológica brasileira distancia-se da transição epidemiológica clássica de países desenvolvidos, que consistiu de uma mudança de predominância das doenças transmissíveis para o domínio das doenças crônicas, principalmente devido ao envelhecimento populacional.¹ Em nosso país, não conseguimos atingir uma transição clássica completa, o que nos trouxe uma tripla carga de doenças envolvendo ao mesmo tempo, a persistente presença de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, o surgimento do desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada, além do crescimento das causas externas.²

Para organizar os sistemas de atenção à saúde foi adotado que o mais conveniente é separar as condições agudas, em geral de curso curto e que podem ser resolvidas rapidamente das condições crônicas, que envolvem todas as doenças crônicas, mais as transmissíveis de curso longo (tuberculose (TB), hanseníase (HANS), HIV/AIDS e outras), as condições materno infantis, de acompanhamento dos ciclos de vida, deficiências físicas e estruturais e os distúrbios mentais de longo prazo.¹

Na prática esta separação gerou o quadro atual do Sistema de Saúde Brasileiro, onde há fragmentação de cuidados e ações, fortalecidos pela “super especialização” e atuação profissional biologicista e médico centrada, sendo incapaz de lidar com esta tripla carga de doenças e a complexidade de ações exigidas para solucionar os problemas de saúde da população.^{1,3}

Dentre estes problemas de difícil combate se encontra a Tuberculose, que ainda representa um grave problema de saúde pública no Brasil, que é um dos 22 países

priorizados pela OMS e concentram 80% da carga mundial de TB. Em 2009, foram notificados 72 mil casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 38/100.000 habitantes. Destes, 41 mil foram bacilíferos (casos com baciloscopia de escarro positiva). Esses indicadores colocam o Brasil na 19ª posição em relação ao número de casos e na 104ª posição em relação ao coeficiente de incidência.⁴ Em São José do Rio Preto, SP não é diferente, visto que apresentou 103 novos casos de TB em 2011, com coeficiente de incidência de 25,2/100.000 habitantes.⁵

Apesar do grande número de casos, a taxa de mortalidade por tuberculose no Brasil teve uma redução de 16,7% entre os anos de 2002 a 2008, passando de três casos para 2,5 por 100 mil habitantes. Porém, ainda ocorrem cerca de 4.700 óbitos devido à tuberculose por ano.⁶

Diante deste quadro algumas metas globais foram desenvolvidas na Assembleia Mundial da Saúde. O objetivo global da estratégia é acabar com a epidemia mundial de TB, com 95% de redução no número de mortes de TB e uma redução de 90% incidência de TB, além de incluir também um objetivo de zero custos catastróficos para famílias afetadas pela TB até 2020.⁷

REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM BUSCA DA INTEGRAÇÃO

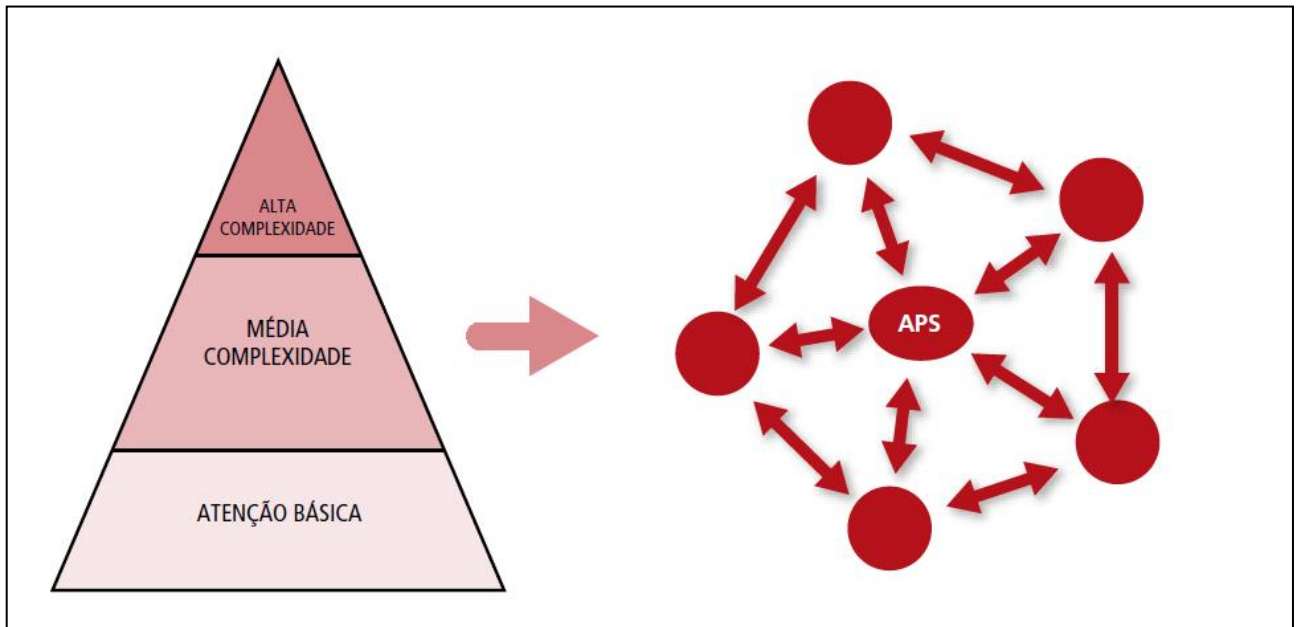
O Sistema Único de Saúde (SUS) foi estabelecido através das leis 8080/1990 e nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988. Desde então se passaram mais de 20

anos e observa-se um sistema em plena construção e que busca ainda atingir seus princípios da integralidade, universalidade e equidade.⁸

Tais princípios ainda não estão estabelecidos e existe ainda uma contradição entre as necessidades da população e a organização do sistema de saúde, caracterizado pela descontinuidade da atenção nos serviços de saúde, pelo predomínio do modelo hospitalocêntrico, voltado as doenças agudas e pela fragilidade da integração entre os pontos de atenção.¹ Ressalta-se que a solução desta fragmentação do sistema seja estabelecer uma coerência entre a tripla carga das doenças, com predominância relativa de condições crônicas (entre elas a tuberculose) a criação de Redes de Atenção à Saúde (RAS).²

O conceito das Redes de Atenção à Saúde (RAS) tenta redefinir a forma como a assistência à saúde está organizada, saindo do modelo hierarquizado e com direção única e caracterizando-se como uma formação polierárquica de um conjunto de serviços, com uma missão única, objetivos comuns e ação cooperativa e interdependente, coordenada pela Atenção Básica (AB) e em que os pontos de atenção se relacionam horizontalmente e são igualmente importantes (Figura 1).²

Figura 1. Redefinição da organização dos serviços de saúde, saindo de um modelo hierarquizado com direção única (esquerda) e buscando o modelo de Redes de Atenção à Saúde (direita).



Fonte: Mendes²

Atenção Básica (AB) tem papel importante na descoberta precoce e tratamento eficaz da TB, já que é concebida como o primeiro nível assistencial que o indivíduo tem acesso e com capacidade de resolver a maior parte dos problemas de saúde, em tempo adequado, com acessibilidade e garantia da continuidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e, além disso, tem o papel de centro coordenador da assistência na rede de atenção à saúde, conectando-se com uma relação de referência e contra referência contínua e no mais amplo sentido aos demais serviços de saúde, superando a lógica do conceito piramidal de níveis de atenção (primário – secundário – terciário) historicamente hegemônica no país.^{2,9}

A AB como coordenadora da RAS precisa ser capaz de garantir a continuidade da atenção ao doente no sistema de saúde, assegurando a provisão de insumos, recursos, o fluxo de informações dos usuários e articulando-se intra e extra-setorialmente.^{10,11} Esta tem sido reorientada, incorporando ações e medidas em programas como o de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sempre em busca do atendimento das necessidades da população e desfragmentação dos serviços.¹¹

Esta luta pela desfragmentação do atendimento ao indivíduo e comunidade acontece desde o surgimento do SUS, com o princípio da integralidade. Segundo Mendes,² integralidade é proporcionar o atendimento de todas as necessidades do indivíduo, assim como possibilitar-lhe o acesso a todos os níveis de serviços.^{12,13} A integralidade considera as dimensões biológica, cultural e social do indivíduo, orienta políticas e ações de saúde capazes de atender a demandas e necessidades no acesso à rede de serviços.¹⁴

Dentro do conceito de Redes de Atenção à Saúde a coordenação da assistência só pode ser alcançada se houver integração qualificada das ações e serviços no âmbito vertical (tipos de serviços) e horizontal (ações).² O conceito de integralidade ainda remete ao de integração de serviços, por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade de recursos e competências necessários para a solução de problemas de saúde.¹⁵

Esta proposta de organização dos serviços de saúde possibilita que as ações de controle, inclusive à TB, sejam mais efetivas, com um monitoramento dos indivíduos e famílias nos diferentes pontos de atenção e consequente diminuição da cadeia de transmissão e melhor efetividade de acompanhamento dos doentes.¹⁶

Na atenção à Tuberculose (TB) percebe-se que o grande problema não é a forma de detecção e tratamento da doença e sim como os serviços se organizam para fazê-lo.¹⁷ A complexidade da situação da tuberculose expõe a necessidade de uma abordagem compartilhada por diversos profissionais de saúde e da descentralização do atendimento com fortalecimento do envolvimento da atenção básica.¹⁸

A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E O PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

O PCT tem como objetivo central a redução da incidência, por meio da detecção e do tratamento precoce da doença, sendo as atribuições comuns a toda a equipe a busca ativa, o registro dos agravos de notificação compulsória, e situações de importância local.^{19,20}

O controle da TB necessita de ações integradas e permanentes no campo da AB, bem como da melhoria das condições de vida e redução de desigualdade social, considerando as diretrizes e estratégias preconizadas pelo Sistema de Único de Saúde (SUS).²¹

No aspecto organizacional, a produção do cuidado direcionada aos casos de TB é diretamente influenciada pelo modo como se organiza a rede de serviços de atenção à saúde, segundo os preceitos do SUS e tendo a Saúde da Família como centro ordenador e integrador da rede de serviços de saúde.¹⁵ Uma boa organização da rede de serviços de atenção à TB requer rede laboratorial disponível para exames diagnósticos, abastecimento

de medicamentos, oferta de tratamento supervisionado, alimentação e análise de dados, reordenamento das práticas tanto no plano individual/coletivo como no controle e ordenação do fluxo de trabalho, na articulação da rede assistencial, na adequação tecnológica e na instrumentalização das equipes.²²

Em relação às macro políticas é necessário compromisso político de prover condições físicas e materiais para o pleno funcionamento das unidades, articulação com os serviços de referência, promoção e qualificação de recursos humanos na temática, proporcionar autonomia dos profissionais que compõem as equipes, o desenvolvimento de ações intersetoriais que viabilizem a inclusão social da pessoa com TB e participação da comunidade nesse processo; apoio familiar ao doente e por fim, a promoção de condições dignas de vida e a valorização do auto cuidado.²³

Na prática observa-se que apesar de preconizado há escassez de ações voltadas à promoção de ações intersetoriais, a pouca participação da comunidade no combate à doença, a falta de qualificação técnica dos profissionais em relação à temática da TB e a condição social da grande maioria das pessoas acometidas pela doença. A falta de ações intersetoriais fragiliza a produção de vínculo e diminui a credibilidade da equipe perante o portador de TB, pois não há resolutividade das ações.²⁰

É importante ressaltar que os atores que ocupam função de gestores geralmente “não conversam entre si” e também, quem executa geralmente não participa do planejamento, agravado principalmente à rotatividade de profissionais.²³ Ainda observa-se em alguns locais insuficiência de recursos materiais, humanos, além de falta de capacitação

destes recursos humanos, comprometendo inclusive a coordenação da assistência ao doente.¹⁶

Os aspectos que dificultam a execução de uma assistência coordenada são entre outros a ausência de regulação e de fluxos formais para a atenção hospitalar e a insuficiência na oferta de atenção especializada, agravada pela pouca integração entre prestadores estaduais e municipais. A falta de formulação das políticas de integração e a ausência de capacitação sobre redes de atenção para os profissionais mais envolvidos no processo de criação e execução das ações gestoras também contribui.^{15,23}

Estas dificuldades expostas pelos serviços de saúde no gerenciamento destas condições da doença refletem de alguma forma no desempenho não só de uma rede assistencial em si, mas dos serviços de saúde e na comunicação nos diversos níveis. Na TB, os déficits na integração de ações e serviços podem significar grandes problemas para o acompanhamento, integralidade e continuidade da assistência no que se refere a esta doença.²⁴

JUSTIFICATIVA

Estudos que avaliem a realidade local e a percepção das equipes envolvidas são fundamentais para ampliar a visão fundamentalmente biológica e reducionista da doença e subsidiar a avaliação das estratégias adotadas até então, ainda permitindo medir o impacto de ações implementadas, identificar problemas operacionais e dificuldades enfrentadas no controle da doença e gerar informações capazes de reorientar a prática de cuidados.²¹

Avaliar as ações de controle da Tuberculose na AB é um processo que envolve tomada de decisão e é composto por medir, comparar, emitir juízo de valor e tomar decisão, possibilita ao gestor mobilizar recursos para realizar ajustes em pleno processo, de forma dinâmica e oportuna, não precisando necessariamente aguardar o retorno dos resultados.²⁴

Focalizar nesta avaliação alguns aspectos que influenciam na efetiva coordenação da assistência como a adesão terapêutica, o fluxo de atendimento, a referência e contra referência, bem como as debilidades de integração dos níveis assistenciais, possibilita uma análise da capacidade dos serviços de saúde para o controle da TB, tanto no seu contexto teórico como operacional, visando melhorar a qualidade da assistência ao doente.

Com os resultados da avaliação dos serviços é possível transpor essas dificuldades e conseqüentemente fortalecer o conceito de rede e concretizar a continuidade do cuidado e da integração de ações e serviços, buscando mudanças no processo de trabalho para atender as demandas colocadas pelas doenças crônicas e eliminar as barreiras que dificultam o fluxo de informações no interior do sistema de saúde.

Assim, este estudo teve como objetivo analisar a integração de ações e serviços para a assistência aos portadores de tuberculose nos serviços de saúde.

PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Os achados do presente estudo originaram dois manuscritos, sendo o primeiro denominado “Capacidade dos serviços de saúde para o controle da tuberculose no contexto da integração”, submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva - *versão On-line* ISSN 1678-4561, Editada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva/Abrasco e o segundo denominado “A coordenação da assistência no controle da tuberculose na visão da equipe de enfermagem” e submetido à Revista de Enfermagem UFPE On Line.

2.1 MANUSCRITO 1

**CAPACIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA O CONTROLE DA
TUBERCULOSE NO CONTEXTO DA INTEGRAÇÃO**
*CAPACITY OF HEALTH SERVICES FOR TUBERCULOSIS CONTROL IN CONTEXT
OF INTEGRATION*

Janaina Benatti de Almeida¹

Marília Cattozatto dos Reis¹

Maria Amélia Zanon Ponce²

Anneliese Domingues Wysocki³

Tereza Cristina Scatena Villa⁴

Antonio Ruffino Netto⁵

Maria de Lourdes Sperli Geraldês Santos⁶

Silvia Helena Figueiredo Vendramini⁶

¹Programa de Mestrado em Enfermagem, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, Brasil.

² Docente da Faculdade Ceres – Faceres/ Coordenadora do programa de DST/AIDS de São José do Rio Preto, Brasil.

³ Docente da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, Uberaba, Brasil.

⁴ Departamento de Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão.

Preto, Universidade de São Paulo, Brasil.

⁵Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil.

⁶Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, Brasil.

RESUMO

A Atenção Básica é importante na descoberta e tratamento da tuberculose, sendo porta de entrada no Sistema Único de Saúde e coordenadora das redes de atenção. O estudo teve como objetivo avaliar a capacidade dos serviços para a assistência aos portadores de tuberculose no contexto da integração de ações e serviços. Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, descritiva tipo inquérito, efetuada de forma transversal. 100 profissionais que atuavam na atenção à tuberculose responderam a um formulário dividido em sete dimensões avaliativas, subdivididas em componentes que poderiam receber uma pontuação de 0 a 11. De acordo com o valor atribuído foi possível classificar a capacidade de atenção à tuberculose em Limitada, Básica, Razoável e Ótima. As dimensões em que houve melhor capacidade (Razoável) no município para a atenção à tuberculose foram a “Organização da Atenção à Tuberculose” e o “Suporte à Decisão”. “Articulação com a Comunidade” foi o aspecto em que houve pior capacidade (Básica). Conclui-se que o município apresentou Capacidade Razoável para a integração de ações e serviços. Para alcançar a Ótima capacidade é preciso trabalho integrado da equipe, parcerias estabelecidas com a comunidade e melhor qualidade do fluxo e registro de informações.

Palavras-chave: Tuberculose. Saúde pública. Avaliação em saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The Primary is important in the discovery and treatment of tuberculosis, and gateway into the Unified Health System and coordinator of care networks. The study aimed to evaluate the ability of services to assist people with tuberculosis in the context of integration of activities and services. It is an epidemiological study, descriptive survey, held cross- way. 100 professionals working in attention to tuberculosis, which responded to a form divided into seven evaluative dimensions, subdivided into components that could receive a score from 0 to 11. According to the assigned value was possible to classify the ability of attention to tuberculosis in Limited, Basic, Reasonable and Great. The dimensions in which there was better capacity (Reasonable) in the municipality for attention to tuberculosis were the "Organization of Care TB" and the "Decision Support". "Links with the Community" was the aspect that was worse capacity (Basic). It concludes that the municipality presented Capacity Reasonable to integrate actions and services. Great ability to achieve it takes integrated work team established partnerships with the community and better stream quality and registration information.

Keywords: Tuberculosis. Public Health. Health Evaluation. Health Services Evaluation. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Atualmente no Brasil observa-se mudança no perfil epidemiológico caracterizado pela tripla carga de doenças que envolvem, ao mesmo tempo, a persistente presença de infecções agudas, o surgimento do desafio das doenças crônicas e o

crescimento das causas externas¹. No entanto, ainda existe uma contradição entre as necessidades de saúde da população e a organização dos serviços caracterizado pela descontinuidade da atenção nos serviços de saúde, pelo predomínio do modelo hospitalocêntrico, voltado às doenças agudas e pela fragilidade da integração entre os pontos de atenção¹.

A Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil chamada de Atenção Básica (AB), tem papel importante na descoberta precoce e tratamento eficaz da TB, já que é concebida como a porta de entrada preferencial do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS) e possui, dentre suas funções, o papel de centro coordenador da assistência na rede de atenção à saúde, conectando-se com uma relação de referência e contra referência contínua e no mais amplo sentido aos demais serviços de saúde, superando a lógica do conceito piramidal de níveis de atenção (primário – secundário – terciário) historicamente hegemônica no país². A coordenação da assistência caracteriza-se como uma das ferramentas de gestão para que a AB execute seu papel e pode ser definida como a capacidade que os serviços de saúde têm em garantir a continuidade da atenção ao portador no sistema de saúde, assegurando recursos, insumos, articulação intra e extra--setorial e o fluxo de informações necessárias ao atendimento dos usuários³. Dentro do conceito de Redes de Atenção à Saúde essa coordenação da assistência só pode ser alcançada se houver integração qualificada das ações e serviços no âmbito vertical (tipos de serviços) e horizontal (ações)², sabendo que a TB enquanto doença crônica transmissível requer monitoramento dos indivíduos e famílias nos diferentes pontos de atenção, como forma de diminuir a cadeia de transmissão e melhorar a efetividade de acompanhamento dos doentes⁴.

Os aspectos que dificultam a execução de uma assistência coordenada são entre outros a ausência de regulação e de fluxos formais para a atenção hospitalar e a insuficiência na oferta de atenção especializada, agravada pela pouca integração entre prestadores estaduais e municipais. A falta de formulação das políticas de integração e a ausência de capacitação sobre redes de atenção para os profissionais mais envolvidos no processo de criação e execução das ações gestoras também contribui³⁻⁵.

Portanto, focalizar as características de uma assistência coordenada como a adesão terapêutica, tipo de fluxo de atendimento, boa referência e contra referência, assim como as fragilidades de integração dos níveis assistenciais, possibilita uma avaliação e análise dos serviços quanto ao controle da TB, visando subsidiar melhorias para o controle da TB.

Assim, este estudo teve como objetivo avaliar a capacidade dos serviços para a assistência aos portadores de TB no contexto da integração de ações e serviços.

MATERIAIS E MÉTODO

Foi realizado estudo epidemiológico, descritivo tipo inquérito, efetuado de forma transversal, integrante do projeto multicêntrico intitulado *“Tuberculose: análise dos pontos de estrangulamento da atenção para controle da doença em municípios das regiões sul, sudeste e nordeste do Brasil”* (CNPq processo número: Chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE-Decit N° 40/2012 – Pesquisa em Doenças Negligenciadas e FAPESP processo número: 2013/22512-3), do qual São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil fez parte.

O município tem população de 408.258 habitantes⁶ e o sistema de saúde é composto por 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 15 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), a cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) era de 28% em 2013⁷.

As ações do programa da TB são descentralizadas para os serviços de saúde da AB desde 2008 e contam com uma equipe de referência responsável pelas ações de controle da TB em cada Unidade de Saúde do Município. Esta equipe foi estabelecida pelo Programa de Controle da Tuberculose (PCT), sendo composta por 1 médico, 1 enfermeiro e 1 auxiliar/técnico de enfermagem.

Após o diagnóstico e início do tratamento, o portador da doença é acompanhado no próprio Serviço de Saúde de sua área de abrangência e realiza o Tratamento Diretamente Observado (TDO) três vezes por semana, preferencialmente no Serviço de Saúde ou no domicílio (em caso de impossibilidade de comparecer ao serviço, por imobilidade física ou não adesão ao tratamento). Os casos extrapulmonares, recidivas, retratamento, co-infecção e resistência medicamentosa ou outro aspecto específico de complexidade são encaminhados para os serviços especializados, sendo eles: 01 Ambulatório de Tuberculose e Hanseníase – ATH e 01 Serviço de Atendimento Especializado – SAE (referência para coinfeção TB/HIV).

No Ambulatório de Tuberculose e Hanseníase (ATH) são desenvolvidas também as ações do Programa de Controle à Tuberculose (PCT), compartilhando a mesma estrutura física e equipe, que realiza tanto ações assistenciais especiais como o apoio técnico aos serviços de saúde e ações de Vigilância Epidemiológica (VE).

A comunicação entre os serviços (encaminhamento de casos, agendamento de consultas) dá-se por guia de referência e contra referência e por ligações telefônicas que,

segundo fluxo estabelecido pela gerência dos serviços, devem ser registradas em prontuário.

Existem ainda, reuniões trimestrais entre Secretaria de Saúde Local e equipe de referência em TB das Unidades de Saúde para discussão de casos, e na maioria das vezes conta somente com a presença do enfermeiro, justificado pela sobrecarga de trabalho dos demais profissionais nos serviços. Também acontecem reuniões da equipe local nos próprios Serviços de Saúde, diária ou semanalmente com a mesma finalidade. São realizadas visitas institucionais em cada Serviço de Saúde pela equipe do PCT uma vez ao ano, visando análise da qualidade das ações e serviços da equipe de referência das Unidades de Saúde.

Para descrever o cenário no presente estudo, foi utilizado roteiro de observação pré-estruturado e elaborado de acordo com os requisitos básicos para atendimento de portadores de TB descritos no Manual de Diretrizes para o Controle da Tuberculose⁸.

A população do estudo foi composta por enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, assistente social e médicos que atuavam nos 26 Serviços de AB e nos dois serviços de saúde especializados (ATH e SAE). Foram selecionados para o estudo preferencialmente profissionais integrantes da equipe de referência responsável pelas ações de controle da TB nas Unidades de Saúde e também os profissionais que já tinham acompanhado algum caso de TB durante sua atuação que aceitassem participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Apesar do Agente Comunitário de Saúde (ACS) não ser parte integrante da equipe de referência local, dois deles foram incluídos no estudo por sua grande atuação nas ações de controle da Tuberculose. Também foi entrevistada uma assistente social

integrante da Equipe do PCT e com longo tempo de atuação no serviço. Foram excluídos do estudo profissionais que nunca atenderam portadores de TB.

O processo de amostragem foi feito por conveniência envolvendo todos que aceitaram. Houve a recusa de 08 profissionais (06 médicos e 02 auxiliares de enfermagem), os mesmos foram substituídos por novos informantes chave, sendo a amostra final de 100. A coleta de dados ocorreu no período de Setembro de 2013 à Fevereiro de 2014.

Foram realizadas entrevistas com o formulário proposto por *MacCooll Institute for Health Care Innovation*, adaptado e validado no Brasil por Moyses⁹, para a “*avaliação pelos profissionais da capacidade institucional local para desenvolver o modelo de atenção às condições crônicas*” e assim apoiar as equipes para melhorar a atenção a essas condições na comunidade e nos serviços, e na relação com as pessoas usuárias. Este formulário foi adaptado para a atenção à TB a partir das recomendações do Manual de Diretrizes para o Controle da Tuberculose⁸, contendo 36 componentes divididos em sete dimensões avaliativas, sendo estas: I - Organização da atenção à TB, II - Articulação com a comunidade, III - Autocuidado apoiado, IV - Suporte a decisão, V - Desenho do sistema de prestação de serviços, VI - Sistemas de informação clínica e VII - Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB.

A capacidade para a atenção à TB foi avaliada pelas dimensões e seus componentes, utilizando-se uma escala de Likert, aos quais foi atribuída pontuação de 0 a 11, sendo 0 a pior capacidade de atenção à TB e 11 a melhor. De acordo com a pontuação atribuída pelo profissional, as respostas puderam ser qualificadas em 04 níveis:

- **Nível A:** de 9 a 11 pontos – capacidade ótima;

- **Nível B:** de 6 a 8 pontos – capacidade razoável;
- **Nível C:** de 3 a 5 – capacidade básica;
- **Nível D:** de 0 a 2 – capacidade limitada.

Para estabelecer a classificação da capacidade dos serviços de AB para o controle da TB em cada dimensão avaliativa foi utilizada a média das pontuações atribuídas em cada componente.

Os dados coletados foram digitados, armazenados e analisados através do programa *Statistica*, versão 10.0 da Statsoft, onde foram utilizadas técnicas de análise descritiva dos dados (média e Intervalo de confiança de 95%) para o município.

Durante as análises alguns respondentes foram excluídos da amostra em determinados componentes por terem respondido “não sei”, o que justifica as alterações no valor de n durante a análise dos resultados.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP e aprovado sob parecer n.º 313.199, atendendo às recomendações contidas na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Para avaliar a capacidade da Atenção à Tuberculose foram entrevistados 100 profissionais de saúde sendo 56 (56%) Enfermeiros, 18 (18%) médicos, 23 (23%) técnicos ou auxiliares de enfermagem, 1 (1%) Assistente Social e 2 (2%) ACS. Os profissionais estavam distribuídos em 28 Serviços de Saúde sendo que 56 (56%) destes pertenciam a UBSF, 36 (36%) a UBS e 8 (8%) a Serviços Especializados.

O tempo de atuação no Serviço de Saúde foi em média 3,3 anos, Desvio Padrão (DP) = 4,1), sendo que o maior tempo em serviço foi de 17 anos e o menor tempo em um Serviço de Saúde de 2 meses. A mediana do tempo de atuação no Serviço de Saúde entre todos os profissionais foi 1,8 anos.

O profissional com menor tempo de atuação no serviço foi um enfermeiro com 1,7 anos em média, seguido por um profissional médico, 3,3 anos. Os profissionais que estavam há mais tempo nos serviços foram os Agentes comunitários de Saúde com 10 anos em média (DP = 7) e a Assistente Social do ATH (15 anos de atuação).

O município apresentou uma média de Capacidade para a Atenção à TB de 6,7 (DP = 1,1), sendo classificado como razoável. As dimensões em que houve maior capacidade para a Atenção à TB foram a “Organização da Atenção à Tuberculose” (média de 7,7; DP = 1,7) e o “Suporte à Decisão” (média de 7,7; DP = 2,0). Já a “Articulação com a Comunidade” foi o aspecto investigado em que houve menor média (4,7; DP = 2,9) representando uma capacidade básica do município neste sentido (TABELA 1). As médias obtidas em cada componente das sete dimensões estão descritas nos Gráficos 1 a 4..

DISCUSSÃO

No município estudado, anualmente as equipes dos Serviços de Saúde obrigatoriamente devem elaborar o Pacto Anual de Território inspirado pelas Diretrizes do Pacto pela Vida¹⁰, que abrange algumas ações prioritárias com foco na mulher, idosos e crianças, doenças emergentes e endemias como a dengue; hanseníase; tuberculose; malária e influenza, além do fortalecimento da AB e Promoção da Saúde.

A elaboração do pacto, no município, é realizada a partir dos indicadores das áreas de abrangências, que darão subsídios para o planejamento das ações e cumprimento das metas para o próximo ano, o que provavelmente contribuiu para o razoável desempenho dos serviços em relação à atenção a TB.

A organização dos serviços para o cumprimento das ações pactuadas, conta com o envolvimento do profissional enfermeiro, principal referência na assistência e na gerência das ações de controle deste agravo, apesar deste profissional possuir menor tempo nos serviços do município em decorrência da sua recente vinculação à secretaria municipal de saúde via concurso público, muitas vezes sem experiência na rede municipal e até recém-formados.

Este é um aspecto que pode contribuir negativamente com a organização das ações e dos serviços, considerando as lacunas de formação e das ações de educação permanente deste profissional quanto ao manejo da TB¹¹.

Neste sentido, é imprescindível reconhecer que a centralização da assistência à TB em um único profissional é prejudicial, sendo recomendado o envolvimento da equipe de saúde, que deve ser preparada, motivada e sensibilizada para a integração e corresponsabilização entre os diversos pontos de atenção à saúde^{12; 13}.

Além disso, existe a rotatividade dos profissionais, que tem sido cada vez mais constatada em serviços públicos, que prejudica o acompanhamento e coordenação da assistência de doenças crônicas, criando barreiras ao acesso, atraso no diagnóstico e no tratamento, além da dificuldade do estabelecimento do vínculo profissional-usuário-equipe^{12; 14-16}.

Outro aspecto importante da organização da atenção a TB são os benefícios e incentivos, avaliados com desempenho básico, diante do fato do município não

disponibilizar mais a “cesta básica”, que atualmente é ofertada por Instituições religiosas e filantrópicas por meio de esforços demandados pela equipe de saúde, em especial a de enfermagem. Esses incentivos têm sido considerados importantes na adesão ao tratamento da TB e consequente diminuição das taxas de abandono^{17; 18}.

Apesar do empenho da equipe na captação de incentivos, a articulação e parcerias entre serviços de saúde e comunidade e o desenvolvimento de Programas Comunitários obteve o pior desempenho no estudo, assim como observado em outros municípios^{19; 20}. Receber o apoio da comunidade e torná-la parceira no combate à TB é essencial para o empoderamento dos sujeitos nas suas condições de saúde, propiciando maior vinculação ao serviço²¹.

A atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) obteve melhor desempenho na dimensão articulação com a comunidade, apesar de realizarem apenas a busca ativa de faltosos e algumas ações educativas, desconhecendo, no entanto, questões que envolvem o manejo do doente de TB de sua área de abrangência realizadas pelos demais membros da equipe de saúde, o que justifica sua mínima participação no estudo, dado os critérios de inclusão.

Tal situação vem na contramão das propostas de trabalho em equipe e compartilhamento dos saberes no manejo das condições crônicas, ainda que seja preconizada incorporação de estratégias e espaços na comunidade a fim de disseminar a informação e monitorar constantemente a situação de TB por todos os profissionais de saúde^{12; 16; 21}.

Com relação ao razoável desempenho na dimensão suporte a decisão, observou-se o envolvimento entre membros das equipes de saúde que mantém comunicação constante com os profissionais do serviço de referência em TB (PCT), por meio de

reuniões trimestrais e visitas técnicas anuais aos serviços de saúde. Porém, cada profissional trabalha de forma isolada dentro da sua competência técnica, de forma fragmentada, com “justaposição das ações e agrupamento dos agentes”, assumindo uma modalidade de trabalho denominada “equipe agrupamento”²².

Neste contexto, se faz necessária a busca pelo trabalho conjunto, flexibilizando a divisão de trabalho e a autonomia técnica por meio da melhoria da comunicação e valorização entre os diversos saberes, práticas e condutas éticas²².

Uma vez que o desempenho razoável com relação à dimensão Sistemas de informação clínica, apesar da presença de centrais de regulação nos serviços de saúde e prontuário informatizado em processo de implementação, é importante que a equipe se utilize dos instrumentos da coordenação do cuidado para promover o compartilhamento adequado das informações, instrumentos e mecanismos de referência e contra referência bem executados, como também bons registros clínicos das atividades, seja através da informatização de histórias clínicas, centrais de marcação de consultas ou criação de redes com gestão regional e/ou municipal são essenciais neste processo¹².

Ainda existem fragilidades nesta dimensão, decorrentes da alta demanda dos atendimentos que gera sobrecarga de trabalho e encaminhamentos das condições agudas, levando a equipe de saúde a se tornarem meros executores de tarefas determinadas verticalmente pelo Ministério da Saúde e não as realizando voltadas para as necessidades individuais^{5; 21}.

Considerando a dimensão Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB, no local do estudo, existem dificuldades em realizar o adequado suporte individual e integral ao usuário, inclusive quanto a envolvê-lo ativamente na construção e avaliação do seu plano de cuidados, justificados por fragilidades

relacionadas à falta de trabalho em equipe, falta de qualificação profissional permanente, insuficiência de recursos humanos e frágil articulação entre comunidade, profissionais de saúde e gestão pública do sistema de saúde ¹⁹.

Em estudo realizado com gestores, não se identificou aspectos que revelassem sensibilidade dos mesmos quanto ao preparo do doente para receber o diagnóstico de TB, detecção precoce dos casos e construção de projetos terapêuticos singulares, os quais deveriam nortear a organização dos serviços fortalecendo a integralidade e a humanização da assistência. O plano terapêutico deveria ser realizado com flexibilidade, participação ativa do indivíduo e estímulo ao profissional enquanto educador e ao portador de TB como corresponsável por seus cuidados ^{23; 24}.

É importante destacar que na assistência integrada o cliente não precisa repetir sua história e seus exames sem necessidade, não deve ser a única fonte de informação, não ser encaminhado erroneamente para outros níveis de atenção por incapacidade de atendimento no outro nível, dispor de acesso em tempo integral (24 horas) a um provedor de serviços ligados à atenção primária, receber informações claras sobre seu plano de cuidados, ter fácil acesso aos profissionais, dispor de tempo suficiente nas consultas no primeiro nível de atenção, ser contatado para prevenção de complicações, além de receber apoio domiciliar e treinamento em autocuidado para maximizar a autonomia ²⁵.

O empenho da equipe e de gestores torna-se essencial na coordenação da assistência a TB. Deve-se buscar o preparo e sensibilização das equipes para a abordagem humanizada, individual e coordenada.

A integração das ações pode ser alcançada através de trabalho integrado da equipe, parcerias estabelecidas com a comunidade e melhor qualidade do registro de

informações. A rede coordenada de serviços só será efetiva mediante estratégias para qualificar a referência e contra referência e melhoria do fluxo de informações entre Equipe Local e Serviços Especializados, aumentando assim a qualidade da assistência à TB.

Como limitações do estudo podem-se listar a recusa na participação da pesquisa, interrupção da entrevista alegando sobrecarga de trabalho ou não conhecimento acerca do assunto; discrepâncias entre as respostas obtidas e a realidade do cenário de estudo.

JB Almeida participou da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo.

MC Reis participou da coleta, análise e interpretação de dados.

MLSG Santos participou da revisão crítica

TCS Villa e A Ruffino-Netto participaram da concepção, delineamento e revisão crítica.

MAZ Ponce, AD Wysocki e SHF Vendramini participaram da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada;

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. p. 31-53 [acesso em 2014 mar 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf:

2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010 [acesso em 2014 mar 10]; 15(5): 2297-2305. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. p. 19-43. [acesso em 2014 mar 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf
4. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014 [acesso em 2015 set 10]; 19(2): 343-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200343&script=sci_arttext
5. Almeida DB, Melo CMM. Avaliação da gestão na atenção básica nas dimensões da integralidade. *Rev. baiana saúde pública*. 2012 [acesso em 2015 set 10]; 36(3): 816-30. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/557>
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. 2010 [acesso em 2014]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>.
7. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. Painel de monitoramento 2012. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Saúde e Higiene; 2012. [acesso em 2014 mar 10]. Disponível em: www.saude.riopreto.sp.gov.br.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 19-21. [acesso em 2014 mar 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf
9. Moysés ST, Silveira-Filho AD, Moysés SJ. Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: A implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde /Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2012. p. 81-100. [acesso em 2014 mar 10]. Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/11/livro_estudo-de-caso-alvorada.pdf
10. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [acesso em 2014 mar 10]. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>
11. Silva Sobrinho RA, Souza AL, Wysocki AD, Silva LMC, Beraldo AA, Villa TCS. Conhecimento de enfermeiros de unidades de atenção básica acerca da

tuberculose. *Cogitare enferm.* 2014 [acesso em 2015 set 10]; 19(1): 56-69.

Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/263560383_Conhecimento_de_enfermeiros_de_unidades_de_Atencao_Basica_acerca_da_tuberculose

12. Fracolli LA, Zoli ELP, Granja GF, Erme RC. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. *Rev. Esc. Enferm. USP (Online)*. 2011 [acesso em 2015 Set 16]; 45(5): 1135-41. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500015>.
13. Pereira MJB, Abrahão-Curvo P, Fortuna CM, Coutinho SS, Queluz MC, Campos LVO, Fermino TZ, Santos CB. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. *Rev. gaúch. enferm.* 2011 [acesso em 2015 maio 20]; 32(1): 48-55. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100006
14. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010 [acesso em 2015 maio 20]; 15(Supl. 1): 1521-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700064
15. Villa TCS, Ponce MAZ, Wysock AD, Andrade RLP, Arakawa T, Scatolin BE, et al. Diagnóstico oportuno da tuberculose nos serviços de saúde de diversas regiões do Brasil. *Rev. latinoam. enferm. (Online)*. 2013 [acesso em 2015 maio 20]; 21(Spec.): 8 telas. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/52942>
16. Barrêto AJR; Evangelista ALF, Sá LD; Almeida SA; Nogueira JA; Lopes AMC. Gestão do cuidado à tuberculose: da formação à prática do enfermeiro. *Rev. bras. enferm.* 2013 [acesso em 2015 maio 20]; 66(6): 847-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000600006&script=sci_arttext
17. Queiroz EM, Bertolozzi MR. Tuberculose: tratamento supervisionado nas Coordenadorias de Saúde Norte, Oeste e Leste do município de São Paulo. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2010 [acesso em 2015 maio 20]; 44(2): 453-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000200030&script=sci_abstract&tlng=pt
18. Sá LD, Oliveira AAV, Gomes ALC; Nogueira JA, Villa TCS; Collet N. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2012 [acesso em 2015 maio 20]; 46(2): 356-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200013

19. Curto M, Scatena LM, Andrade RLP, Palha PF, Assis EG, Scatolin BE, Villa TCS. Controle da tuberculose: percepção dos doentes sobre orientação a comunidade e participação comunitária. *Rev. latinoam. enferm.* (Online). 2010 [acesso em 2015 maio 20]; 18(5): [08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_20.pdf
20. Sá LD, Gomes ALC, Carmo JB, Souza KMJ, Palha PF, Alves RS et al. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. *Rev. eletrônica enferm.* 2013 [acesso em 2015 maio 20]; 15(1): 103-11. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a12.pdf
21. Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciênc. saúde coletiva.* 2010 [acesso em 2015 maio 20]; 15(Supl. 1): 1533-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700065&script=sci_arttext
22. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. saúde pública.* 2001 [acesso em 2015 maio 20]; 35(1): 103-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102001000100016&script=sci_abstract&tlng=pt
23. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. saúde pública.* 2010 [acesso em 2015 mar 10]; 26(2): 286-98. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200008
24. Assis EG, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM, Cardozo-Gonzales RI, Palha PF, Protti ST et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. *Rev. Esc. Enferm. USP* (Online). 2012 [acesso em 2015 Set 10]; 46(1): 111-8. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/38417/S0080-62342012000100015.pdf?sequence=1>
25. Leatt P, Pink GH, Guerriere M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. *Healthc Pap.* 2000 [acesso em 2015 maio 20]; 1(2): 13-35. Disponível em: <http://www.longwoods.com/content/17216>

FIGURAS DO MANUSCRITO 1

TABELA 1. Classificação da Capacidade do Município nas ações de controle da tuberculose segundo as dimensões avaliativas da integração de ações e serviços de Saúde voltados à Atenção à Tuberculose, São José do Rio Preto, 2013/2014.

Dimensão	Média do Município	Desvio Padrão	Capacidade
I - Organização da atenção à Tuberculose	7,7	1,7	Razoável
II- Articulação com a comunidade	4,7	2,9	Básica
III- Autocuidado apoiado	7,0	2,0	Razoável
IV- Suporte a decisão	7,7	2,0	Razoável
V- Desenho do sistema de prestação de serviços	7,3	1,5	Razoável
VI- Sistemas de informação clínica	6,8	1,4	Razoável
VII- Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB	5,6	1,3	Básica
São José do Rio Preto	6,7	1,1	Razoável

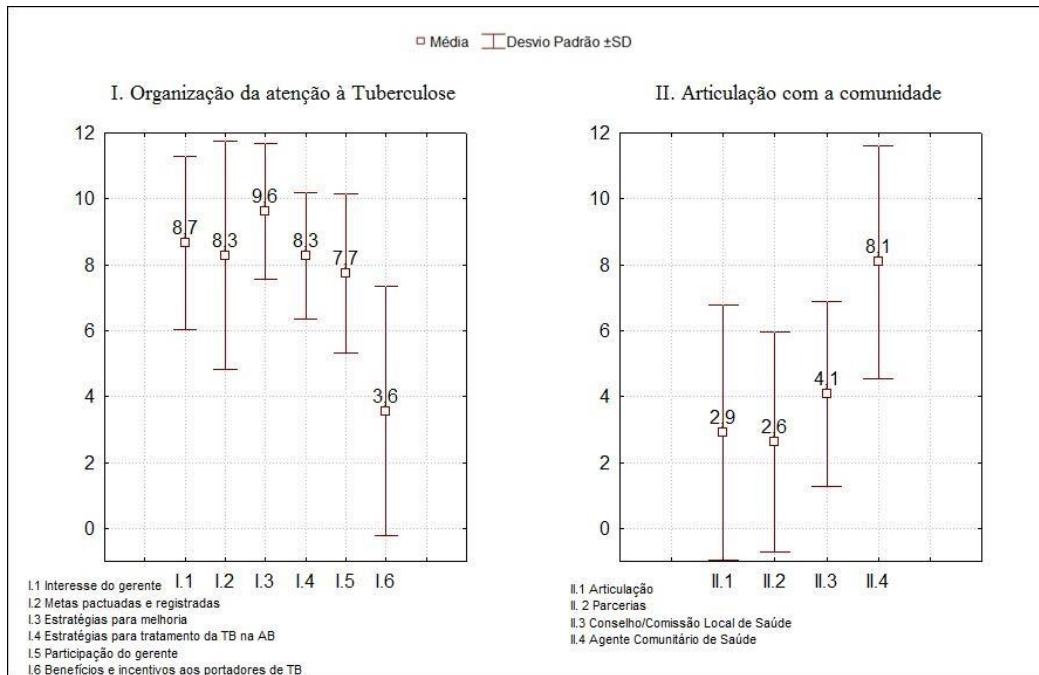


GRÁFICO 1. Capacidade dos serviços de saúde para Organização da Atenção à tuberculose e Articulação com a Comunidade, São José do Rio Preto, 2013/2014.

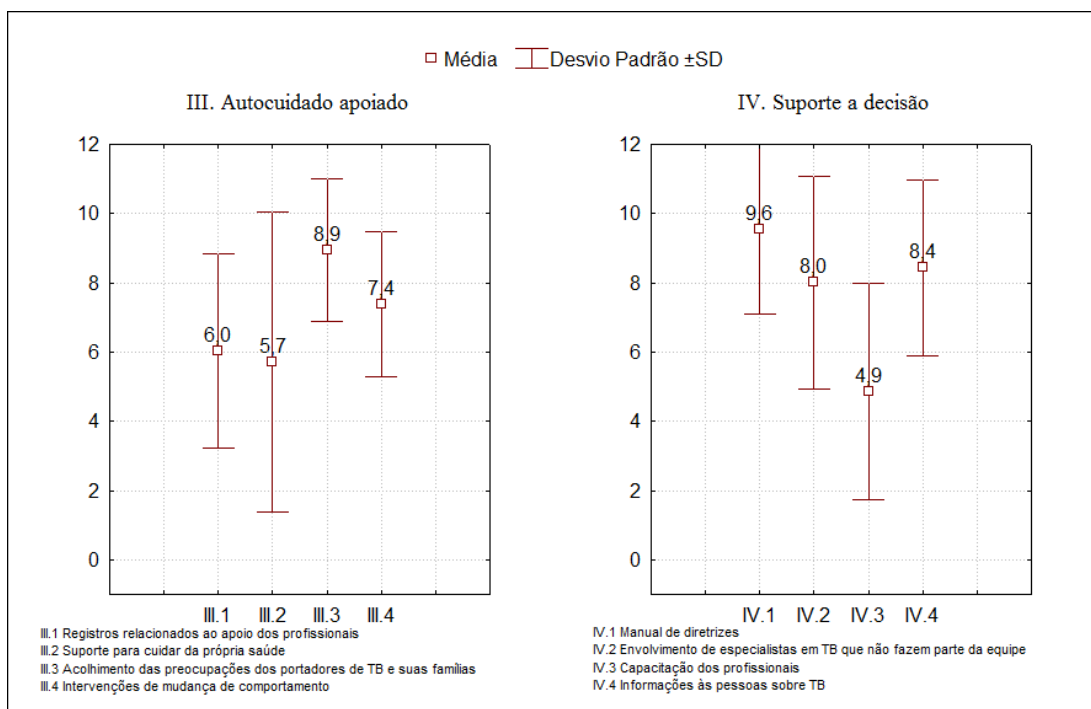


GRÁFICO 2. Capacidade dos serviços de saúde para Autocuidado Apoiado e Suporte à Decisão, São José do Rio Preto, 2013/2014.

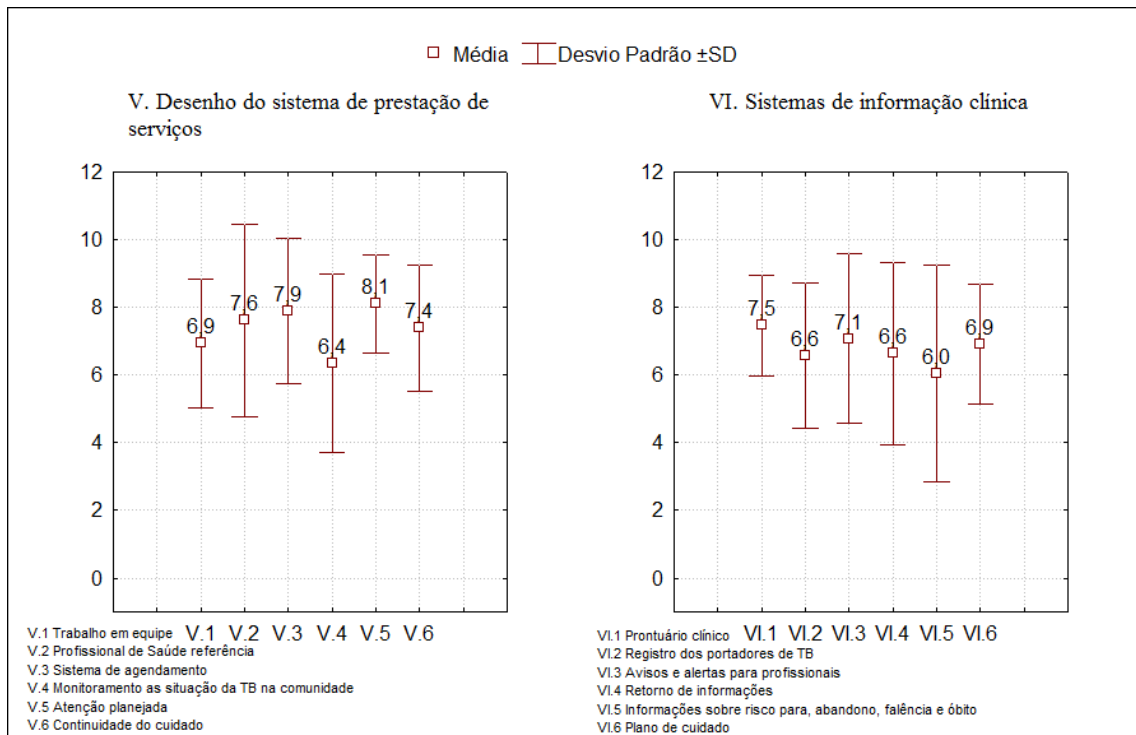


GRÁFICO 3. Capacidade dos serviços de saúde para Desenho do Sistema de Prestação de Serviços e Sistemas de Informação Clínica, São José do Rio Preto, 2013/2014.

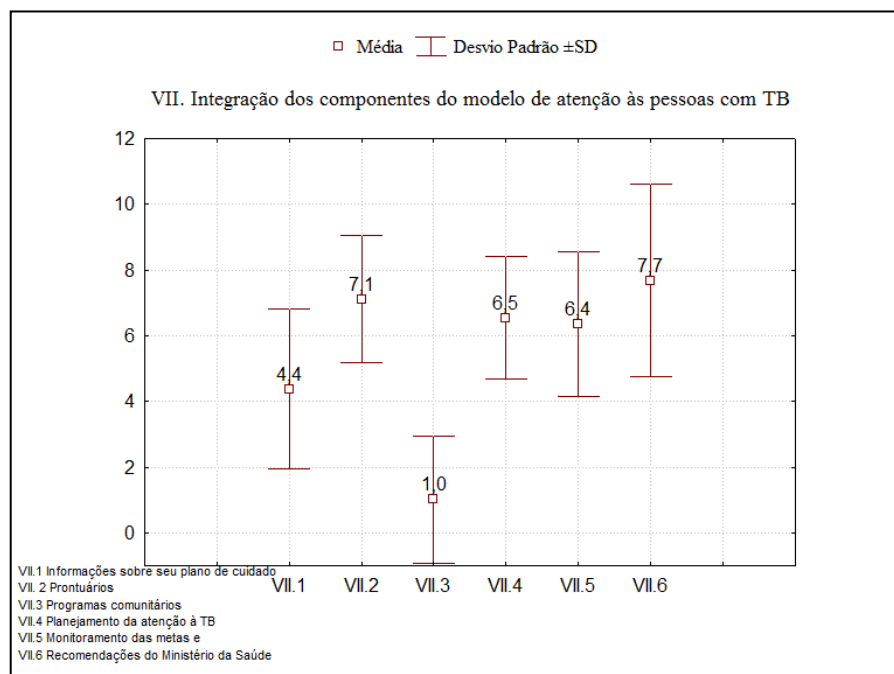


GRÁFICO 4. Capacidade dos serviços de saúde em relação à Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB, São José do Rio Preto, 2013/2014.

2.2 MANUSCRITO 2

**A coordenação da assistência no controle da tuberculose na visão da
equipe de enfermagem**

Assistance coordination in tuberculosis control in vision of nursing team

**Coordinación de asistencia en control de la tuberculosis en la visión de
enfermería del equipo**

Janaina Benatti de Almeida. Enfermeira, Especialista, Programa de Mestrado em Enfermagem, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: janabalmeida@gmail.com

Maria Amélia Zanon Ponce. Enfermeira, Doutora, Docente da Faculdade Ceres - Faceres/ Coordenadora do programa de DST/AIDS de São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: amelinha_famerp@yahoo.com.br

Anneliese Domingues Wysocki. Enfermeira, Pós-Doutora, Docente da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, Uberaba (MG), Brasil. E-mail: lilisew@yahoo.com.br

Maria de Lourdes Sperli Geraldês Santos. Enfermeira, Doutora, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: mlsperli@gmail.com

Silvia Helena Figueiredo Vendramini. Enfermeira, Doutora, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, (SP), Brasil. E-mail: silviahve@gmail.com

Autor responsável pela troca de correspondência

Janaina Benatti de Almeida

Rua Toribio Arroyo Valério, 1186, Jardim Ouro Verde,

São José do Rio Preto (SP)

Brasil

CEP: 15084-200.

Tel: (17) 997878997

Resumo

Objetivo: analisar a coordenação da assistência aos portadores de tuberculose pela equipe de enfermagem. **Método:** estudo epidemiológico, descritivo tipo inquérito, analítico e efetuado de forma transversal. 79 profissionais de enfermagem foram entrevistados com formulário pré-estruturado entre Setembro de 2013 à Fevereiro de 2014, os dados foram analisados com técnicas de análise descritiva e o teste T-Student para grupos independentes. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética (parecer n.º 313.199). **Resultados:** os enfermeiros classificaram a coordenação da assistência mais efetiva que os auxiliares/técnicos de enfermagem, houve diferença estatística das opiniões entre as categorias, principalmente sobre sistemas de informação. **Conclusão:** a coordenação da assistência à tuberculose ainda é frágil e são precisos esforços individuais, da equipe e políticos municipais para que seja atingida a assistência coordenada da tuberculose. **Descritores:** equipe de enfermagem; gestão em saúde; avaliação

de processos (cuidados de saúde); mecanismos de avaliação da assistência à saúde; tuberculose.

Abstract

Objective: to analyze the coordination of assistance to people with tuberculosis by the nursing staff. **Method:** epidemiological study, survey descriptive, analytical and done across the board. 79 nurses were interviewed with the pre-structured form from September 2013 to February 2014, the data were analyzed with descriptive analysis techniques and the T-test for independent groups. The project was approved by the Ethics Committee (Opinion No. 313 199). **Results:** the nurses rated the most effective coordination of assistance to the auxiliary / practical nurses, was no statistical difference of opinions between the categories mainly on information systems. **Conclusion:** the aid tuberculosis coordinating is still fragile and you need individual efforts, team and local politicians to coordinate tuberculosis assistance is reached. **Descriptors:** nursing team; health management; process assessment (health care); health care evaluation mechanisms, tuberculosis.

Resumen

Objetivo: analizar la coordinación de la asistencia a las personas con tuberculosis por el personal de enfermería. **Método:** estudio epidemiológico, estudio descriptivo, analítico y hecho todos los ámbitos. 79 enfermeras fueron entrevistados con el formulario de pre-estructurado a partir de septiembre 2013-febrero 2014, los datos fueron analizados con técnicas de análisis descriptivos y el T-test para grupos independientes. El proyecto fue aprobado

por el Comité de Ética (Dictamen N ° 313 199). **Resultados:** las enfermeras clasificado el coordinación más eficaz de la asistencia a los auxiliares de enfermería / prácticos , hubo diferencia estadística de opiniones entre las categorías , principalmente en los sistemas de información. **Conclusión:** la tuberculosis coordinación de la ayuda sigue siendo frágil y que necesita esfuerzos individuales, de equipo y de los políticos locales para coordinar la asistencia de la tuberculosis se alcanza. **Descriptor:** grupo de enfermería; gestión en salud; evaluación de proceso (atención de salud), mecanismos de evaluación de la atención de salud, tuberculosis.

Introdução

O conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS) tenta redefinir a forma como a assistência à saúde está organizada, caracterizando-se como uma formação polierárquica de um conjunto de serviços, com uma missão única, objetivos comuns e ação cooperativa e interdependente, coordenada pela Atenção Básica (AB) e em que os pontos de atenção se relacionam horizontalmente e são igualmente importantes.¹ A AB como coordenadora da RAS precisa ser capaz de garantir a continuidade da atenção ao doente no sistema de saúde, assegurando a provisão de insumos, recursos, o fluxo de informações dos usuários e articulando-se intra e extra-setorialmente.^{2,3}

Na atenção à Tuberculose (TB) a coordenação da assistência faz-se essencial, já que o grande problema não é a forma de detecção e tratamento e sim como os serviços se organizam para fazê-lo.² A equipe de enfermagem tem papel primordial para o alcance da efetiva coordenação da assistência, já

que na prática diária das ações de controle da TB executa tanto atividades assistenciais e de promoção à saúde como as administrativas e gerenciais.

Neste contexto, destaca-se a centralização de ações no enfermeiro, que é o maior responsável pela manutenção da articulação com os diversos pontos de atenção na assistência à TB, centralizando em si atividades de monitoramento, controle e sistema de informações, o que gera sobrecarga de trabalho e até diminuição da qualidade e resolutividade das assistência e ineficiência desta coordenação.⁴⁻⁶

Sendo a equipe de enfermagem a mais envolvida nos aspectos relacionados à coordenação do cuidado em TB, faz-se essencial utilizá-la como população do estudo, já que possibilita uma visão abrangente das potencialidades e fragilidades do processo integração das ações e serviços, as quais se efetivas possibilitam o controle e combate da Tuberculose, problema de saúde ainda prevalente e de difícil controle. Para tanto este estudo tem como objetivo analisar a coordenação da assistência aos portadores de TB pela equipe de enfermagem.

Método

Foi realizado estudo epidemiológico, descritivo tipo inquérito, analítico e efetuado de forma transversal, integrante do projeto multicêntrico intitulado *“Tuberculose: análise dos pontos de estrangulamento da atenção para controle da doença em municípios das regiões sul, sudeste e nordeste do Brasil”* (CNPq processo número: Chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE-Decit Nº 40/2012 - Pesquisa em Doenças Negligenciadas e FAPESP processo número: 2013/22512-3), do qual São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil fez parte.

O município tem população de 408.258 habitantes⁷ e o sistema de saúde é composto por 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 15 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), a cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) era de 28% em 2013.⁸

As ações do programa da TB são descentralizadas para os serviços de saúde da AB desde 2008 e contam com uma equipe de referência responsável pelas ações de controle da TB em cada Unidade de Saúde do Município. Esta equipe foi estabelecida pelo Programa de Controle da Tuberculose (PCT), sendo composta por 1 médico, 1 enfermeiro e 1 auxiliar/técnico de enfermagem.

Após o diagnóstico e início do tratamento, o portador da doença é acompanhado no próprio Serviço de Saúde de sua área de abrangência e realiza o Tratamento Diretamente Observado (TDO) três vezes por semana, preferencialmente no Serviço de Saúde ou no domicílio (em caso de impossibilidade de comparecer ao serviço, por imobilidade física ou não adesão ao tratamento). Os casos extrapulmonares, recidivas, retratamento, co-infecção e resistência medicamentosa ou outro aspecto específico de complexidade são encaminhados para os serviços especializados, sendo eles: 01 Ambulatório de Tuberculose e Hanseníase - ATH e 01 Serviço de Atendimento Especializado - SAE (referência para coinfeção TB/HIV).

No Ambulatório de Tuberculose e Hanseníase (ATH) são desenvolvidas também as ações do Programa de Controle à Tuberculose (PCT), compartilhando a mesma estrutura física e equipe, que realiza tanto ações

assistenciais especiais como o apoio técnico aos serviços de saúde e ações de Vigilância Epidemiológica (VE).

A comunicação entre os serviços (encaminhamento de casos, agendamento de consultas) dá-se por guia de referência e contra referência e por ligações telefônicas que, segundo fluxo estabelecido pela gerência dos serviços, devem ser registradas em prontuário.

Existem ainda, reuniões trimestrais entre Secretaria de Saúde Local e equipe de referência em TB das Unidades de Saúde para discussão de casos, e na maioria das vezes conta somente com a presença do enfermeiro, justificado pela sobrecarga de trabalho dos demais profissionais nos serviços. Também acontecem reuniões da equipe local nos próprios Serviços de Saúde, diária ou semanalmente com a mesma finalidade. São realizadas visitas institucionais em cada Serviço de Saúde pela equipe do PCT uma vez ao ano, visando análise da qualidade das ações e serviços da equipe de referência das Unidades de Saúde.

Para descrever o cenário no presente estudo, foi utilizado roteiro de observação pré-estruturado e elaborado de acordo com os requisitos básicos para atendimento de portadores de TB descritos no Manual de Diretrizes para o Controle da Tuberculose.⁹

A população do estudo foi composta por enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem que atuavam nos 26 Serviços de AB e nos dois serviços de saúde especializados (ATH e SAE). Foram selecionados para o estudo preferencialmente profissionais integrantes da equipe de referência responsável pelas ações de controle da TB nas Unidades de Saúde e também

os profissionais que já tinham acompanhado algum caso de TB durante sua atuação que aceitassem participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos do estudo profissionais que nunca atenderam portadores de TB.

O processo de amostragem foi feito por conveniência envolvendo todos que aceitaram. Houve a recusa de 02 auxiliares de enfermagem e os mesmos foram substituídos por novos informantes chave, sendo a amostra final de 79. A coleta de dados ocorreu no período de Setembro de 2013 à Fevereiro de 2014.

Foram realizadas entrevistas com o formulário proposto por *MacCool Institute for Health Care Innovation*, adaptado e validado no Brasil por Moyses¹⁰, para a “*avaliação pelos profissionais da capacidade institucional local para desenvolver o modelo de atenção às condições crônicas*” e assim apoiar as equipes para melhorar a atenção a essas condições na comunidade e nos serviços, e na relação com as pessoas usuárias. Este formulário foi adaptado para a atenção à TB a partir das recomendações do Manual de Diretrizes para o Controle da Tuberculose⁹, contendo 36 componentes divididos em sete dimensões avaliativas, sendo estas: I - Organização da atenção à TB, II - Articulação com a comunidade, III - Autocuidado apoiado, IV - Suporte a decisão, V - Desenho do sistema de prestação de serviços, VI - Sistemas de informação clínica e VII - Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB.

A capacidade para a coordenação da assistência à TB foi avaliada pelas dimensões e seus componentes, utilizando-se uma escala de Likert, aos quais

foi atribuída pontuação de 0 a 11, sendo 0 a pior capacidade de atenção à TB e 11 a melhor. De acordo com a pontuação atribuída pelo profissional, as respostas puderam ser qualificadas da seguinte forma:

- Capacidade Ótima: média entre 9 e 11 pontos - NÍVEL A;
- Capacidade Razoável: média entre 6 e 8 - NÍVEL B;
- Capacidade Básica: média entre 3 e 5 - NÍVEL C;
- Capacidade Limitada: média entre 0 e 2 - NÍVEL D.

Para estabelecer a classificação da capacidade dos serviços de AB para o controle da TB em cada dimensão avaliativa foi utilizada a média das pontuações atribuídas em cada componente.

Os dados coletados foram digitados, armazenados e analisados através do programa *Statistica*, versão 10.0 da Statsoft, onde foram utilizadas técnicas de análise descritiva dos dados (média e desvio padrão - DP) e o teste T-Student para grupos independentes com intervalo de confiança de 95%.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP e aprovado sob parecer n.º 313.199, atendendo às recomendações contidas na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Foram entrevistados 79 profissionais de enfermagem, sendo dentre estes 23 auxiliares ou técnicos de enfermagem (29,1%) e 56 enfermeiros (70,9%). Os auxiliares ou técnicos de enfermagem tinham mais tempo em

serviço que os enfermeiros, sendo em média 6,3 anos (DP = 5,2) enquanto os enfermeiros apresentavam 1,7 anos em média (DP = 1,8).

Após análise da coordenação da assistência à TB pelas categorias profissionais da equipe de enfermagem observou-se diferença estatisticamente significativa entre enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem em relação ao papel do Conselho Local de Saúde na Atenção aos portadores de TB ($p = 0,025$), ao acolhimento das preocupações dos portadores de TB e suas famílias ($p = 0,007$), onde os enfermeiros analisaram como melhor a capacidade da equipe.

Na dimensão IV - Suporte a decisão, observou-se diferença significativa em quase todos os componentes, exceto no componente Informação às pessoas sobre TB. Quanto ao retorno de informações dos portadores de TB, ou seja, a contra referência, observou-se que os enfermeiros classificaram esta mais efetiva que os técnicos/auxiliares de enfermagem, onde houve diferença significativa entre os respondentes ($p = 0,029$). Todos os resultados segundo categoria profissional e dimensões avaliativas estão descritos nas TABELAS 1 e 2.

TABELA 1. Análise da Coordenação da Assistência ao portador de TB segundo Organização da Atenção à TB, Articulação com a Comunidade, Autocuidado Apoiado e Suporte à Decisão por categoria profissional, São José do Rio Preto, 2013-2014

DIMENSÃO AVALIATIVA	ENFERMEIRO		TÉCN./AUX. ENFERMAGEM		p
	Média	DP	Média	DP	
I - ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À TB	7,8	1,8	7,6	1,1	0,667
1. Interesse do gerente do Serviço de Saúde em relação às	8,9	2,8	8,6	1,8	0,604

mudanças na atenção à TB					
2. Metas pactuadas e registradas pelo Serviço de Saúde para o controle da TB na área de abrangência	8,9	3,3	7,2	3,7	0,053
3. Estratégias para melhoria da atenção à TB	9,6	2,2	10,0	1,5	0,493
4. Estratégias para que a Atenção Primária à Saúde seja o local para o tratamento da TB	8,4	1,7	7,9	2,2	0,258
5. Participação do gerente do Serviço de Saúde para melhoria da atenção à TB	7,5	2,7	8,4	1,4	0,136
6. Benefícios e incentivos aos portadores de TB.	3,4	3,8	3,5	3,7	0,947
<hr/>					
II - ARTICULAÇÃO COM A COMUNIDADE	4,8	2,8	3,8	2,9	0,168
7. Articulação do Serviço de Saúde e portadores de TB com as organizações da comunidade	3,5	4,0	1,8	3,5	0,110
8. Parcerias com organizações da comunidade para o controle da TB	3,0	3,4	1,9	3,3	0,245
9. Conselho/Comissão Local de Saúde	4,7	3,0	2,8	2,0	0,025
10. Agente Comunitário de Saúde	8,3	3,5	7,5	3,7	0,356
<hr/>					
III - AUTOCUIDADO APOIADO	7,4	1,9	6,4	2,4	0,067
11. Registros relacionados ao apoio dos profissionais no Serviço de Saúde para o portador de TB cuidar da própria saúde	6,4	2,7	5,6	3,1	0,301
12. Suporte para que os portadores de TB cuidem da própria saúde	6,6	4,3	4,9	4,1	0,122
13. Acolhimento das preocupações dos portadores de TB e suas famílias	9,4	1,4	7,9	3,1	0,007
14. Intervenções de mudança de comportamento de portadores de TB	7,2	2,5	7,5	1,4	0,532
<hr/>					
IV - SUPORTE A DECISÃO	8,4	1,7	6,6	2,1	^{<} 0,001
15. Manual de diretrizes para o controle da TB no Serviço Unidade de Saúde	10,2	1,3	7,6	4,0	<0,001
16. Envolvimento de especialistas em TB que não fazem parte da equipe no apoio aos profissionais de	8,6	2,9	6,9	3,2	0,032

<i>saúde do Serviço</i>					
17. Capacitação dos profissionais de saúde para a atenção à TB	5,6	3,0	3,5	3,2	0,008
18. Informações às pessoas sobre TB	9,0	2,2	8,5	2,3	0,321

Legenda: Capacidade Ótima: média entre 9 e 11 pontos - NÍVEL A; Capacidade Razoável: média entre 6 e 8 - NÍVEL B; Capacidade Básica: média entre 3 e 5 - NÍVEL C; Capacidade Limitada: média entre 0 e 2 - Nível D.

TABELA 2. Análise da Coordenação da Assistência ao portador de TB segundo Desenho do Sistema de Prestação de Serviços, Sistema de Informação Clínica e Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às pessoas com TB por categoria profissional, São José do Rio Preto, 2013-2014

DIMENSÃO AVALIATIVA	ENFERMEIRO		TÉCN./AUX. ENFERMAGEM		p
	Média	DP	Média	DP	
V - DESENHO DO SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	7,6	1,3	7,2	1,6	0,259
19. Trabalho em equipe para o controle da TB	7,1	1,8	6,8	2,2	0,635
20. Profissional de Saúde do próprio Serviço que é referência para o desenvolvimento de ações de controle da TB	8,2	2,5	7,3	3,12	0,216
21. Sistema de agendamento para o tratamento da TB	8,0	2,2	8,0	1,9	0,907
22. Monitoramento as situação da TB na	6,6	2,6	6,2	2,6	0,523

comunidade					
23. Atenção planejada para o controle da TB	8,4	1,3	8,2	1,3	0,717
24. Continuidade do cuidado ao portador de TB	7,5	1,8	7,6	1,7	0,828
VI - SISTEMAS DE INFORMAÇÃO CLÍNICA	7,0	1,3	6,7	1,4	0,348
25. Prontuário clínico	7,6	1,6	7,3	1,2	0,574
26. Registro dos portadores de TB	7,1	1,7	6,4	2,2	0,138
27. Avisos e alertas para profissionais de saúde emitidos pela Vigilância Epidemiológica, laboratórios, etc.	7,0	2,4	7,4	2,4	0,482
28. Retorno de informações	7,2	2,0	5,8	3,4	0,029
29. Informações sobre portadores de TB em risco para, abandono, falência e óbito	6,1	3,1	6,3	3,2	0,818
30. Plano de cuidado para os portadores de TB	6,9	1,7	6,8	1,6	0,909
VII - INTEGRAÇÃO DOS COMPONENTES DO MODELO DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM TB					
31. Informações aos portadores de TB em relação ao seu plano de cuidado	4,3	2,3	4,7	2,7	0,583
32. Prontuários	7,1	2,1	7,2	1,5	0,766
33. Programas comunitários (ONGs,	1,3	2,2	0,6	1,4	0,201

centros comunitários, igrejas, pastorais, etc.)					
34. Planejamento da atenção à TB no Serviço de Saúde que o doente de TB realiza o tratamento	6,6	1,9	6,0	2,0	0,251
35. Monitoramento das metas e do plano de cuidado para os portadores de TB,	6,4	2,0	6,5	2,3	0,861
36. Recomendações do Ministério da Saúde para o controle da TB	7,8	3,2	8,0	2,4	0,796

Legenda: Capacidade Ótima: média entre 9 e 11 pontos - NÍVEL A; Capacidade Razoável: média entre 6 e 8 - NÍVEL B; Capacidade Básica: média entre 3 e 5 - NÍVEL C; Capacidade Limitada: média entre 0 e 2 - Nível D.

Discussão

O cuidado à tuberculose (TB) na Atenção Básica (AB) requer abordagem multiprofissional, de forma coordenada e cuja operacionalização esteja baseada em relações que envolvem pessoas, tecnologia e recursos.^{6,11} A equipe precisa ter consenso das ações prestadas ao indivíduo, sintonia de decisões, clareza dos objetivos propostos e devem partilhar as responsabilidades, considerando que todos os profissionais tem a mesma importância.¹²

A esta equipe dá-se o nome de equipe integração, onde os saberes são compartilhados e há troca de experiências e o trabalho acontece de forma interdisciplinar.¹² Diferentemente do que ocorre no local de estudo e em

outros locais^{6,11,13-15} onde os profissionais trabalham de forma fragmentada, com abordagem médico-centrada e conseqüente ausência de autonomia dos demais profissionais, ainda contando com a divergência de objetivos e “alienação” das situações do processo de trabalho da Instituição que fazem parte.

Como observado na caracterização do local da equipe que acompanha os casos de TB, a equipe de enfermagem é a que assume a maior parte das atividades propostas pelo Programa de Controle da Tuberculose (PCT) do Ministério da Saúde que não seja diagnóstico e prescrição de ações individuais, mesmo sendo preconizado que toda a equipe deve participar não só do atendimento clínico individual como também de ações de promoção e prevenção da saúde e do monitoramento da situação de TB na comunidade, através da busca ativa de sintomáticos respiratórios, vigilância epidemiológica, registros adequados das ações entre outras.^{6,11,16}

Dentro da equipe de enfermagem do município ainda há fragmentação do cuidado, já que o enfermeiro é responsável pela solicitação de baciloscopia, orientação dos doentes/comunicantes, articulação com outros serviços, realiza a supervisão do TDO e realiza atendimento clínico individual quando necessário. O auxiliar/técnico de enfermagem, na maioria das vezes, realiza somente a supervisão do TDO na própria unidade de saúde, ficando a maior parte das atividades “burocráticas” a cargo do enfermeiro, o que gera sobrecarga de trabalho e conseqüente estresse e desmotivação do profissional, quadro este observado em vários estudos.^{4-6,14,17} que abordavam a equipe de enfermagem no desenvolvimento de atividades de controle da TB.

Este quadro é observado nos resultados deste estudo, onde alguns aspectos investigados sobre a coordenação do cuidado tiveram diferenças estatísticas entre as médias obtidas pelas respostas de enfermeiros e as dos auxiliares/técnicos de enfermagem, principalmente no que diz respeito a ações não relacionadas à assistência direta do portador de TB.

Os auxiliares/técnicos de enfermagem afirmaram que o Conselho/Comissão Local de Saúde tinha mais envolvimento nas decisões das ações de controle da TB do que os enfermeiros, sendo que no reconhecimento do cenário de estudo observou-se participação quase nula deste importante instrumento para a participação comunitária, mesmo diante das recomendações do Ministério da Saúde para que a comunidade defendesse as causas e se mobilizasse para extinguir a doença de circulação populacional.¹⁸

O mesmo foi observado durante o estudo em relação às atividades cotidianas que não envolvessem a assistência direta ao portador de TB como acolhimento das preocupações dele e seus familiares, uso do Manual de Diretrizes na prática diária, envolvimento de especialistas que não fazem parte da equipe, participação em capacitações para a atenção à TB e retorno de informações, descrito como alguns dos causadores de sobrecarga de trabalho do enfermeiro.

Os profissionais enfermeiros acabam assumindo simultaneamente as ações de supervisão, gerenciamento de recursos, insumos e cuidados, além do planejamento e contato com os diferentes recursos da comunidade para realização de ações de promoção à saúde, o que complementa a ideia de

divisão de tarefas e fragmentação da assistência, além de torna-se queixa destes profissionais que se sentem desigualmente sobrecarregados de atividades em relação aos outros profissionais.^{4,5}

Além das determinações do gerentes dos serviços de saúde, percebe-se que o enfermeiro acaba absorvendo espontaneamente atividades de outros profissionais, principalmente devido à sua formação com enfoque também gerencial e administrativo, o que impede que o mesmo reconheça a necessidade do trabalho do outro e de divisão de tarefas, levando ao cansaço, desgaste e esgotamento.^{5,6,14}

Diante da sobrecarga de trabalho é preciso reconhecer a necessidade de capacitações dos demais membros da equipe como forma de compartilhamento de saberes, visto que nenhum profissional dispõe da totalidade de recursos e competências necessárias para a solução exclusiva dos problemas de saúde.¹⁵

Esta capacitação não precisa acontecer somente a partir do nível central, como acontece no cenário do estudo, mas precisa acontecer com a contribuição dos membros da equipe local, inclusive o enfermeiro que é um dos únicos profissionais convidados para participar destes treinamentos e que deveria capacitar a equipe de enfermagem quanto aos aspectos assistenciais e burocráticos relacionados à assistência à TB.

A capacitação dos profissionais de saúde torna-se necessária para diagnóstico precoce, facilidade de identificação de sintomáticos respiratórios na comunidade, aumento da resolutividade das equipes, facilitando a

cooperação com especialistas, a confiança com a população e desenvolvimento de novas atribuições.^{3,19,20}

Uma equipe capacitada, com divisão justa de tarefas e responsabilidades cria não somente resolutividade das ações e interdisciplinaridade, como uma assistência integral e coordenada, ou seja, capaz de garantir a continuidade da atenção e a integralidade, tanto vertical (entre os diversos pontos de atenção) como horizontal (articulação entre a equipe, serviços de saúde e equipamentos sociais).²¹

A integralidade também inclui interações que acontecem entre o usuário e os profissionais, o que demanda esforços tanto da equipe como da gestão, compreendendo desde aspectos que envolvam regulações políticas do setor quanto o olhar para o sujeito - usuário dentro de uma lógica de atendimento que considere o cuidado nas mais diversas dimensões do ser humano. Ela pode ser definida a partir de três conjuntos de sentidos: relacionados às práticas dos profissionais, à organização dos serviços e à abrangência das políticas de saúde.^{15,22,23}

A equipe de saúde possibilita a coordenação do cuidado quando busca a integralidade da assistência, através da disseminação e troca de conhecimentos sobre a referência e contra referência entre os diversos pontos das redes de atenção à saúde e também na troca de conhecimento entre os diversos profissionais, sejam eles de caráter da assistência direta ao portador de TB como também em relação aos diversos processos administrativos das atividades diárias, possibilitando a ampliação dos saberes e capacitando assim

os mesmo para uma prática interdisciplinar, resolutiva e com equidade de funções.

Como limitações do estudo podem-se listar a recusa na participação da pesquisa, interrupção da entrevista alegando sobrecarga de trabalho ou não conhecimento acerca do assunto; discrepâncias entre as respostas obtidas e a realidade do cenário de estudo.

Conclusão

A coordenação da Atenção à TB mostra-se bastante frágil na visão da equipe de enfermagem, visto que a equipe desta categoria ainda trabalha de forma fragmentada, com dificuldades de abordagem integral e ainda, durante a análise dos dados apresenta diferenças estatísticas entre as respostas de enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Os enfermeiros mostraram-se centralizadores da maioria das atividades que envolvam comunicação com outros setores e níveis de atenção, ficando a cargo dos auxiliares/técnicos de enfermagem somente as condutas assistenciais. Essa centralização do trabalho gera estresse ocupacional, sobrecarga e falta de trabalho interdisciplinar e fere ainda o princípio da integralidade horizontal da assistência.

São precisos esforços individuais, da equipe e políticos municipais para que seja atingida a assistência coordenada de TB. A divulgação dos resultados de estudos como este possibilitam conhecimento da realidade local e traçar estratégias de melhorias.

Participação dos autores

JBA realizou a concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

MAZP e ADW participaram da análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

MLSGS participou da redação e revisão crítica.

SHFV participou da concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

Agradecimentos

Agradecemos aos profissionais de enfermagem do município de São José do Rio Preto que apesar da sobrecarga de trabalho relatada contribuíram com a pesquisa, proporcionando informações que subsidiarão estratégias futuras para melhoria da Atenção à Tuberculose.

Referências

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010 [acesso em 2014 mar 10]; 15(5): 2297-2305. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>
2. Assis EG, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM, Cardozo-Gonzales RI, Palha PF, Protti ST et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. *Rev. Esc. Enferm. USP (Online)*. 2012 [acesso em 2015 Set 10]; 46(1): 111-8. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/38417/S0080-62342012000100015.pdf?sequence=1>

3. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev. panam. salud pública (Online)*. 2011 [acesso em 2015 Set 10]; 29(2): 84-95. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892011000200003>.
4. Caliari JS, Figueiredo RM. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. *Acta paul. enferm. (Online)*. 2012 [acesso em 2015 Set 10]; 25(1): 43-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000100008>.
5. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. *Rev. saúde pública (Online)*. 2010 [acesso em 2015 set 10]; 44(3): 520-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000011>.
6. Sá LD, Oliveira AAV, Gomes ALC; Nogueira JA, Villa TCS; Collet N. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2012 [acesso em 2015 maio 20]; 46(2): 356-63. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200013

7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. 2010 [acesso em 2014]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>.

8. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. Painel de monitoramento 2012. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Saúde e Higiene; 2012. [acesso em 2014 mar 10]. Disponível em: www.saude.riopreto.sp.gov.br.

9. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 19-21. [acesso em 2014 mar 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf

10. Moysés ST, Silveira-Filho AD, Moysés SJ. Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: A implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2012. p. 81-100. [acesso em 2014 mar 10].

Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/11/livor_estudo-de-caso-alvorada.pdf

11. Trigueiro JVS, Nogueira JA, Sá LD, Palha PF, Villa TCS, Trigueiro DRSG.

Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. *Rev. latinoam. enferm.* (Online). 2011 [acesso em 2015 Set 10]; 19(6): 1289-96. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000600003>.

12. Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da

Família? *Ciênc. saúde coletiva*. 2010 [acesso em 2015 maio 20]; 15(Supl. 1): 1533-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700065&script=sci_arttext

13. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP,

Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010 [acesso em 2015 maio 20]; 15(Supl. 1): 1521-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700064

14. Silva DM, Nogueira JA, Sá LD, Wysocki AD, Scatena LM, Villa TCS. Avaliação de desempenho de serviços da atenção básica para o tratamento da tuberculose. *Rev. Esc. Enferm. USP (Online)*. 2014 [acesso em 2015 Set 10]; 48(6): 1044-53. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000700012>.
15. Hino P, Takahashi, RF, Bertolozzi MR, Villa TCS, Egry EY. Family health team knowledge concerning the health needs of the people with tuberculosis. *Rev. latinoam. enferm. (Online)*. 2012 [acesso em 2015 Set 10]; 20(1): 44-51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100007>.
16. Santos TMMG, Nogueira LT, Santos LNM, Costa CM. O acesso ao diagnóstico e ao tratamento de Tuberculose em uma capital do nordeste brasileiro. *Rev. enferm. UERJ*. 2012 [acesso em 2015 Set 10]; 20(3): 300-5. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n3/v20n3a03.pdf>
17. Silva Sobrinho RA, Souza AL, Wysocki AD, Silva LMC, Beraldo AA, Villa TCS. Conhecimento de enfermeiros de unidades de atenção básica acerca da tuberculose. *Cogitare enferm.* 2014 [acesso em 2015 set 10]; 19(1): 56-69. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/263560383_Conhecimento_de_enfermeiros_de_unidades_de_Atencao_Basica_acerca_da_tuberculose

18. Sá LD, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa TCS, Souza KMJ, Palha PF. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na saúde da família. *Rev. latinoam. enferm.* (Online). 2011 [acesso em 2015 Set 10]; 19(2): [09telas]. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_22.pdf

19. Loureiro RB, Villa TCS; Ruffino-Netto A, Peres RL, Braga J; Zandonade E et al. Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município de Vitória, ES, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2014 [acesso em 2015 Set 10]; 19(4): 1233-44. Disponível em:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63030543024>

20. Rosado CS, Godínez LL, Ranero VM. Evaluación del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en Bauta. *Rev. cuba. hig. epidemiol.* (Online). 2014 [acesso em 2015 Set 10]; 52(1): 98-105. Disponível em:
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032014000100009&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032014000100009&lng=es)

21. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de

atenção: uma revisão integrativa. Ciênc. saúde coletiva. 2014 [acesso em 2015 set 10]; 19(2): 343-52. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200343&script=sci_arttext

22. Oliveira IC, Jesus GJ, Pinto PFPS, Balderrama P, Cury MRCO, Silvia Helena Figueiredo Vendramini SHF. Tuberculosis control: evaluation of the nursing team on the framework of health services. J Nurs UFPE on line. 2012 [acesso em 2015 set 10]; 6(9): 2145-53. Disponível em:
<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/2580>

23. Brunello MEF, Magnabosco GT, Arakawa T, Andrade RL, Villa TCS. Nursing Approach to the Control of Tuberculosis: Scientific Publications (2002-2011). International Journal of Research in Nursing. 2013 [acesso em 2015 set 10]; 3(2): 30-7. Disponível em:
<http://thescipub.com/html/10.3844/ijrnsp.2012.30.37>

CONCLUSÕES

A integração de ações e serviços do município é considerada razoável e apresenta diversas fragilidades, principalmente em aspectos relacionados à intersectorialidade, principalmente em relação à articulação com a comunidade. Ainda, existe uma centralização no enfermeiro que acaba por assumir sozinho ações “burocráticas” e de referência e contra referência com outros níveis de atenção.

Percebe-se a necessidade de envolvimento individual da equipe, das políticas públicas, para juntos atuarem de forma integrada. A coordenação da assistência deve ser conjunta, envolvendo todos os atores nas ações de combate à tuberculose, aumento assim a qualidade do trabalho e diminuindo a sobrecarga e baixa resolutividade.

Atualmente observa-se um maior olhar para a avaliação de serviços, saindo da lógica biologicista das pesquisas e partindo para a investigação de aspectos que não envolvam a assistência em si, mas sim o processo de trabalho para realizá-la. Somente assim será possível identificar as dificuldades atuais do Programa de Controle da Tuberculose e traçar estratégias para sua melhoria.

Como limitações do estudo foi observada a recusa de profissionais para participar do mesmo, alegando sobrecarga de trabalho, também algumas entrevistas foram interrompidas por este mesmo motivo. Além disso, notaram-se discrepâncias entre as respostas obtidas e a realidade do cenário de estudo, fortalecendo ainda mais o quadro de “alienação” dos profissionais envolvidos com a assistência ao portador de TB.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. p. 31-53 [acesso em 2014 mar 10]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf:
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010 [acesso em 2014 mar 10]; 15(5): 2297-2305. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>
3. Brito SK, Bezerra AFB, Tanaka OY. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. *Interface comun. saúde educ.(Online)*. 2012 [acesso em 2015 jul 15]; 16(40): 249-60. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000014>
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 19-21. [acesso em 2014 mar 10]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculos_e_brasil.pdf
5. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. Painel de monitoramento 2012. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Saúde e Higiene; 2012. [acesso em 2014 mar 10]. Disponível em: www.saude.riopreto.sp.gov.br.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica : protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 11. [acesso em 2015 jul 15]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf
7. Organização Mundial de Saúde World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2014. p. 133-4 [acesso em 2015 jul 15]. Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf
8. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos. Brasília: CONASS; 2009. p. 15-23 [acesso em 2015 jul 15]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_20_anos_conass_2009.pdf
9. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev. panam. salud pública (Online)*. 2011 [acesso em 2015 Set 10]; 29(2): 84-95. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892011000200003>.
10. Assis EG, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM, Cardozo-Gonzales RI, Palha PF, Protti ST et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. *Rev. Esc.*

- Enferm. USP (Online). 2012 [acesso em 2015 Set 10]; 46(1): 111-8. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/38417/S0080-62342012000100015.pdf?sequence=1>
11. Marquieviz J, Alves IS, Neves EB, Ulbricht L. A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). *Ciênc. saúde coletiva* (Online). 2013 [acesso em 2015 Set 16]; 18(1): 265-71. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100027>.
 12. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*. 2011 [acesso em 2015 jul 15]; 16(6): 2753-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>
 13. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. p. 61-73 [acesso 2014 mar 10]. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>
 14. Fracolli LA, Zoli ELP, Granja GF, Erme RC. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. *Rev. Esc. Enferm. USP* (Online). 2011 [acesso em 2015 Set 16]; 45(5): 1135-41. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500015>.
 15. Silva DM, Nogueira JA, Sá LD, Wysocki AD, Scatena LM, Villa TCS. Avaliação de desempenho de serviços da atenção básica para o tratamento da tuberculose. *Rev. Esc. Enferm. USP* (Online). 2014 [acesso em 2015 Set 10]; 48(6): 1044-53. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000700012>.
 16. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014 [acesso em 2015 set 10]; 19(2): 343-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200343&script=sci_arttext
 17. Unis G. Papel da atenção básica no controle da tuberculose. *Rev. epidemiol. controle infecç.* 2012 [acesso em 2015 jul 15]; 2(3): 120-1. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/viewFile/2766/2199>
 18. Silva Sobrinho RA, Souza AL, Wysocki AD, Silva LMC, Beraldo AA, Villa TCS. Conhecimento de enfermeiros de unidades de atenção básica acerca da tuberculose. *Cogitare enferm.* 2014 [acesso em 2015 set 10]; 19(1): 56-69. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/263560383_Conhecimento_de_enfermeiros_d_e_unidades_de_Atencao_Basica_acerca_da_tuberculose
 19. Santos TMMG, Nogueira LT, Santos LNM, Costa CM. O acesso ao diagnóstico e ao tratamento de Tuberculose em uma capital do nordeste brasileiro. *Rev. enferm. UERJ*. 2012 [acesso em 2015 Set 10]; 20(3): 300-5. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n3/v20n3a03.pdf>

20. Sá LD, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa TCS, Souza KMJ, Palha PF. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na saúde da família. *Rev. latinoam. enferm.* (Online). 2011 [acesso em 2015 Set 10]; 19(2): [09telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_22.pdf
21. Trigueiro JVS, Nogueira JA, Sá LD, Palha PF, Villa TCS, Trigueiro DRSG. Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. *Rev. latinoam. enferm.* (Online). 2011 [acesso em 2015 Set 10]; 19(6): 1289-96. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000600003>.
22. Almeida DB, Melo CMM. Avaliação da gestão na atenção básica nas dimensões da integralidade. *Rev. baiana saúde pública.* 2012 [acesso em 2015 set 10]; 36(3): 816-30. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/557>
23. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. saúde pública.* 2010 [acesso em 2015 mar 10]; 26(2): 286-98. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200008
24. Tanaka OY. Avaliação da Atenção Básica: uma nova proposta. *Saúde Soc.* 2011 [acesso em 2014 mar 10]; 20(4): 927-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400010

APÊNDICES

APÊNDICE I - Roteiro para Descrição do Cenário

1. VISÃO GERAL DO MUNICÍPIO

2. DESCREVER SOBRE TODAS AS UNIDADES DE SAÚDE:

DISTRITO I	População	Nº de ESF	Nº de ACS	Horário de funcionamento	Especialidades ofertadas
------------	-----------	-----------	-----------	--------------------------	--------------------------

3. DESCREVER A REDE DE SERVIÇOS PARA ATENDIMENTO DA TUBERCULOSE (Rede Diagnóstica, Serviços Especializados e Sistema de Informação)

4. INDICADORES DO MUNICÍPIO NO ANO DA COLETA DE DADOS

5. SELECIONAR 3 UNIDADES DE SAÚDE DISTINTAS E DESCREVER AS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES.

• CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES (3) SELECIONADAS PARA DESCRIÇÃO:

- Caracterizar o tipo de Unidade escolhida, descrever equipe, quantas equipes de ACS na área , quantas equipes de ESF , tamanho da população , horário de funcionamento da unidade,

- Número de casos em média sob supervisão do tratamento na área de abrangência da Unidade no último ano;

• FORMA DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA UNIDADE:

- A divisão do trabalho nas US existe , isso é fato, porém, há maneiras e maneiras de se dividir tarefas, de acordo com a Peduzzi, o trabalho é dividido, no entanto, há equipes que conseguem trabalhar melhor isso, fazendo com que um tome parte do que o outro faz, há uma interação e articulação no que é feito. Ex: a enfermeira faz as anotações, registra, etc...mas isso é repassado à equipe, ou o que ocorre apenas é a detenção e centralização de ações em um profissional? Há equipes que trabalham com assistência à TB, mas trabalham de forma justaposta ou integrada, onde um sabe do trabalho do outro? O processo é dinâmico e não estático, há divisão de tarefas, porém, ela é integrada em algum momento ou a equipe é apenas o agrupamento de pessoas onde cada um tem seu papel isolado?

-Veja na Unidade que você está descrevendo sobre o processo de trabalho, a articulação e comunicação entre os membros da equipe de enfermagem;

Ex: ocorre uma divisão de trabalho entre os profissionais da Enfermagem por ex: o ACS ou o auxiliar fazem a supervisão do TDO no serviço ou no domicílio? Quem supervisiona a tomada da medicação - TDO registra onde?, ou como ocorre a comunicação do TDO com a enfermeira para ela registrar? É diário? Tem horário? essa comunicação entre os quem supervisiona e quem registra?

- o ACS participa de alguma reunião com a enfermeira mensal ou diária para discutir os casos de TB que ele acompanha na área? Qual a frequência? É uma conversa assistemática ou formal? (isso é destacado no artigo da Peduzzi tbém!- tabela página 105)

- Município do RJ: Por que em uma área no município (RJ) o ACS não faz TDO?

- Descrever o grau de envolvimento dos profissionais (Enfermeiro, auxiliares e médicos) da Unidade de Saúde no acompanhamento dos doentes de TB da Unidade –

mais uma vez aqui, destaca-se a necessidade de reconhecer o tipo de equipe que se descreve, ou seja, onde cada um tem sua tarefa específica e centraliza ações, atividades e informações OU uma equipe em que há troca de informações, as ações se articulam, há reuniões? – retomar texto da Peduzzi.

- **ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA EQUIPE PARA REALIZAÇÃO DO TDO**

- Unidade faz o TDO dos doentes em tratamento?

- Como ocorre a supervisão do nível distrital ou da Vigilância do profissional que faz o TDO, do fluxo da informação, dos registros, e do controle dos comunicantes?

- Processo assistencial para o tratamento da TB: existe alguma rotina de horário para supervisão da medicação TDO?, para registro do dado? Quem faz? Quem faz da TB?

- => Precisa ficar mais claro na descrição se o TDO é realmente realizado, com que frequência, duração e qual profissional realiza e qual registra? Pois alguns colocam de forma esporádica, precisa descrever melhor isso;

- **COMUNICAÇÃO/ INTEGRAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS ENTRE EQUIPES E SERVIÇOS DE SAÚDE:**

- Em relação aos encaminhamentos em alguns municípios o fluxo é padronizado e sugerimos explicar se há algum gerenciamento do caso de doentes em tratamento que apresentam co-morbidades (diabetes, saúde mental, HIV) se há algum encaminhamento com acompanhamento?

- Sobre a reunião dos profissionais para discutir os casos em tratamento de TB - descrever se há reuniões periódicas entre enfermeira e ACS para discutir os casos de TB em tratamento;

- A reunião com o nível distrital ou vigilância e participa apenas a ENFERMEIRA? (Alguns relatam que não ocorre de forma sistemática e não há discussão de casos em tratamento com a Vigilância ou distrital ou matricial);OK

- **SISTEMAS DE REGISTROS E INFORMAÇÃO DOS CASOS DE TB:**

- Existência de sistema de registro nas unidades selecionadas – livro verde e prontuário?

- Prontuário dessas 3 unidades selecionadas, existe anotações do acompanhamento do tratamento? Encaminhamentos? (Sugere-se analisar alguns prontuários dessas Unidades);

- Se fornece cesta básica ou incentivo (vale transporte para CM ou TDO?) e que profissional fornece, registra e tem controle disso?

APÊNDICE II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo(a) para participar de uma pesquisa intitulada- “*A integração de ações e serviços para a assistência aos portadores de tuberculose nos serviços de saúde de São José do Rio Preto*”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da instituição: _____ . Ela tem como objetivo analisar a integração de ações e serviços para a assistência aos portadores de tuberculose nos serviços de saúde. Sua participação consistirá em responder a um questionário e/ou uma entrevista que será audiogravada, podendo durar em média 40 minutos e ser realizada no local de sua preferência (serviço de saúde ou domicílio). As informações fornecidas contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde na atenção a Tuberculose.

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

São José do Rio Preto, ____, de _____ de 201__.

Assinatura do entrevistado
Telefone: _____

Certos de estar contribuindo com o conhecimento em tuberculose para a melhoria da saúde da população contamos com a sua preciosa colaboração. Atenciosamente,

Prof.a. Dra. Silvia Helena Figueiredo Vendramini
Orientadora do Projeto

Contato: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP – Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416 – Vila São Pedro – CEP: 15090-000 – Tel: (17) 32015706 ou (17) 32015830
Comitê de Ética em Pesquisa: (17) 3201-5813

APÊNDICE III - Modelo de entrevista utilizada para coleta de dados junto aos profissionais de saúde

Proposta de *MacCooll Institute for Health Care Innovation*. Adaptado e validado no Brasil por *Moyses ST; Kusma SZ e Shwab GL*, (2012), para a “avaliação pelos profissionais da capacidade institucional local para desenvolver o modelo de atenção às condições crônicas” e assim apoiar as equipes para melhorar a atenção a essas condições na comunidade e nos serviços, e na relação com as pessoas usuárias (Moyses et al, 2012).

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

I - Organização da atenção à Tuberculose:												
O manejo de políticas/ programas de controle da tuberculose pode ser mais efetivo se todo o sistema (organização, instituição ou unidade) no qual a atenção é prestada esteja orientada e permita maior ênfase no cuidado aos portadores da doença.												
Componentes	Nível D			Nível C			Nível B			Nível A		
1. O interesse do gerente da unidade de saúde em relação às mudanças na atenção à tuberculose...	Não existe ou há pouco interesse			Existe, mas não há profissionais e materiais disponíveis para o tratamento da TB			Existe, e há profissionais e materiais disponíveis para o tratamento da TB			Faz parte do planejamento da unidade em longo prazo, tem materiais e profissionais disponíveis		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2. Metas da unidade para o controle da TB na área de abrangência...	Não existem			Existem, mas não são revistas regularmente			São acompanhadas e revistas			São acompanhadas e revistas periodicamente, sendo incorporadas no planejamento da unidade.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
3. Estratégias para melhoria da atenção à TB...	Não são elaboradas ou apoiadas			Não existe, mas são elaboradas pontualmente, apenas quando surgem os problemas			Existem e são efetivas quando surgem problemas			Existem e são utilizadas para a prevenção de problemas		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
4. Incentivos e estabelecimentos para que a Atenção Primária à Saúde seja o local para o tratamento da TB...	Não são realizados			São realizados para controlar a utilização de serviços e os custos na atenção à TB			São usados para melhorar a assistência ao portador de TB (promover maior acesso, vínculo e adesão ao tratamento)			São realizadas para motivar os profissionais de saúde e apoiar as metas do tratamento da TB.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
5. O gerente da unidade de saúde...	Não incentivam a identificação de portadores de TB na comunidade			Não dão prioridade à melhoria da assistência à TB			Incentivam esforços para melhoria da atenção à TB			Participam visivelmente dos esforços para melhoria da atenção à TB		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
6. Benefícios e incentivos	Desencorajam os portadores de TB a cuidar da própria saúde			Nem encorajam e nem desencorajam os portadores de TB a cuidar da própria saúde			Encorajam os portadores de TB a cuidar da própria saúde			São ofertados para promover uma maior atenção aos portadores de TB		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Pontuação total para parte I: _____ Pontuação média para parte I: _____

II- Articulação com a comunidade:								
Articulação entre os sistemas de saúde (instituições ou unidades de saúde) e os recursos comunitários tem um importante papel na gestão/ manejo clínico da tuberculose								
Componentes	Nível D		Nível C		Nível B		Nível A	
7. Articulação da unidade de saúde e dos portadores de TB com os recursos oferecidos pela	Não é realizada		É limitada a uma lista dos recursos disponível		É realizada por meio de um responsável para assegurar que os portadores de TB e profissionais		É realizada por meio de comunicação ativa entre a unidade de saúde, às organizações da	

comunidade					de saúde utilizem ao máximo os recursos comunitários				comunidade e os portadores de TB			
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
8. Parcerias com organizações da comunidade para o controle da TB...	Não Existem			Estão sendo consideradas, mas não foram implementadas			Estão estruturadas para apoiar o tratamento da TB			São formalmente estabelecidas para dar suporte ao Programa de Controle da TB		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
9. Conselho Local de Saúde	Não existe			Existe, mas não tem poder de decisão			Existe e acompanha a programação da unidade de saúde com relação ao controle da TB			Existe e acompanha a programação da Unidade de Saúde em relação ao Controle da TB, avaliando o desempenho das equipes		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
10. Agente Comunitário de Saúde	Não está incorporado às atividades ligadas ao tratamento da TB			Está incorporado às atividades ligadas ao tratamento da TB, mas não se integra com os recursos da comunidade			Está incorporado às atividades ligadas ao tratamento da TB e faz articulação com os recursos da comunidade			Está incorporado às atividades ligadas ao tratamento da TB, seguindo as orientações do Ministério da Saúde		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Pontuação total para parte II: _____ Pontuação média para parte II :

III- Autocuidado apoiado. O autocuidado apoiado efetivo pode ajudar as pessoas portadoras de TB e suas famílias a lidar com os desafios de conviver e tratar a doença, além de reduzir as complicações e os sintomas.												
Componentes	Nível D		Nível C		Nível B		Nível A					
11. Avaliação e registro em relação ao apoio dos profissionais da Unidade para o portador de TB cuidar da própria saúde...	Não são realizadas		Espera-se que seja realizada		São realizadas de maneira padronizada		São realizadas de maneira padronizada e articuladas com o plano de cuidado dos portadores de TB					
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
12. Suporte para que os portadores de TB cuidem da própria saúde...	É limitado à distribuição de informações escritas (panfletos, folders, cartazes)		É disponibilizado por meio de atividades educacionais		É oferecido por profissionais de saúde capacitados que fazem parte da equipe, mas não envolve a adesão medicamentosa		É oferecido por profissionais de saúde capacitados envolvendo a melhoria das condições clínicas, psicológicas e sociais dos portadores de TB					
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
13. Acolhimento das preocupações dos portadores de	Não é realizado		É realizado por meio de encaminhamento para		É realizado por grupo de apoio		É parte integrante da atenção à TB com envolvimento contínuo dos					

TB e suas famílias...				profissionais e serviços especializados						grupos de apoio		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
14. Intervenções de mudança de comportamento (para de fumar, beber, usar drogas) de portadores de TB	Não estão disponíveis			Limitam-se à distribuição de informações escritas (panfletos, folders, cartazes)			É realizado por meio de encaminhamento a Centros Especializados			Fazem parte da rotina da atenção à Tb e utilizam tecnologias para a mudança de comportamento (entrevista motivacional e grupo operativo)		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Pontuação total para parte III: _____ Pontuação média para parte III :

IV- Suporte a decisão												
O manejo efetivo da TB assegura que os profissionais de saúde tenham acesso a informações baseadas em evidência para apoiar decisões na atenção às pessoas usuárias. Isso inclui diretrizes e protocolos baseados em evidência, consulta com especialistas, educadores de saúde e envolvimento dos usuários de forma a tornar as equipes de saúde capazes de identificar estratégias efetivas de cuidado												
Componentes	Nível D			Nível C			Nível B			Nível A		
15. Manual de diretrizes para o controle da TB...	Não estão disponíveis			Estão disponíveis, mas não são utilizadas na atenção à TB			Estão disponíveis, mas limitadas ao momentos de capacitação dos profissionais de saúde			Estão disponíveis e são integradas à prática cotidiana na atenção à TB		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
16. Envolvimento de especialistas em TB no apoio à Equipe de Saúde da Unidade...	É feito por meio de referenciamento/ encaminhamento tradicional			É alcançado meio da participação de especialistas, porém se limita à implementação do manual de diretrizes para o controle da TB			É alcançado meio da participação de especialistas que auxilia no processo de educação permanente das equipes			É alcançado meio da participação de especialistas que auxilia no processo de educação permanente e discutem casos com a equipe		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
17. Capacitação dos profissionais de saúde para a atenção à TB...	É realizada esporadicamente			É realizada sistematicamente com métodos tradicionais de educação			É realizada sistematicamente com métodos educacionais que promova efetiva incorporação de ações de controle da TB à prática diária da Unidade por parte da equipe de profissionais			É realizada sistematicamente com métodos educacionais que promova efetiva incorporação de ações de controle da TB à prática diária da Unidade, incluindo TODA equipe de profissionais		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
18. Informação às pessoas sobre TB...	Não é realizada			É realizada apenas quando o portadores de TB solicita, por meio de informações escritas (folder, cartazes, etc)			É realizada para usuários específicos e comunicantes por meio de informações escritas (folder, cartazes, etc)			É realizada para todos os usuários incluindo o papel de cada indivíduo na prevenção e tratamento da TB		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Pontuação total para parte IV: _____ Pontuação média para parte IV : _____

V- Desenho do sistema de prestação de serviços A evidência sugere que a gestão efetiva da atenção à TB envolve mais que a simples adição de intervenção a um sistema focado no cuidado de condições agudas. São necessárias mudanças na organização do sistema, realinhando a oferta de cuidado.												
Componentes	Nível D			Nível C			Nível B			Nível A		
19. Trabalho em equipe para o controle da TB...	Não existe			É realizado pela disponibilização de profissionais com diferentes habilidades			É assegurado por reuniões regulares das equipes, com enfoque nas responsabilidades de cada membro e nos problemas que surgem.			É assegurado por reuniões regulares das equipes, com enfoque nas responsabilidades de cada membro, incluindo educação para o autocuidado e monitoramento dos portadores de TB.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
20. Profissional de Saúde de referência para o desenvolvimento de ações de Controle da TB...	Não é reconhecido pela comunidade e nem pela Unidade de Saúde			Não é definido, pois é realizado por toda equipe sem uma sistematização			Existe, mas não atribui responsabilidade para o restante da equipe.			Existe e atribui responsabilidade a outros membros da equipe para o controle da TB		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
21. Sistema de agendamento para o tratamento da TB...	Não está organizado			Está organizado apenas para atendimento de intercorrências			Está organizado para agendamento de consultas individuais			Está organizado para agendamento de consultas individuais e atenção em grupo, facilitando o contato com diferentes profissionais		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
22. Monitoramento da situação da TB na comunidade...	Não é realizado			É realizado frente à identificação de caso			É realizado por profissionais com bases nas diretrizes dos Manuais do Ministério da Saúde			É realizado pela equipe e está adaptado às necessidades do portador da TB		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
23. Atenção planejada para controle da TB...	Não é utilizada			É utilizada ocasionalmente quando surgem casos de TB			É utilizada para o acompanhamento das pessoas que realizam o tratamento da TB e seus comunicantes			É utilizada regularmente para a maioria dos usuários, incluindo intervenções preventivas e estímulo ao autocuidado por meio de consulta individual ou atenção em grupo		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
24. Continuidade do cuidado ao portador de TB	Não é uma prioridade			Depende uma comunicação escrita entre profissionais da Unidade de Saúde e especialistas			A comunicação entre os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde e Especialistas é uma prioridade, mas não é implementada sistematicamente			É uma alta prioridade e inclui a comunicação é ativa entre os profissionais da Unidade de Saúde e Especialistas		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Pontuação total para parte V: _____ Pontuação média para parte V : _____

VI- Sistemas de informação clínica Informação útil e oportuna, individualizada por pessoa usuária e por populações usuárias portadores de TB, é um aspecto crítico de modelos de atenção efetivos, especialmente aqueles que empregam abordagens populacionais.												
Componentes	Nível D			Nível C			Nível B			Nível A		
25. Prontuário clínico eletrônico	Não está disponível			Está disponível, mas é construído individualmente			Está disponível e é construído com base familiar			Está disponível e está construído com base familiar e coerente com as normas do Ministério da Atenção e com o modelo de atenção à TB		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
26. Registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com TB)	Não está disponível			Está disponível, inclui nome, diagnóstico, informação do contato e da data do último contato			Está disponível, permite identificar pessoas em risco (para abandono do tratamento, falência, óbito)			Está disponível, permite identificar pessoas em risco, emitindo alertas e lembretes para os usuários		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
27. Alertas para profissionais de saúde	Não estão disponíveis			Estão disponíveis e inclui aviso da existência de TB na área, mas não define os tipos de intervenção necessária para			Estão disponíveis e incluem as intervenções necessárias segundo o risco do grupo			Estão disponíveis, incluem as intervenções necessárias e dão informações do plano de cuidado que tem sido adotado		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
28. Feedbacks para equipes de saúde...	Não estão disponíveis			São fornecidos em intervalos irregulares e de forma impessoal			Ocorre em intervalos suficientes para monitorar o desempenho e são específicos para cada equipe			São fornecidos oportunamente, específicos para uma determinada equipe, de forma pessoal e rotineira por um profissional de referência para melhorar o desempenho da equipe		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
29. Informações sobre portadores de TB em risco (Abandono, falência e óbito)	Não está disponível			Está disponível, mas o acesso é limitado			Está disponível eventualmente, mas só pode ser obtido quando solicitado			Está disponível rotineiramente para os profissionais de saúde para ajudá-los no planejamento do cuidado		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
30. Plano de cuidado para os portadores de TB	Não é elaborado			É elaborado em formato padrão pela equipe			É feito em conjunto pela equipe de saúde e o portador de TB, incluindo metas			É feito em conjunto pela equipe de saúde e o portador de TB, incluindo metas do tratamento e ações de autocuidado, sendo monitorado regularmente		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Pontuação total para parte VI: _____ Pontuação média para parte VI : _____

VII- Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB. Sistema de Saúde efetivo integram e combinam todos os elementos do modelo, por exemplo, associando as metas de autocuidado com os registros nos sistemas de informação, ou associando políticas locais com atividades dos planos de cuidado dos usuários (locais para desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias, etc)												
Componentes	Nível D			Nível C			Nível B			Nível A		
31. Informação aos portadores de TB em relação ao seu plano de cuidado	Não é realizado			Acontece quando solicitado ou por meio de informação escrita (folder, cartazes)			É feito por meio de material educativo elaborado para cada plano de tratamento			É feito por meio de material educativo elaborado e inclui o papel das pessoas com TB no seu autocuidado na adesão ao tratamento		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
32. Sistema de informação e Registro Clínico	Não inclui metas de autocuidado			Inclui avaliação dos portadores de TB como estado e disposição para o autocuidado, mas não inclui metas			Inclui avaliação dos portadores de TB como estado e disposição para o autocuidado, incluindo metas			Inclui avaliação dos portadores de TB como estado e disposição para o autocuidado, incluindo metas, alertas aos profissionais e pessoas com TB, para o monitoramento e reavaliação periódica do autocuidado		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
33. Programas comunitários	Não fornecem feedback para a unidade de saúde sobre o progresso dos portadores de TB em suas atividades			Fornecem Feedback esporadicamente para a unidade de saúde sobre o progresso dos portadores de TB em suas atividades			Fornecem Feedback regularmente para a unidade de saúde sobre o progresso dos portadores de TB em suas atividades, por meio de instrumentos formais			Fornecem Feedback regularmente para a unidade de saúde sobre o progresso dos portadores de TB em suas atividades, por meio de instrumentos formais que são utilizados para modificar os programas de acordo com as necessidades do portador de TB		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
34. Programação local da atenção à TB	Não é realizada			Utiliza dados do sistema de informação para planejar a atenção, mas com enfoque na programação da oferta			Utiliza dados do sistema de informação para planejar proativamente o cuidado com base populacional e identificação de grupos em risco segundo às diretrizes do Ministério da Saúde			Utiliza dados do sistema de informação para planejar proativamente o cuidado com base populacional e identificação de grupos em risco segundo às diretrizes do Ministério da Saúde, incluindo o desenvolvimento do contrato com os profissionais de saúde com base no desempenho		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

35. Monitoramento das metas e do plano de cuidado para os portadores de TB	Não é realizado		É realizado apenas para os portadores de TB agendado			É realizado por um profissional responsável pelo portador de TB			É realizado por um profissional responsável pelo portador de TB, utilizando o prontuário e os alertas para planejar o cuidado contínuo e integral às pessoas com TB e membros da equipe			
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
36. Recomendações do Ministério da Saúde para o Controle da TB	Não são compartilhadas com o portador da TB		São fornecidas aos portadores de TB que demonstram interesse no autocuidado			São fornecidas a todas as pessoas usuárias para ajudá-las a desenvolver o autocuidado, a prevenção da TB e a promoção à saúde			São fornecidas a todas as pessoas usuárias para ajudá-las a desenvolver o autocuidado, a prevenção da TB e a promoção à saúde, que levem em conta as metas dos usuários e a disposição para as mudanças			
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Pontuação total para parte VII: _____ Pontuação média para parte VII : _____

Interpretação dos Resultados:

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

ANEXO I - Parecer Consubstanciado do CEP



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Autarquia Estadual - Lei nº 8899 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal nº 74.179 de 14/06/74)

Parecer n.º 313.199

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa CAAE 16279513.3.0000.5415 sob a responsabilidade de **Janaina Benatti de Almeida** com o título "A integração de ações e serviços para a assistência aos portadores de tuberculose nos serviços de saúde de São José do Rio Preto" está de acordo com a resolução do CNS 196/96 e foi **aprovado por esse CEP.**

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, com certeza para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 24 de junho de 2013.


Prof. Dr. Fernando Batigália
Presidente do CEP/FAMERP

ANEXO II - Comprovante de Submissão do Manuscrito 1

Preview

From: rochadanuzia@gmail.com

To: janabalmeida@gmail.com

janabalmeida@gmail.com, mazinhamcr@hotmail.com,
CC: amelinha_famerp@yahoo.com.br, lilisew@yahoo.com.br, tite@eerp.usp.br,
aruffino@fmrp.usp.br, mlsperli@gmail.com, silviahve@gmail.com

Subject: Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2015-1299

Body: 22-Jul-2015

Dear Mr. Almeida:

Your manuscript entitled "CAPACIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE NO CONTEXTO DA INTEGRAÇÃO" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Your manuscript ID is CSC-2015-1299.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Sincerely,
Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office

Date Sent: 22-Jul-2015

ANEXO III - Comprovante de Submissão do Manuscrito 2

[JNUOL/REUOL] Agradecimento pela Submissão

1 mensagem

Ednaldo Cavalcante de Araújo <reuol.ufpe@gmail.com>
Para: Janaina Benatti de Almeida <janabalmeida@gmail.com>

21 de setembro de 2015 13:48

Prezado/a autor/a Janaina Benatti de Almeida,

Agradecemos-lhe pela submissão do artigo "A coordenação da assistência no controle da tuberculose na visão da equipe de enfermagem" para a Rev enferm UFPE on line. [DOI: 10.5205/01012007 / Qualis B 2 / Fator de Impacto RIC: 0,9220].

A nossa prioridade de publicação em cada edição é para os artigos na CATEGORIA ORIGINAL. Caso não tenha sido a sua categoria, se avaliado e aprovado, faremos o possível para publicação na Edição corrente, caso contrário, SÓ DEVERÁ SER PUBLICADO em Edição Especial, se convier.

Se o manuscrito foi submetido DE ACORDO com as Normas de FORMATAÇÃO e ESTRUTURA da Reuol (http://www.revista.ufpe.br/revista/enfermagem/files/NORMAS_EM_PORTUGUES_INGLES_ESPANHOL_REUOL_FEV_2013.pdf), será ENCAMINHADO PARA DOIS ou MAIS AVALIADORES. Caso contrário, SERÁ ENVIADO COMUNICADO PARA OS AJUSTES e INSTRUÇÕES PARA O REENVIO. Se permanecer SEM ATENDER AS TAIS NORMAS, será ARQUIVADO e comunicado será enviado aos autores. Se houver interesse ainda em publicá-lo, deverá ser submetido novamente, que será iniciado novo processo de julgamento por pares.

A Reuol é um periódico trilingue, com acesso livre ao conteúdo em PORTUGUÊS/INGLÊS/ESPANHOL, que publica mensalmente cerca de 40 artigos avaliados por pares, na versão ORIGINAL INGLÊS, PORTUGUÊS ou ESPANHOL + o artigo PORTUGUÊS ou ESPANHOL traduzido para o idioma INGLÊS.

Portanto, o artigo com a aprovação final deverá ser encaminhado para um dos tradutores indicados pela Revista, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores. No entanto, NÃO SERÁ ACEITA A TRADUÇÃO FEITA POR OUTRO/S TRADUTOR/ES, APENAS DOS QUE ESTÃO INDICADOS COM O ENVIO DA "DECLARAÇÃO DE TRADUÇÃO" + CÓPIA DUPLICADA DO ARTIGO PARA O AUTOR x EDITOR.

Saliento sobre a importância de se fazer a consulta ampla em nossa lista, pois as traduções variam de acordo com o tradutor/revisor/empresa; também podem variar de acordo com ou sem os caracteres, o número de palavras e por palavras traduzidas. NÃO SERÁ ACEITA A TRADUÇÃO POR OUTROS TRADUTORES.

No geral, podem ser encontrados preços que vão dos R\$ 10 reais (€ 5 euros) por folha traduzida aos R\$ 100 reais (€ 45 euros); artigos com até 20 folhas de R\$ 70 a 170 reais; a revisão do Português indo dos R\$ 2,50 aos R\$ 25 reais por folha; a tradução por palavra dos R\$ 0,6 centavos aos 0,26 centavos de reais.

O PROCESSO DE AVALIAÇÃO

O processo de avaliação utiliza o sistema Double blind peer review, preservando a identidade dos autores e consultores, com emprego de formulário da Reuol (http://www.revista.ufpe.br/revista/enfermagem/files/INSTRUMENTO_DE_AVALIACAO_MAR_2013.doc).

A revisão de um artigo pode ser concluída em DUAS semanas, mas pode demorar até QUATRO semanas, dependendo da disponibilidade dos revisores (por exemplo, durante os períodos de férias ou se algum dos dois revisores tiver algum impedimento e precise de mais tempo para finalizar a avaliação ou decline/desista da solicitação).

Este prazo inclui selecionar e convidar os avaliadores, aguardando a sua resposta ao pedido, a análise dos comentários dos avaliadores e, finalmente, a decisão do editor chefe e de comunicação com o/s autor/es.

PARÂMETROS A SEREM CONSIDERADOS NA AVALIAÇÃO

- 1) Relevância: avalia a novidade e pertinência do tema: determina se a reflexão discute e avança em relação ao que já foi dito a respeito do tema, ou compila ideias anteriores;
- 2) Conteúdo: avalia a fundamentação teórica, analítica e argumentativa, e o diálogo com a fortuna crítica;
- 3) Adequação bibliográfica: avalia se a bibliografia é adequadamente referenciada e discutida no texto, harmonizada e atualizada pela discussão. É necessário que cada um dos itens bibliográficos incluídos nas referências estejam citados no corpo do artigo.

ALGUNS CRITÉRIOS DE REJEIÇÃO

1. O manuscrito não traz contribuição substantiva ao campo de conhecimento de Enfermagem ou da área temática do manuscrito.
2. A base teórico-conceitual é limitada e não considera ramos importantes da literatura sobre o assunto investigado
3. Faltam referências a artigos dos periódicos mais relevantes da área, que contém o estado da arte do conhecimento sobre o tema
4. O desenvolvimento teórico é insuficiente
5. A metodologia não está adequadamente descrita
6. A metodologia é inadequada ao tipo de investigação pretendido
7. As seções de discussão e análise não estão suficientemente desenvolvidas
8. O trabalho apresenta problemas de estilo e linguagem estruturais, inclusive no resumo, abstract e resumen.
9. Uso da primeira pessoa "meu estudo...", ou da terceira pessoa do plural "percebemos...", pois em texto científico o discurso deve ser impessoal, sem juízo de valor e na terceira pessoa do singular.
10. OUTROS: erros de vernáculo: pontuações, concordâncias, tempo verbal inadequado, grafia, uso de linguagem não científica, vícios de linguagem, dentre outros.

Por favor, seja paciente durante este processo e seria muito apreciado que não fosse enviado e-mail ao Editor para obter informações sobre o status do artigo até que um período de pelo menos QUATRO semanas tenha ultrapassado.

Você pode acompanhar o andamento do processo de análise do manuscrito, utilizando o link disponibilizado ao finalizar a submissão. Por favor,

sinta-se a vontade, no entanto, para entrar em contato com o Editor para outras consultas, ou depois de QUATRO semanas, para perguntar quando o processo de revisão será concluído.

Por meio da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento no processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:

<http://www.revsta.ufpe.br/revsta/enfermagem/ncex.php?revista:autor/submit/online/8826>

Login: janab Almeida

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email:

nejo.ufpe@gmail.com ou telefone para: (TIM) 041(83)9642-0111 / (CLARO) 021(93)9323-8580 / (OI) 031(83)8630-2094 / (VIVO) 015(83)8118-5954

Agradecemos-lhe mais uma vez ao considerar nossa revista como meio de divulgar ao público o seu artigo, pois temos o maior interesse que faça parte de nosso acervo.

Atenciosamente,

Profe. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo

Rev enferm UFPE on line. [DOI: 10.5205/01012007 / Qualis B 2 / Fator de Impacto RIC: 0.9220]

Editor-in-Chief

Fone/FAX: 55 91 2126-8566 / CELULARES: (TIM) 041(83)9600-4107 / (CLARO)

021(93)9323-8580 / (OI) 031(83)8630-2094 / (VIVO) 015(83)8118-5954

www.ppgenfermagem.ufpe.br

<http://attes.cnoq.br/739265286296731>

The articles published in JNUOL – Qualis Capes B2 Nursing – are indexed, classified, linked, or summarized by: CINAHL, CUIDEN, EBSCO, PERIÓDICA, Directory of Open Access Journals – DOAJ, SafetyLit database, LATINDEX, ULRICH'S Periodicals Directory, List of Serials Indexed for Online Users from National Library of Medicine [MEDLINE], CROSSREF.ORG, ICMJE – International Committee of Medical Journal Editors, Academic Journals Database, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal - RCAAP, Repositório Digital de Publicações Científicas da Universidade de Évora - Portugal, Portal INFIRMARIIS – Nursing Studies - Catholic University of Portugal, Diretório de Políticas das Revistas Científicas Brasileiras - Diadorim, Enfermagem indexada - EnIndex, GoogleAcademic.com, Base de Dados de Resumos de Investigação em Enfermagem - BDRIE versão 2, Portal de Periódicos da CAPES, Biblioteca Virtual de Saúde - BVS, Base de Dados de Enfermagem – BDENF, Base de Dados Sumários de Revistas Brasileiras – SLMAR CS.ORG, Sistema Eletrónico de Editoração de Revistas – SEER, Associação Brasileira de Editores Científicos – ABEC.

J Nurs UFPE on line.

<http://www.ufpe.br/revista/enfermagem>