



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Programa de Pós-graduação em Enfermagem

MARÍLIA CATTOZATTO DOS REIS

TUBERCULOSE: COORDENAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA

São José do Rio Preto
2017

Marília Cattozatto dos Reis

**TUBERCULOSE: COORDENAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NOS
SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, para obtenção do Título de Mestre. *Área de Concentração*: Processo do Trabalho em Saúde. *Linha de Pesquisa*: Gestão em saúde e Enfermagem. *Grupo de Pesquisa*: Grupo de Estudos Epidemiológico Operacional em Tuberculose (GEOTB).

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvia Helena Figueiredo Vendramini
Coorientadora: Prof^a Dr^a Anneliese Domingues Wysocki

**São José do Rio Preto
2017**

Reis, Marília Cattozatto

/ . Marília Cattozatto dos Reis.

São José do Rio Preto; 2017.

78 p.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Área de Concentração: Processo do Trabalho em Saúde.

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde e em Enfermagem. Grupo de Pesquisa: Grupo de Estudos Epidemiológico Operacional em Tuberculose (GEOTB).

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

Coorientador: Prof^ª Dr^ª Anneliese Domingues Wysocki

1. Tuberculose; 2. Atenção Básica; 3. Enfermagem; 4. Ações Integradas da Saúde; 5. Sistema de Registro

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Sílvia Helena Figueiredo Vendramini
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Prof^ª. Dr^ª. Vânia Del'Arco Paschoal
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Prof^ª. Dr^ª. Livia Maria Lopes
Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-Facef)

Prof^ª. Dr^ª. Cláudia Eli Gazetta
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Prof^ª. Dr^ª. Rubia Laine de Paula Andrade
Universidade de São Paulo (USP)-Campus Ribeirão Preto

São José do Rio Preto, ___/___/___

SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimentos.....	ii
Agradecimento Especial.....	iii
Epígrafe.....	iv
Lista de Figura.....	v
Lista de Quadros e Tabelas.....	vi
Lista de abreviaturas.....	vii
RESUMO.....	viii
ABSTRACT.....	ix
RESUMEN.....	x
INTRODUÇÃO.....	1
OBJETIVOS.....	11
Objetivo geral.....	11
Objetivos específicos.....	11
MÉTODOS.....	12
RESULTADOS.....	18
DISCUSSÃO.....	31
CONCLUSÃO.....	37
REFERÊNCIAS.....	38
ANEXOS.....	42
ANEXO A- Instrumento de Coleta de Dados.....	42
ANEXO B- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	47
ANEXO C- Comprovante de submissão do manuscrito para revista.....	51
APÊNDICES.....	52
APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	52
MANUSCRITO.....	54

Dedicatória

Primeiramente a Deus, que concede o dom da vida e da sabedoria.

Aos meus pais, Rosane e Nivaldo (Sempre Presente), que sempre me apoiaram nos estudos e nos meus projetos.

Aos meus queridos irmãos, Lele e Gabi, obrigada por serem assim, e me darem meus melhores presentes, Catarina, Ana e João (meus amores).

À minha querida avó, que me enche de carinho.

Ao meu querido companheiro de vida, Fausto, obrigada por me apoiar e pela paciência.

Aos meus amigos, que tiveram paciência por toda essa jornada, e me incentivaram.

À minha amiga Pri Scaff, quem me ensinou muito sobre Tuberculose, e fez eu me interessar pelo assunto.

Agradecimentos

Minha querida e especial, Prof^a Dra. Anneliese Domingues Wysocki, querida Anne, obrigada por tudo! Pelo ensinamento, paciência e amizade.

Às professoras do curso de Enfermagem da FAMERP pelos ensinamentos ao longo desses anos, dedicação e amor a profissão.

Às professoras Prof^a Dra. Margarete Artico Baptista e Prof^a Rosemeire Aparecida Milhim Cordova que me ensinaram muito durante a residência, além da amizade e amor.

À Prof^a Dra. Maria Amélia, pelos ensinamentos e contribuição no desenvolvimento do trabalho.

À Prof^a Dra. Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos pelo carinho e valiosa contribuição no desenvolvimento do trabalho.

As especialistas na área de tuberculose, Anne, Jana, Natalia, Pri e Maria Amélia, por contribuírem na elaboração do instrumento.

À Secretaria Municipal de Saúde pela contribuição na coleta de dados.

Aos profissionais da UBS Vila Toninho, foram dois anos de muita aprendizagem e amizade durante a residência.

À equipe da Unimed – Medicina Preventiva pela recepção e oportunidade de trabalho.

Agradecimento Especial

À minha orientadora Prof^a Dr^a Silvia Helena Figueiredo Vendramini, por todo ensinamento, por me ajudar e pela amizade.

Epígrafe

MESMO

Mesmo na aridez que fora prevalece...

Mesmo no pardieiro que o país estremece...

Mesmo na sordidez que se estabelece...

Mesmo no lamaçal que permane....

Mesmo na hipocrisia das pessoas que enfurece...

Mesmo na insensatez generalizada que a todos embrutece...

Mesmo na ausência de firmeza que a confiança restabelece

Mesmo na ausência de cores externas, pois tudo escurece....

Mesmo assim....

Sentir uma imensa força interior:

a **ESPERANÇA**

Antonio Ruffino-Netto

Maio/2005

Lista de Figura

Figura 1 Representação gráfica dos critérios de inclusão e exclusão dos prontuários.....16

Lista de Quadros e Tabelas

Quadro 1: Seção do instrumento de coleta de dados, Fonte de coleta de dados, variáveis do estudo e local de coleta de dados. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015.....	13
Quadro 2. Plano fatorial de análise entre os tipos se serviços de Atenção Básica e as variáveis relacionadas à: Informações contidas no Prontuário clínico, ficha de acompanhamento do Tratamento Diretamente Observado, Livro de registro, registros realizados pela equipe de enfermagem, registros realizados pelo médico e Exames de diagnóstico, acompanhamento e vigilância à saúde dos comunicantes. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015.....	28.
Tabela 1: Descrição do registro de informações contidas no Prontuário Clínico dos doentes de TB acompanhados nos Serviços de Atenção Básica. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015.....	18
Tabela 2: Descrição das informações registradas pela equipe de enfermagem contidas no Prontuário Clínico dos doentes de TB acompanhados nos Serviços de Atenção Básica. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015.....	20
Tabela 3: Descrição das informações registradas pelos médicos contidas no Prontuário Clínico dos doentes de TB acompanhados nos Serviços de Atenção Básica. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015.....	21
Tabela 4: Descrição do registro de informações relacionadas aos Exames de diagnóstico e acompanhamento dos doentes de TB e a vigilância à saúde dos comunicantes dos doentes de TB acompanhados nos Serviços de Atenção Básica. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015.....	23
Tabela 5: Descrição do registro de informações contidas na Ficha de Acompanhamento do Tratamento Diretamente Observado dos doentes de TB acompanhados nos Serviços de Atenção Básica. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015.....	24
Tabela 6: Descrição do registro de informações contidas na Ficha de Registro dos doentes de TB acompanhados nos Serviços de Atenção Básica. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015.....	26

Lista de abreviaturas

AB- Atenção Básica

ACS- Agente Comunitário de Saúde

AIDS-Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

COM- Comunicante

DM- Diabetes Mellitus

DOTS- Estratégia de Tratamento Diretamente Observado

EqSF- Equipe Saúde da Família

ESF- Estratégia de Saúde da Família

HIV- Vírus da Imunodeficiência Adquirida

MS- Ministério da Saúde

PCT- Programa de Controle da Tuberculose

PNCT -Plano Nacional de Controle a Tuberculose

RAS- Rede de Atenção à Saúde

SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

TB- Tuberculose

TB-WEB-Sistema Estadual de Informação de Notificação em Tuberculose

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDO- Tratamento Diretamente Observado

TT- Teste Tuberculínico

UBS- Unidade Básica de Saúde

UBSF- Unidade Básica de Saúde da Família

VD- Visita Domiciliária

RESUMO

Objetivo: Analisar a coordenação da assistência a tuberculose na atenção básica. **Métodos:** Estudo epidemiológico descritivo exploratório, do tipo levantamento retrospectivo, com abordagem quantitativa. Realizado levantamento pelo TB-WEB das pessoas notificadas de tuberculose, incluídos aqueles que iniciaram e terminaram o tratamento nos serviços de atenção básica do município entre os anos de 2013 e 2014, excluídos os que mudaram do município, mudaram diagnóstico, realizaram tratamento em serviços secundários ou faleceram após o diagnóstico. Na segunda etapa, foi realizada coleta de dados secundários nos serviços de saúde, através de instrumento feito pelos autores, e validados por especialistas. Os dados foram digitados e armazenados em um banco de dados do Excel 2007. Para a realização da análise dos dados, foram utilizadas técnicas de estatística descritiva (frequência relativa e absoluta) e multivariada, por meio do software Statistica 10 (StatSoft Inc.). **Resultados:** Foram analisados 86 prontuários, em 23 serviços de atenção básica. Dos serviços de saúde 14 (60,8%) eram Unidade Básica de Saúde da Família e 09 (39,1%) Unidade Básica de Saúde. Dentre os 86 prontuários analisados, 50 (58,2%) eram de pessoas com tuberculose acompanhados em Unidade Básica de Saúde e 36 (41,8%) nas Unidade Básica de Saúde da Família. O estudo mostra que as Unidades Básicas de Saúde apresentaram melhores resultados do que as Unidades Básicas de Saúde da Família, de acordo com a Análise de Correspondência Múltipla. **Conclusões:** O trabalho apontou que no município de estudo, durante o período de tratamento de 2012 e 2013, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) apresentaram melhores resultados sobre o registro de informação no tratamento de tuberculose do que as Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família (UBSF).

Palavras-chave: 1. Tuberculose; 2. Atenção Básica; 3. Cuidados de enfermagem; 4. Ações Integradas da Saúde; 5. Sistema de registro

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to analyze the coordination of tuberculosis care in primary health care. **Methods:** This is an exploratory-descriptive, epidemiologic study, retrospective survey-type, with quantitative approach. A survey regarding the tuberculosis patients was conducted by TB-WEB, including the patients who started and ended treatment in primary care services in this city between 2013 and 2014, and excluding those who moved from the municipality, changed diagnosis, were treated in secondary care, or died after diagnosis. A secondary data collection in health care service was performed during the second stage, through an instrument developed by the authors, and validated by specialists. Data were typed and stored in an Excel 2007 database. Data were analyzed using descriptive statistics (relative and absolute frequency) and multivariate statistics, using Statistica 10 software (StatSoft Inc.). **Results:** 86 medical records were analyzed, in 23 primary care services. Regarding health care services, 14 (60.8%) were from Basic Family Health Unit, and 09 (39.1%) from Basic Health Unit. Considering the 86 medical records analyzed, 50 (58.2%) were patients followed-up in Basic Health Units, and 36 (41.8%) were patients followed-up in Basic Family Health Units. This study shows that Basic Health Units presented better results than Basic Family Health Units, according to Multiple Correspondence Analysis. **Conclusions:** The results contradict the literature, as Basic Family Health Units work with a smaller number of patients. Therefore, Basic Family Health Units have greater chances to follow up the patients, and, thus, to expand the relationship with the community to which it provides care.

Keywords: 1. Tuberculosis; 2. Primary Health Care; 3. Nursing Care; 4. Integrated Health Actions; 5. Registration System

RESUMEN

Objetivo: Analizar la coordinación de la asistencia a la tuberculosis en la atención básica. **Métodos:** Estudio epidemiológico descriptivo exploratorio, del tipo levantamiento retrospectivo, con abordaje cuantitativo. Hecho un levantamiento por el TB-WEB incluidos aquellos que iniciaron y terminaron el tratamiento de TB en los servicios de AB en el municipio entre los años 2013 y 2014 y excluidos aquellos que cambiaron del municipio, tuvieron cambio de diagnóstico, realizaron tratamiento en servicios secundarios o fallecieron Después del diagnóstico, en la segunda etapa se realizó recolección de datos secundarios en las UBS y UBSF del municipio. Se analizaron 86 prontuarios, en 23 servicios de atención básica. **Resultados:** De los servicios de salud 14 (60,8%) Unidad Básica de Salud de la Familia (UBSF) y 09 (39,1%) Unidad Básica de Salud (UBS). Entre los 86 prontuarios analizados, 50 (58,2%) eran de pacientes de TB acompañados en UBSs y 36 (41,8%) en las UBSF. **Conclusiones:** El estudio trae que las UBS presentaron mejores resultados que las UBSF, de acuerdo con el Análisis de Correspondencia Múltiple (ACM), opuesto a la literatura, ya que la UBSF trabaja con una población más pequeña, Para el acompañamiento de los pacientes, y formación de mayor vínculo.

Palabras clave: 1- Tuberculose; 2- Atención Primaria de Salud; 3- Atención de enfermeira; 4- Colaboración Intersectorial

INTRODUÇÃO

O mundo tem passado por uma transição demográfica e epidemiológica crescente, principalmente nos países em desenvolvimento, como no caso do Brasil, caracterizada por um processo de envelhecimento populacional (diminuição das taxas de fecundidade e rápido aumento da população idosa) aliada a uma transição das condições de saúde, observada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento das condições crônicas, manifestando-se pelo fenômeno denominado transição epidemiológica^(1,2), definido como mudanças ocorridas ao longo do tempo, na frequência, na magnitude e na distribuição das condições de saúde, expressa nos padrões de morbimortalidade e invalidez, caracterizando uma população específica e que, em geral, acontecem, concomitantemente, com outras transformações demográficas, sociais e econômicas⁽³⁾.

No Brasil, esta transição tem ocorrido de forma diferente em relação aos países desenvolvidos e caracterizada como tripla carga de doenças pois envolve, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o 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; e o forte crescimento das causas externas^(1,4).

Assim, para os países em desenvolvimento, tem-se considerado para análise epidemiológica da situação acima descrita, o conceito de condições de saúde, agudas e crônicas, que difere da denominação mais usual como doenças transmissíveis e doenças e agravos não transmissíveis. Essa definição tem sido muito útil nos estudos epidemiológicos, no entanto, estudos e experiências bem-sucedidas apontam que ela não permite referenciar a estruturação dos sistemas de atenção à saúde, sendo para isto, necessário separar as condições agudas, de curso curto e que podem ser respondidas por um sistema reativo e com respostas episódicas, das condições crônicas, que têm curso mais ou menos longo e que exigem um sistema que

responda a elas de forma proativa, contínua e integrada. Deste modo, considera-se que as condições crônicas envolvem além da diabetes mellitus (DM), doença cardiovascular e respiratória e câncer, as doenças infecciosas persistentes como hanseníase, tuberculose (TB), HIV/AIDS (Vírus da Imunodeficiência Adquirida/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), hepatites virais entre outras^(1,2,5,6).

Deste modo, a TB, classificada como doença de condição crônica, apresenta-se ainda hoje um importante problema de saúde, e em relação ao seu controle, representa um desafio para os serviços de saúde no mundo todo.

O Brasil é um dos países com maior número de casos da doença no mundo e, desde 2003 é considerada como prioritária na agenda política do Ministério da Saúde (MS).

Neste contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS), classifica o país como prioritário em relação ao controle da TB, devido aos elevados coeficientes, dificuldades no manejo e nos resultados do tratamento. O Brasil ocupa a 20ª posição, entre os 22 países com maior carga da doença e a 19ª no que se refere à coinfeção TB-HIV. Os coeficientes de mortalidade e de incidência foram reduzidos em 38,9% (de 3,6 para 2,2/100 mil hab.) e 34,1% (de 51,8 para 34,1/100 mil hab.), respectivamente, de 1990 até 2014⁽⁷⁾. No município de estudo, o coeficiente de incidência foi de 22,35/100 mil hab., em 2015⁽⁸⁾.

O MS recomenda que 1% da população seja examinada, por ano, e no município de estudo, foram examinados aproximadamente 25% do preconizando⁽⁸⁾. Portanto, o fato da incidência ter diminuído em relação ao ano de 2015 (27,6%)⁽⁹⁾ não é um fato positivo, uma vez que o número de pessoas examinadas está abaixo do preconizado e menor do que no ano anterior.

Apesar da queda observada dos coeficientes de incidência e mortalidade da doença, o país possui elevada variabilidade entre os estados quanto a esses indicadores implicando na necessidade de buscar estratégias específicas para cada local.

Neste sentido, o MS tem adotado diversas estratégias para o alcance do efetivo controle da doença no meio social. No Brasil, o tratamento para TB é ofertado gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) aos pacientes diagnosticados e a vacina BCG (bacilo de Calmette-Guerin) é disponibilizada na rede básica de saúde, para prevenir as formas graves da doença⁽¹⁰⁾.

Em 1993 a OMS recomendou a Estratégia de Tratamento Diretamente Observado (DOTS) para o controle da TB, composta por 5 (cinco) pilares: Compromisso político com fortalecimento de recursos humanos e garantia de recursos financeiros, elaboração de planos de ação e mobilização social; diagnóstico de casos por meio de exames bacteriológicos de qualidade; tratamento padronizado com a supervisão da tomada da medicação e apoio ao paciente; fornecimento e gestão eficaz de medicamentos; e sistema de registro e informação e avaliação ágil que possibilite o monitoramento dos casos, desde a notificação até o encerramento do caso⁽¹¹⁾. No município de estudo, a implantação do DOTS melhorou os indicadores de cura e abandono no Programa de Controle da Tuberculose (PCT)⁽¹²⁾.

Em 2004, o MS implantou a descentralização das ações de TB para a Atenção Básica (AB), por considerar que a proximidade desta pessoa ao serviço de saúde constitui um arranjo organizacional para melhorar o acesso às ações de diagnóstico e tratamento da doença e efetivar seu controle. Porém, o PNCT (Plano Nacional de Controle a Tuberculose) encontra dificuldade devido a diversidade de atividades desenvolvidas pelas equipes e a falta de capacitação adequada dos profissionais para atuarem no controle de uma doença que era de competência exclusiva das Unidades de Referência - nível secundário, dentro de cada município⁽¹³⁾.

Apesar das dificuldades, a descentralização da gestão e competência da prestação dos serviços para a AB apresentou um avanço importante no SUS, representada principalmente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo estruturante da AB no Brasil, passando a ser de responsabilidade das secretarias municipais a ampliação da ESF em suas redes de serviços como modelo prioritário de organização em cada localidade⁽¹⁴⁾. Assim, a ESF foi considerada importante aliada no controle da TB, pois, atua com foco no sujeito, família e comunidade, substituindo a visão centrada na doença, para promoção de saúde e prevenção de doenças, criação de vínculo entre profissionais de saúde e usuários, corresponsabilização de todos os profissionais da equipe, inclusive os sujeitos e família pelo processo saúde-doença⁽¹⁵⁾.

Desde então, todas estas estratégias foram incorporadas aos PCTs em todas as esferas de gestão do SUS, contribuindo para o controle da doença. Contudo, ainda existem desafios a serem superados para o alcance do objetivo de eliminar a TB como um problema de saúde pública.

Em 2014, foi aprovada, na Assembleia Mundial de Saúde, a Estratégia Global e Metas para a Prevenção, Atenção e Controle da Tuberculose pós-2015 – Estratégia pelo Fim da Tuberculose, que tem como visão “Um mundo livre da tuberculose: zero morte, adoecimento e sofrimento devido à tuberculose”, e como objetivo o “fim da epidemia global da doença”. O Plano Brasileiro pelo Fim da Tuberculose foi construído considerando a meta de redução de incidência e da mortalidade até o ano de 2035. Esse plano define as estratégias para cada um dos objetivos identificados em três pilares. Para que este objetivo seja alcançado, o país deverá se mobilizar, por meio de um esforço conjunto para alcançar a meta deste plano, de chegar em 2035 com menos de 10 casos por 100 mil habitantes, reduzir o número de óbitos e evitar os gastos catastróficos pelas famílias afetadas. São os objetivos lançados nesse plano para o país⁽⁷⁾.

Espera-se que essas estratégias sejam suporte para os programas de controle da TB nas três esferas de governo, na construção de seus planos de trabalho, considerando suas respectivas

competências estabelecidas no SUS. Dentre os pilares do plano acima citado encontra-se o tratamento de forma adequada e oportuna todos os casos diagnosticados de tuberculose visando a integralidade do cuidado⁽⁷⁾.

Como condição crônica o controle da TB exige um sistema de atenção que além dos aspectos citados anteriormente assume o compromisso político com AB, implemente um acolhimento qualificado e práticas inovadoras no âmbito da política e da atenção⁽¹⁶⁾.

No entanto, a AB como eixo ordenador do sistema público de saúde ainda encontra vários desafios, sobretudo pela fragilidade de se implantar uma rede que permita a integração entre os níveis de atenção na sua dimensão vertical e horizontal, bem como sistemas de apoio e logística para sustentar os fluxos de comunicação e os processos para a produção social em saúde⁽¹⁷⁾, somados a estes, reconhece-se no Brasil, a resistência às mudanças nos sistemas de atenção à saúde. Assim, a solução para enfrentamento destes desafios exige mudanças profundas no SUS, que permitam superar um sistema fragmentado vigente por meio da implantação de Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁽¹⁾.

Deste modo, a gestão do SUS decidiu implantar no país as RAS, por meio de redes temáticas priorizando algumas linhas de cuidado, acolhendo e redefinindo os novos modelos de atenção à saúde que estão sendo experimentados e que têm se mostrado efetivos e eficientes no controle das condições crônicas⁽¹⁾.

As RAS são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado⁽¹⁸⁾.

A estrutura operacional das RAS compõe-se de quatro componentes: o centro de comunicação, a AB; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico

em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós⁽²⁾.

A coordenação das RAS pela AB implica que ela assuma papel central e estratégico de reordenamento do sistema de saúde, orientando o cuidado ao longo de todos os pontos de atenção e de toda a vida de uma comunidade⁽¹⁹⁾. O centro de comunicação das RAS dentro do sistema de atenção à saúde é constituído pelas Unidade Básicas de Saúde (UBS) e Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), considerado nó intercambiador, no qual se coordenam os fluxos e contrafluxos⁽¹⁶⁾.

No entanto, para que a RAS seja efetiva, deve-se apresentar uma AB de qualidade, garantindo o funcionamento dos sete atributos, sendo elas: primeiro contato (para cada problema, o sujeito ter sempre acesso a AB), longitudinalidade (suporte da equipe e uso do serviço de saúde em todo período), integralidade (assistência preventiva e curativa, promoção a saúde, e reabilitação), coordenação (continuidade da atenção, articulação com outros serviços, sendo ponto principal de comunicação da RAS), focalização na família (instituição social se torna sujeito da ação), orientação comunitária (considerar o contexto em que a família vive) e competência cultural (relação entre equipe de saúde e comunidade, respeitando as diferenças culturais); sendo os quatro primeiros considerados essenciais, e os outros três derivados^(2,20).

Neste sentido, trazendo o conceito de coordenação da assistência como eixo orientador deste estudo, pode-se defini-lo como a capacidade de garantir a continuidade da atenção, de um modo integrado com os diferentes pontos de atenção, tendo a AB como ordenadora do sistema, principalmente nas doenças crônicas, entre elas da TB. É compreendida nas dimensões vertical, entre a AB e os demais níveis de atenção à saúde; e horizontal, que envolve a articulação entre a própria equipe de AB, serviços de saúde e equipamentos sociais^(17,21), uma das ações necessárias na coordenação é o registro de informações, tendo o prontuário como principal instrumento, além de outros sistemas de registros⁽¹⁵⁾.

O Manual de Controle da Tuberculose, do MS, aponta as atribuições dos municípios diante da doença: monitorar os indicadores epidemiológicos, no sistema de informação, gerar boletins e acompanhar a situação epidemiológica local, providenciar medicação, zelar pela vacinação da BCG dos recém-nascidos, articular com a equipe da AB para acompanhamento dos casos, mapear os laboratórios de apoio, definir as unidades de atenção secundária e terciária. A AB tem a função de realizar busca ativa dos sintomáticos respiratórios e controle dos contatos das pessoas com TB, notificar os casos e acompanhar até finalizar o tratamento, realizar os exames (baciloscopia, cultura, teste de sensibilidade), prescrever o esquema básico para tratamento, participar do Tratamento Diretamente Observado (TDO), solicitar exames de HIV, fazendo pré e pós teste para todas as pessoas com TB, realizar controle diário de tomada de medicação e buscar os faltosos através de visita domiciliária e ligações telefônicas, para evitar o abandono do tratamento, investigar e tratar infecção latente nos comunicantes, realizar vacina de BCG para os recém nascidos⁽¹¹⁾.

A AB, deve também preencher além do prontuário, os instrumentos,: Livro de Registro e Acompanhamento de Tratamento dos Casos de Tuberculose (Livro de Registro) permite acompanhar a evolução e o desfecho do tratamento e analisar os resultados e a qualidade das atividades; Livro de Registro dos Sintomáticos Respiratórios (SR): deve conter informações sobre todos os pacientes com suspeita de TB que realizam exames diagnósticos, inclusive resultado; Ficha de acompanhamento do TDO: utilizada para registrar as tomadas de medicações e identificação dos comunicantes – dados pessoais e exames realizados.

No estado de São Paulo foi adotado o sistema de informação em tuberculose (TB-WEB) elaborado para descentralizar o banco de dados dos casos da doença, eliminando a duplicidade de dados. Esse sistema de registro deve ser preenchido e acompanhado pela vigilância epidemiológica do município⁽¹¹⁾.

Diante de diversos instrumentos que devem ser preenchidos, observa-se a duplicidade ou ausência dos mesmos, principalmente quando os instrumentos são impressos, e não informatizados. Fato que prejudica a coordenação da assistência prestada, a nível horizontal e vertical, principalmente quando se refere as doenças crônicas, como é o caso da TB⁽²²⁾. Além de auxiliar na coordenação, o registro é utilizado para avaliar a qualidade da assistência prestada e a necessidade de educação permanente⁽¹⁵⁾.

A integração da rede ocorre com maior êxito quando há investimentos em tecnologias da informação e comunicação, através de prontuário eletrônico e sistema de informação para regulação. Com sistema informatizado, há economia financeira e de tempo, por exemplo, quando o paciente realiza os mesmos exames mais de uma vez⁽²⁰⁾. Muitas informações se perdem devido à falta de comunicação, principalmente quando o sujeito retorna ao serviço da AB para dar continuidade ao tratamento/acompanhamento (contra referência), e a equipe não tem informações sobre as condutas nos níveis secundário e terciário.

A unificação de um instrumento informatizado contribui para ter registros mais eficazes, além da participação e responsabilização de toda a equipe no acompanhamento a TB na AB, e em todos os níveis de atenção^(22,23).

Outra característica com resultados positivos na coordenação da assistência é o médico ter função de gatekeeping (papel de filtro), ou seja, ele encaminhará o paciente quando necessário, e irá acompanhá-lo por todo o tratamento, em todos os níveis de atenção, inclusive durante internação⁽²¹⁾.

Apesar da AB ser considerada articuladora na atenção a TB, e centro de comunicação, a literatura aponta que os próprios profissionais da AB têm uma visão curativa da doença, e desconhecem a AB como ordenadora da RAS⁽²⁴⁾, tornando a assistência fragmentada, e pouco vínculo entre profissional-paciente.

Sabe-se do protagonismo do enfermeiro no acompanhamento a TB, nas ações de enfermagem, devendo ser executadas de forma sistemática com todas as pessoas com TB e comunicantes. No controle da TB os profissionais de enfermagem possuem papel fundamental na prevenção da doença, busca e diagnóstico dos casos, tratamento e seguimento dos portadores, prevenção e tratamento, além de desenvolverem a gerência das atividades de controle, sistema de registro, vigilância epidemiológica e pesquisas. Devido a diversidade de ações no PCT, desenvolvidas pela categoria, ocorre o fortalecimento do vínculo entre profissional, paciente e família, conseqüentemente, melhores desfechos aos casos^(25,26)

A consulta de enfermagem é um instrumento do cuidado e deve seguir as etapas do Processo de Enfermagem: identificação de problemas de saúde do cliente ou coleta de dados (com anamnese e exame físico), delineamento dos Diagnósticos de Enfermagem (DEs), planejamento e implementação das ações e a avaliação do plano⁽²⁷⁾.

Diretrizes postuladas pelo Conselho Federal de Enfermagem, determina que os registros de todas as etapas sejam feitos nos prontuários⁽²⁸⁾.

No entanto, estudos apontam que, apesar dos enfermeiros realizarem as ações preconizadas pelo MS, como TDO, busca ativa de sintomáticos, as ações são fragmentadas, diminuindo a qualidade da assistência de enfermagem destinada a essa população, além da não formação de vínculo, fator que interfere no desfecho do paciente em tratamento⁽²⁹⁾.

No município de estudo, a maioria das atividades de controle da TB é realizada pela equipe de enfermagem, principalmente pelo enfermeiro. 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⁽³⁰⁾.

Deste modo, diante do panorama epidemiológico da TB, que apesar da descentralização das ações de controle para a AB, da incorporação cada vez mais frequente da ESF e da

construção das RAS pelos municípios, apresenta ainda dificuldades no acompanhamento dos portadores de TB, principalmente devido a questões relacionadas ao fluxo de atendimento, à referência e contra referência na prestação da assistência e a integração dos níveis assistenciais nos diferentes pontos de atenção da RAS.

Partindo-se da premissa que o acompanhamento da pessoa com TB envolve a utilização de instrumentos padronizados e requer articulação de vários serviços no desenvolvimento de um trabalho integrado a fim de garantir o efetivo manejo dos indivíduos acometidos pelo agravo, torna-se necessária a colaboração e a articulação permanente entre os diversos pontos de atenção na RAS, no sentido de assegurar uma assistência contínua, o que significa que o indivíduo será acompanhado em todos os estágios, da descoberta à cura da doença.

Assim, a utilização das fontes de registro de dados diversificada pode resultar em problemas de qualidade das informações, duplicidade de dados, informações contraditórias e/ou perda de dados, resultando em dificuldades na coordenação e avaliação destas informações. Somadas a estas questões, encontramos ainda tais informações centralizadas no nível municipal, onde normalmente são analisadas, avaliadas e enviadas as secretarias estaduais e MS, embora seja o nível local o responsável pelo tratamento e acompanhamentos.

Este estudo justifica-se, portanto, pela necessidade de investigar como ocorre na prática dos serviços na AB a utilização e preenchimento dos instrumentos padronizados no acompanhamento das pessoas com TB, principalmente pelo enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem e médico, principais profissionais de saúde responsáveis por esta atividade.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Analisar a coordenação da assistência as pessoas com Tuberculose nos serviços de Atenção Básica.

Objetivos específicos

Analisar a coordenação da assistência as pessoas com Tuberculose por meio da existência e a utilização dos instrumentos de registro preconizados na assistência ao agravo nos serviços de Atenção Básica;

Associar a utilização dos instrumentos de registro preconizados na assistência as pessoas com Tuberculose e os tipos de serviços de Atenção Básica;

Identificar a associação entre a utilização dos instrumentos de registro preconizados na assistência as pessoas com tuberculose pela enfermagem e médicos e os tipos de serviços de Atenção Básica.

MÉTODOS

Estudo epidemiológico descritivo exploratório, do tipo levantamento retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado no município de São José do Rio Preto (SJRP), localizado no noroeste paulista, que apresenta 442.870 habitantes⁽⁸⁾. Sede do Departamento Regional de Saúde (DRS) XV, SJRP constitui-se como referência regional em assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar para os 101 municípios que o compõe, e também para diversos municípios de outras Regiões de Saúde.

Atualmente existem 27 Serviços de AB no município de estudo, sendo 10 UBS e 17 UBSF, na Atenção Especializada (AE) há um Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis sendo referência para todo atendimento e acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS, IST (Infecção Sexualmente Transmissível), hepatites virais, TB e hanseníase. É referência para o tratamento de TB extrapulmonar, micobacterias atípicas, coinfeção TB/HIV, resistência medicamentosa. Possui infraestrutura completa para o atendimento integral aos pacientes, incluindo sala de vacina e serviço de tratamento assistido (para os portadores de hepatite C). A equipe multiprofissional é formada por médicos infectologistas, gastroenterologista, psiquiatra, endocrinologista e pediatra infectologista, enfermeiros, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social e nutricionista.

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. As Unidades de AB tem horários de funcionamento diferenciados, sendo que 19 fiam abertas das 7 às 17h, e a demais das 7 às 22h. O PCT além de atender as pessoas com tuberculose que são referenciadas pela AB, tem porta de entrada aberta

para todas as pessoas, por tanto casos que poderiam ser acompanhados pela AB, são acompanhados na atenção secundária.

Para a realização da coleta dos dados, procederam-se duas etapas: primeiramente, para a identificação das pessoas que foram notificadas com TB, foram levantados dados por meio do banco de dados do TB-WEB, sendo incluídos aqueles que iniciaram e terminaram o tratamento de TB nos serviços de AB no município entre os anos de 2013 e 2014 e excluídos aqueles que mudaram do município, tiveram mudança de diagnóstico, realizaram tratamento em serviços secundários ou faleceram após o diagnóstico.

A partir deste levantamento, identificaram-se os serviços de AB nos quais os mesmos realizaram tratamento. Na segunda etapa da coleta dos dados, foram levantados os instrumentos de registros preconizados na assistência à TB (prontuários, ficha de acompanhamento e livro de acompanhamento) nos serviços de AB, os quais foram revisados, a partir de um instrumento estruturado, elaborado pelos autores e baseado nos Manuais do MS que preconizam o preenchimento correto de tais instrumentos de registro⁽⁸⁾ (ANEXO A).

Previamente à coleta dos dados, tal instrumento foi submetido à validação de conteúdo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) por cinco (5) especialistas da área, mediante leitura e assinatura do com a finalidade de verificar a adequação e precisão dos itens e a representatividade dos mesmos em relação ao assunto. O instrumento constituiu-se de quatro (04) seções e 40 variáveis, relacionadas a: Seção I: Identificação das pessoas que fizeram tratamento de TB, local onde realizou o tratamento, consulta clínica e TDO; Seção II: informações sobre a ficha de acompanhamento do TDO; Seção III: informações referentes ao Livro de Registro e realização dos exames preconizados pelo MS⁽⁸⁾ e; Seção IV: anotações da equipe de saúde no prontuário clínico (Quadro 1).

Quadro 1: Seção do instrumento de coleta de dados, Fonte de coleta de dados, variáveis do estudo e local de coleta de dados. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015.

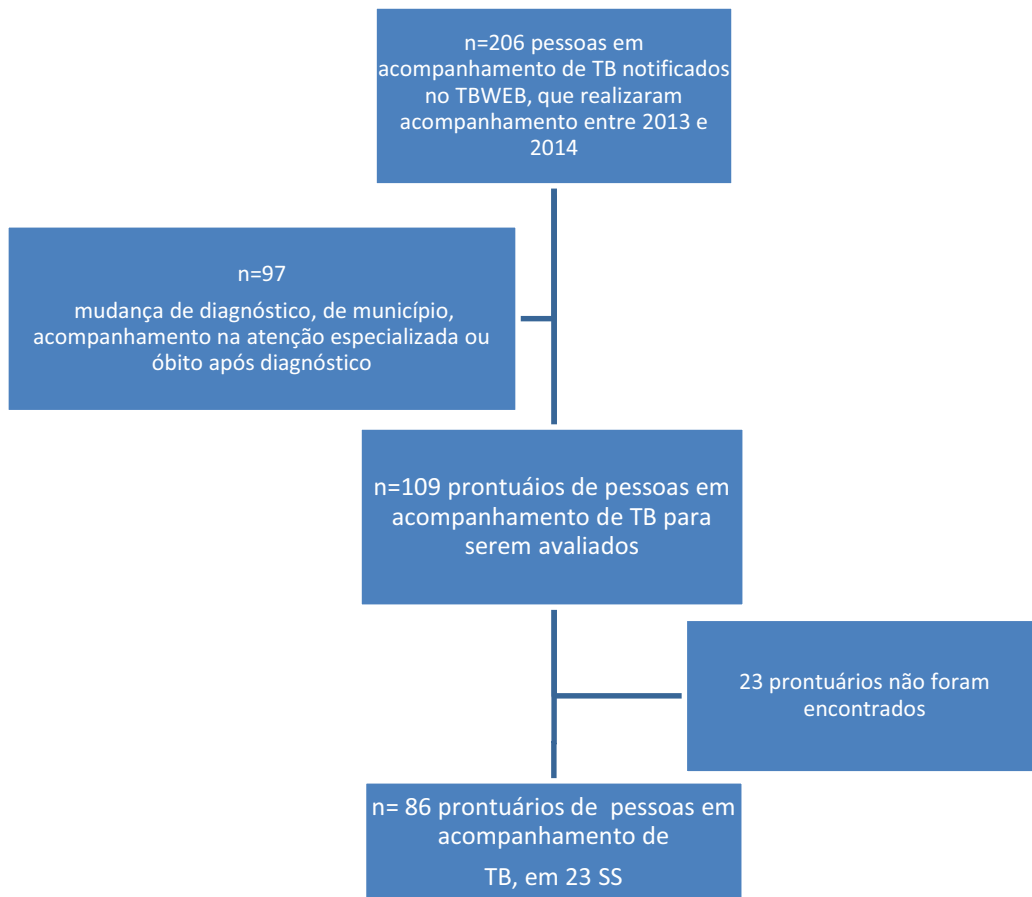
Seção do instrumento de coleta de dados	Fonte de coleta de dados	Variáveis do estudo	Local da Coleta de dados
Seção I	TB-WEB	Identificação da pessoa e acompanhamento de TB: Nome, Idade, Data de Nascimento, prontuário, sexo; endereço, unidade notificante, data de início do tratamento; data de encerramento do caso, desfecho (cura, abandono, óbito);	Programa de Controle da Tuberculose
	Prontuário Clínico	Local onde realizou consulta clínica, Serviço de Saúde que acompanhou o TDO, Nome e tipo de serviço de saúde (UBS/UBSF) onde os dados foram coletados	Serviço de Saúde
Seção II	Ficha de Acompanhamento de TDO	Informações sobre a ficha de acompanhamento do TDO: telefone, endereço, preenchimento da planilha, informações sobre o comunicante (nome, idade, grau de parentesco, Raio X de tórax, TT, baciloscopia, indicação de quimioprofilaxia), registro do local onde predominava TDO.	
Seção III	Livro de Registro	Identificação da pessoa em acompanhamento de TB: nome, idade, sexo, nº prontuário, SINAN; Forma clínica, tipo de entrada, data de início de tratamento; exames diagnóstico: 1ª e 2ª amostras de baciloscopia, cultura de escarro, Raio X de tórax, sorologia anti-HIV; Controle de baciloscopia: mensal, bimensal, final do tratamento; desfecho do caso	
Seção IV	Prontuário Clínico	Todas as consultas médicas*; todas as consultas de enfermagem*; Registro de enfermagem, Orientações sobre a doença, Sobre o tratamento e efeitos colaterais dos medicamentos interação medicamentosa, orientação para realização de exames, retorno as consultas, tratamento e efeitos colaterais, interação medicamentosa, ingestão da dose importância da adesão ao tratamento, Procedimentos: Consulta do enfermeiro, atendimento do técnico/auxiliar de enfermagem (pré/pós consulta); coleta de material para exames, prescrição, encaminhamento para outro serviço, solicitação de exames, aferição de peso e altura, entrega de medicação; Médico-orientações: Sobre a doença, medicamentosa, orientação para realização de exames, retorno as consultas, tratamento e efeitos colaterais, interação medicamentosa, ingestão da dose importância da adesão ao tratamento, Procedimentos: evolução clínica,	Serviço de Saúde

		coleta de material para exames, prescrição, encaminhamento para outro serviço, solicitação de exames Registro da utilização de outro serviço, referência, contra-referência, registro do contato do profissional que atendeu o cliente em outro serviço, faltas a consultas, conduta a partir das faltas, registro dos profissionais que fizeram VD, Registro sobre a realização de TDO, condições de vida, exames para diagnóstico- 1ª e 2ª amostras de baciloscopia, cultura de escarro, Raio X de tórax, sorologia anti-HIV; Controle de baciloscopia: mensal, bimensal, final do tratamento; cultura de escarro, outros exames; Registro sobre os comunicantes: Identificação, consulta de enfermagem, consulta médica, solicitação de exames, resultados de exames, indicação de tratamento para infecção latente, incentivos sociais: café da manhã, cesta básica, leite, vale transporte e bolsa família; dificuldade de enfrentamento da doença; uso de álcool e drogas; comorbidades com DM, apoio familiar durante tratamento, resultado de exame anti-HIV; Prontuário eletrônico: Diagnóstico, Tratamento, Acompanhamento	
--	--	--	--

Legenda: TB: Tuberculose, UBS- Unidade Básica de Saúde; UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família; TDO: Tratamento Diretamente Observado; MS: Ministério da saúde; TT(teste tuberculínico), *Considerando todas as consultas de enfermagem/médicas, no mínimo seis (6) consultas de cada profissional

Dos 206 casos de notificação de TB identificados na primeira etapa da coleta de dados houve exclusão de 97 devido à mudança de diagnóstico (9;9,2%), de município (4;4,1%), acompanhamento na atenção especializada (57;58,7%) e óbito após diagnóstico (2;2%), óbito não TB (24;24,7%) e fez acompanhamento na penitenciária (1;1%) sendo selecionados 109 casos para análise dos registros de informação à TB nos serviços de AB, no entanto, foi feito o levantamento de dados de 86(78,8%) prontuários, em 23 Unidades de Saúde, uma vez que 23(21,2%) não foram encontrados em 10 serviços de AB.

Figura 1: Representação gráfica dos critérios de inclusão e exclusão dos prontuários



Os dados foram digitados e armazenados em um banco de dados do Excel 2007. Para a realização da análise dos dados, foram utilizadas técnicas de estatística descritiva (frequência relativa e absoluta) e multivariada, por meio do software Statistica 10 (StatSoft Inc.).

A abordagem multivariada foi realizada pela aplicação da Análise de Correspondência Múltipla (ACM) a fim de se investigar a existência de associação entre a variável passiva (tipos de serviços de AB no qual as pessoas com TB realizaram tratamento) e as ativas (demais variáveis de estudo). Adotou-se nível de significância de 0,05.

ACM é uma técnica que aglomera diversas variáveis em duas dimensões diferenciadas, sendo que tais variáveis são reunidas de acordo com a elevada correspondência entre elas. Caso as variáveis estejam localizadas no mesmo quadrante ou hemisfério do gráfico bidimensional, as variáveis podem ser classificadas como altamente correspondentes; caso localizem-se em

quadrantes ou hemisférios contrários, as variáveis apresentarão baixa correspondência ou, até mesmo, correspondência contrária. A proximidade entre as variáveis indica o nível de associação entre elas.

A pesquisa foi conduzida conforme a Resolução nº466 de 2012 do Conselho de Ética em pesquisa e aprovada pelo Comitê de Ética da FAMERP, parecer nº 989.439 (ANEXO B).

RESULTADOS

Foram avaliados 23 Serviços de AB, 14 (60,8%) UBSF e 09 (39,1%) UBS. Dentre os 86 prontuários analisados, 50 (58,2%) fizeram acompanhados em UBSs e 36 (41,8%) nas UBSFs (Tabela 1).

Por meio da avaliação dos prontuários, observou-se que nas UBSF há maior frequência dos registros de todas as consultas de enfermagem realizadas em comparação com as UBS (27-75% x 23-46%), bem como para os registros das consultas com médicos (12-33% x 4-8%), embora essa proporção ainda seja baixa (Tabela 1).

Registros relacionados à referência e contra-referência apresentaram baixa frequência tanto nas UBS como UBSF (4-11,1% x 13-26% e 14-38,9% x 26-52%), embora tenha se observado maior proporção de registros de contra-referência nas UBS (Tabela 1). Tal resultado também foi observado por meio da ACM (Figura A- Quadro 2).

Tanto nas UBSF como nas UBS revelou-se que os profissionais não têm registrado a realização das visitas domiciliares (30-83,3% x 49-98%) (Tabela 1).

O registro da supervisão medicamentosa foi observado em maior proporção nas UBSF (28-77,8%) em relação às UBS (34-68%) (Tabela 1).

Foram baixos os registros relacionados às condições de vida bem como das dificuldades de enfrentamento da doença nos dois tipos de serviços de saúde (Tabela 1), embora tenha se observado associação dessas variáveis com a UBS (Quadro 2-Figura A).

Houve associação entre as UBS e a realização de registros relacionados à disponibilização de vale transporte (Quadro 2-Figura A).

Tanto na UBSF como na UBS as anotações relacionadas às questões clínicas de saúde, como uso de álcool e outras drogas (26;72,2% x 35;70%) e comorbidade com o DM (35-97,2% x 44-88%) apresentaram-se baixas (Tabela 1). Na ACM pode-se observar associação entre as UBS com informações sobre a ocorrência de casos de álcool e drogas (Quadro 2-Figura A).

Foram observadas associação dos registros de casos de comorbidades com DM, apoio familiar e resultados dos exames de anti-HIV com UBSF (Quadro 2-Figura A).

Quanto aos registros encontrados no prontuário eletrônico, informações relativas ao diagnóstico apresentaram-se escassas em ambos serviços e, quanto ao tratamento e acompanhamento de TB, observou-se que a frequência de registro de informações foi maior nas UBSFs, embora ainda tenha sido baixa tanto em UBSF como nas UBS (14-38,9% x 17-34% e 14-38,9% x 18-36%) (Tabela 1). As UBSF estiveram associadas com a realização de registros voltados ao tratamento e acompanhamento da TB, enquanto nas UBSs houve maior registro de dados do diagnóstico da doença (Quadro 2-Figura A),

Tabela 1: Descrição do registro de informações contidas no Prontuário Clínico dos doentes de TB acompanhados nos Serviços de Atenção Básica. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015.

Prontuário clínico			Tipo de SS		Total
			UBSF n (%)	UBS n (%)	
Total de pessoas em acompanhamento com TB			36(41,8)	50(58,2)	86(100)
Existem informações sobre:	TODAS as consultas mensais com ENFERMEIRO*	Sim	27(75)	23(46)	50(58,1)
		Não	9(25)	27(54)	36(41,9)
	TODAS as consultas mensais com MÉDICO*	Sim	12(33,3)	4(8)	16(18,6)
		Não	24(66,7)	46(92)	70(81,4)
Encaminhamento para outros serviços	Referência	Sim	4(11,1)	13(26)	17(19,8)
		Não	32(88,9)	37(74)	69(80,2)
	Contra-referência	Sim	14(38,9)	26(52)	40(46,6)
		Não	22(61,1)	24(48)	46(53,4)
Identificação dos profissionais que fizeram atendimento em outro serviço		Sim	16(44,4)	23(46)	39(45,3)
		Não	20(55,6)	27(54)	47(54,7)
Faltas em consultas agendadas	Registro em prontuário	Sim	10(28,6)	18(35,3)	28(32,6)
		Não	25(71,4)	33(67,4)	58(67,4)
	Registro de conduta adotada em caso de falta	Sim	8(80)	14(77,8)	22(78,6)
		Não	2(20)	4(22,2)	6(21,4)
Registros dos profissionais que realizaram visitas domiciliares		Sim	6(16,7)	1(2)	7(8,1)
		Não	30(83,3)	49(98)	79(91,9)
Realização do TDO		Sim	28(77,8)	34(68)	62(72,1)
		Não	8(22,2)	16(32)	24(27,9)
Condições de vida do paciente		Sim	4(11,1)	9(16,7)	13(14,4)
		Não	32(88,9)	45(83,3)	77(85,6)
Registro sobre incentivos sociais oferecidos ao portador de TB	Café da manhã	Sim	0(0)	2(4)	2(2,3)
		Não	36(100)	48(96)	84(97,7)
	Cesta básica	Sim	0(0)	2(4)	2(2,3)
		Não	36(100)	48(96)	84(97,7)
	Vale transporte	Sim	1(2,8)	2(4)	3(3,5)
		Não	35(97,2)	48(96)	83(96,5)
	Leite	Sim	2(5,6)	1(2)	3(3,5)
		Não	34(94,4)	49(98)	83(96,5)

Bolsa Família	Sim	1(2,8)	0(0)	1(1,2)
	Não	35(97,2)	50(100)	85(98,8)
Registro sobre dificuldade de enfrentamento da doença	Sim	7(19,4)	7(14)	14(16,3)
	Não	29(80,6)	43(86)	72(83,7)
Uso de álcool e drogas	Sim	10(27,8)	15(30)	25(29,1)
	Não	26(72,2)	35(70)	61(70,9)
Comorbidades com Diabetes Mellitus	Sim	1(2,8)	6(12)	7(8,1)
	Não	35(97,2)	44(88)	79(91,9)
Apoio familiar durante o tratamento**	Sim	5(14,3)	8(17,4)	13(16)
	Não	30(85,7)	38(82,6)	68(84)
Prontuário eletrônico	Diagnóstico	Sim	2 (5,6)	4(8)
	Não	34(94,4)	46(92)	80(93)
Tratamento	Sim	14 (38,9)	17(34)	31(36)
	Não	22(61,1)	33(66)	55(64)
Acompanhamento	Sim	14 (38,9)	18(36)	32(37,2)
	Não	22(61,1)	32(64)	54(62,8)

*Foram consideradas TODAS consultas de enfermagem e TODAS as consultas médicas, ter 6 consultas com cada profissional, sendo uma por mês.

**Foram avaliados 81 prontuários uma vez que cinco (05) eram de pessoas que não possuíam comunicantes.

Quanto aos registros realizados pela equipe de enfermagem nos prontuários foi possível observar que aqueles relacionados à interação medicamentosa, ingesta medicamentosa e encaminhamento para outros serviços apresentaram baixa frequência na maioria dos prontuários, tanto nas UBSFs quanto UBSs (Tabela 2).

Em comparação com as UBS, as UBSF apresentaram maiores anotações quanto à orientação para realização de exames (25-69,4% x 23-46%), retorno de consultas (26-72,2% x 13-26%) e orientações quanto à importância da adesão ao tratamento (22-61,1% x 15-30%). No entanto, a ACM revelou que as UBS tiveram associação com as anotações sobre a importância de adesão ao tratamento, orientação e coleta de material para exames, informação sobre a doença e prescrição, as UBSF apresentaram pior desempenho na qualidade das anotações relacionadas ao tratamento e efeitos colaterais dos medicamentos (7-19,4% x 31-62%) (Tabela 2).

Pela ACM foi possível observar que houve maior associação entre os registros realizados pelos enfermeiros e as UBS. No entanto, informações sobre o tratamento e os efeitos colaterais dos medicamentos, consultas de enfermagem, entrega de medicação, pré e pós-

consulta, aferição de peso e altura e solicitação de exames, ingesta e interações medicamentosas também se apresentaram associadas às UBSF (Quadro 2-Figura B).

Tabela 2: Descrição das informações registradas pela equipe de enfermagem contidas no Prontuário Clínico das pessoas em acompanhados de TB nos Serviços de Atenção Básica. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015.

Registros realizados pela equipe de Enfermagem		Tipo de SS		Total
		UBSF n (%)	UBS n (%)	
Total de prontuários		36(41,8)	50(58,2)	86(100)
A doença	Sim	18(50)	19(38)	37(43)
	Não	18(50)	31(62)	49(57)
Tratamento e efeitos colaterais dos medicamentos	Sim	7(19,4)	31(62)	38(4,2)
	Não	29(80,6)	19(38)	48(55,8)
Interação medicamentosa	Sim	5(13,9)	3(6)	8(9,3)
	Não	31(86,1)	47(94)	78(90,7)
Ingesta medicamentosa	Sim	17(47,2)	16(32)	33(38,4)
	Não	19(52,8)	34(68)	53(61,6)
Orientação para realização de exames	Sim	25(69,4)	23(46)	48(55,8)
	Não	11(30,6)	27(54)	38(44,2)
Retornos às consultas	Sim	26(72,2)	13(26)	39(45,3)
	Não	10(27,8)	37(74)	47(54,7)
Importância da adesão ao tratamento	Sim	22(61,1)	15(30)	37(43)
	Não	14(38,9)	35(70)	49(57)
Consulta de enfermagem	Sim	35(97,2)	44(88)	79(91,9)
	Não	1(2,8)	6(12)	7(8,1)
Pré e pós consulta	Sim	11(30,6)	15(30)	26(30,2)
	Não	25(69,4)	35(70)	60(69,8)
Coleta de material para exame	Sim	18(50)	20(40)	38(44,2)
	Não	18(50)	30(60)	48(55,8)
Prescrição	Sim	20(55,6)	20(40)	40(46,5)
	Não	16(44,4)	30(60)	46(53,5)
Encaminhamentos para outros serviços	Sim	4(11,1)	7(14)	11(12,8)
	Não	32(88,9)	43(86)	75(87,2)
Solicitação de exames	Sim	28(77,8)	32(64)	60(69,8)
	Não	8(22,2)	18(36)	26(30,2)
Aferição de peso	Sim	24(66,7)	23(46)	47(54,7)
	Não	12(33,3)	27(54)	39(45,3)
Aferição de altura	Sim	9(25)	11(22)	20(23,3)
	Não	27(75)	39(78)	66(76,7)
Entrega de medicação	Sim	32(88,9)	34(68)	66(76,7)
	Não	4(11,1)	16(32)	20(23,3)

Nos registros realizados pelos médicos, observou-se maior proporção de anotações relacionadas à prescrição medicamentosa, solicitação de exames e utilização de outros serviços de saúde, tanto nas UBSF como nas UBS (Tabela 3). Questões relacionadas ao tratamento e efeitos colaterais dos medicamentos, interação e ingesta medicamentosa, orientação para a realização e coleta de exames, retornos às consultas, importância da adesão ao tratamento,

encaminhamento para outros serviços e inclusive quanto à evolução clínica revelaram-se ausentes na maioria dos serviços, tanto UBSF como UBS (Tabela 2).

Em comparação com as UBS, as UBSF apresentaram melhores anotações quanto à prescrição (23-63,9% x 25-50%). No entanto, as UBS revelaram-se com maior proporção de registros em relação às UBSFs quanto à solicitação de exames (27-54% x 18-50%) e utilização de outros serviços de saúde (34-68% x 23-63,9%) (Tabela 3).

Por meio da ACM foi possível observar que tanto a dimensão 1 como a dimensão 2 foram capazes de diferenciar o que é registrado na UBS do que é registrado na UBSF. De uma forma geral, os médicos que tratam de pessoas com TB nas UBS apresentam maior frequência de registro sobre a doença que médicos que atuam nas UBSF. Entretanto, analisando a dimensão 2 observa-se que as informações sobre encaminhamento para outros serviços, coleta de material para exame, prescrição, solicitação de exames, orientação de realização de exames e evolução clínica estiveram mais associadas aos médicos atuantes na UBS (Quadro 2-Figura C).

Tabela 3: Descrição das informações registradas pelos médicos contidas no Prontuário Clínico nos Serviços de Atenção Básica. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015.

Registros realizados pelos Médicos		Tipo de SS		Total
		UBSF n (%)	UBS n (%)	
Total prontuários de TB		36(41,8)	50(58,2)	86(100)
Registros realizados pelo MÉDICO – Existem informações sobre:	A doença	Sim 9(25)	6(12)	15(17,4)
		Não 27(75)	44(88)	71(82,6)
	Tratamento e efeitos colaterais dos medicamentos	Sim 4 (11,1)	1 (2)	5(5,8)
		Não 32(88,9)	49(98)	81(94,2)
	Interação medicamentosa	Sim 3(8,3)	0(0)	3(3,5)
		Não 33(91,7)	50(10)	83(96,5)
	Ingesta medicamentosa	Sim 7(19,4)	5(10)	12(14)
		Não 29(80,6)	45(90)	74(86)
	Orientação para realização de exames	Sim 14(38,9)	11(22)	25(29,1)
		Não 22(61,1)	39(78)	61(70,9)
	Retornos às consultas	Sim 11(30,6)	5(10)	16(18,6)
		Não 25(69,4)	45(90)	70(81,4)
	Importância da adesão ao tratamento	Sim 6(16,7)	6(12)	12(14)
		Não 30(83,3)	44(88)	74(86)
	Evolução clínica	Sim 8(22,2)	7(14)	15(17,4)
		Não 28(78,8)	43(86)	71(82,6)
	Coleta de material para exame	Sim 5(13,9)	4(8)	9(10,5)
		Não 31(86,1)	46(92)	77(89,5)
	Prescrição	Sim 23(63,9)	25(50)	48(55,8)
		Não 13(36,1)	25(50)	38(44,2)
Encaminhamentos para outros serviços	Sim 5(13,9)	5(10)	10(11,6)	

	Não	31(86,1)	45(90)	76(88,4)
Solicitação de exames	Sim	18(50)	27(54)	45(52,3)
	Não	18(50)	23(46)	41(47,7)
Utilização de outros serviços de saúde	Sim	23(63,9)	34(68)	57(64,8)
	Não	13(36,1)	16(32)	31(35,2)

Observou-se que a forma clínica da TB teve alta proporção de registro nos prontuários acompanhados tanto nas UBSF como UBS (35-97,2% - 47-96%) (Tabela 4).

Também nos prontuários observou-se que registros dos resultados de exames diagnósticos foram mais frequentes na UBSF que nas UBS (Baciloscopia de escarro: 27-77,1% x 28-59,6%); Cultura de escarro: 20-57,1% x 10-21,3%; Raio-x de Tórax: 20-56,6% x 21-42%), embora na análise geral de associação entre todas as variáveis, a ACM tenha revelado que houve associação entre essas variáveis e UBSs (Tabela 4).

No que se refere ao acompanhamento durante o tratamento observou-se que, tanto nas UBSF como nas UBS, houveram fragilidades nos registros relacionados à: realização de baciloscopia de escarro mensal (5-14,3% x 3-6,4%), bimensal (6-17,1% x 4-8,5%) e de final de tratamento (16-45,7% x 15-31,9%), cultura de escarro (21-60% x 21-44,7%), Raio-x de tórax (15-41,7 x 18-36%) e outros exames (23-63,9% x 27-54%) (Tabela 4). A ACM mostrou associação entre o registro de informações para essas variáveis e UBSs, sendo também observada associação entre UBSF e o registro das seguintes variáveis: acompanhamento de baciloscopia mensal e bimensal (Quadro 2-Figura D).

No que se refere às informações dos comunicantes dos pacientes de TB registradas em prontuário, dos 81 prontuários das pessoas que possuíam comunicantes identificados (18-39,1% nas UBS e 19-54,3% nas UBSF), a maioria, tanto nas UBS como nas UBSF, possuía baixa proporção de anotações quanto à: realização de consulta de enfermagem e médica, solicitação e realização de exames e indicação de tratamento para Infecção Latente por TB (Tabela 4).

Tabela 4: Descrição do registro de informações relacionadas aos Exames de diagnóstico e acompanhamento das pessoas com TB e a vigilância à saúde dos comunicantes de TB acompanhados nos Serviços de Atenção Básica. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015.

	Tipo de SS	Total
--	------------	-------

Exames de diagnóstico e acompanhamento dos doentes de TB e vigilância à saúde dos comunicantes			UBSF n (%)	UBS n (%)	
Total de prontuários			36(41,8)	50(58,2)	86(100)
Informações CLÍNICAS	FORMA CLÍNICA PULMONAR	Sim	35(97,2)	47(96)	82(95,3)
		Não	1(2,8)	3(4)	4(4,7)
Exames Diagnósticos	Baciloscopia de escarro	Sim	27(77,1)	28(59,6)	55(67,1)
		Não	8(22,9)	19(40,4)	27(32,9)
	Cultura de escarro	Sim	20(57,1)	10(21,3)	30(36,6)
		Não	15(42,9)	37(78,7)	52(63,4)
Raio-X de Tórax	Sim	20(56,6)	21(42)	41(47,7)	
	Não	16(44,4)	29(58)	45(52,3)	
Exames de acompanhamento	Solicitação de sorologia anti-HIV	Sim	22(61,1)	30(60)	52(60,5)
		Não	14(38,9)	20(40)	34(39,5)
	Resultados da sorologia anti-HIV	Sim	20(55,6)	31(62)	51(59,3)
		Não	16(44,4)	19(38)	35(40,7)
	Baciloscopia de escarro - Mensal	Sim	5(14,3)	3(6,4)	8(9,8)
		Não	30(85,7)	44(93,6)	74(90,2)
	Baciloscopia de escarro -Bimensal	Sim	6(17,1)	4(8,5)	10(12,2)
		Não	29(82,9)	43(91,5)	72(87,8)
	Baciloscopia de escarro - Final do Tratamento	Sim	16(45,7)	15(31,9)	31(37,8)
		Não	19(54,3)	32(68,1)	51(62,2)
	Cultura de escarro	Sim	21(60)	21(44,7)	42(51,2)
		Não	14(40)	26(55,3)	40(48,8)
	Raio-X de Tórax	Sim	15(41,7)	18(36)	33(38,4)
		Não	21(58,3)	32(64)	53(61,6)
Outros Exames	Sim	23(63,9)	27(54)	50(58,1)	
	Não	13(36,1)	23(46)	36(41,9)	
Vigilância à Saúde dos Comunicantes**	Identificação**	Sim	19(54,3)	18(39,1)	37(45,7)
		Não	16(45,7)	28(60,9)	44(54,3)
	Consulta de enfermagem**	Sim	10(28,6)	12(26,1)	22(27,2)
		Não	25(71,4)	34(73,9)	59(72,8)
	Consulta médica**	Sim	3(8,6)	4(8,7)	7(8,6)
		Não	32(91,4)	42(91,3)	74(91,4)
	Solicitação de exames**	Sim	13(37,1)	12(26,2)	25(30,9)
		Não	22(62,9)	34(73,9)	56(69,1)
	Resultados de exames**	Sim	7(20)	6(13)	13(16)
		Não	28(80)	40(87)	68(84)
Indicação de Tratamento para Infecção Latente por TB**	Sim	6(17,1)	6(13)	12(14,8)	
	Não	29(82,9)	40(87)	69(85,2)	

**Foram avaliados 71 registros de acompanhamento de TB uma vez que, dos 73 que estavam incluídos no livro de registro, dois (02) não possuíam TB pulmonar;

No que se refere à Ficha de acompanhamento do TDO, observou-se que a maioria dos acompanhados pelas UBSFs (33-91,7%) a possuía e todas (33-100%) se encontravam arquivadas nos prontuários. Já nas UBSs, esta frequência foi menor (43-86%) e nem todas apresentavam-se arquivadas no prontuário (Tabela 5). Dentre aqueles que possuíam a ficha de acompanhamento de TDO, os que realizavam acompanhamento nas UBSFs apresentaram maior proporção de completude do preenchimento da tomada de medicação (auto-

administrado-AA, Supervisionada-SU ou não ter tomado-NT) (32-97% e 40-93%, respectivamente) (Tabela 5).

Observou-se que a maioria das pessoas possuía comunicantes (71-93,4%) e que nas UBS havia maior completude dos registros das informações dos mesmos: nome (34-87,3%), idade (30-76,9%) e parentesco (32-82,1%). Tanto UBSF como UBS apresentaram fragilidades nos registros de informações relacionados à busca e realização de exames dos comunicantes (Raio-x de tórax, teste tuberculínico (TT), baciloscopia de escarro e indicação para tratamento da infecção latente por TB) (Tabela 5), assim como foi observado nos registros referentes aos dados dos comunicantes realizados nos prontuários (Tabela 4).

A ACM revelou que as UBSF associaram-se aos registros sobre o local de tomada da medicação, telefone e endereço e presença de todas as informações sobre os comunicantes, enquanto o registro de TDO, e o fato da ficha está arquivada em prontuário associaram-se a UBS (Quadro 2-Figura E).

Tabela 5: Descrição do registro de informações contidas na Ficha de Acompanhamento do Tratamento Diretamente Observado das pessoas com TB acompanhados nos Serviços de Atenção Básica. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015.

Ficha de acompanhamento de TDO			Tipo de SS		Total
			UBSF n (%)	UBS n (%)	
Total de pessoas acompanhadas com TB			36(41,8)	50(58,2)	86(100)
	Existência da ficha de acompanhamento de TDO?***	Sim	33(91,7)	43(86)	76(88,4)
		Não	3(8,3)	7(14)	10(11,6)
	Arquivada em prontuário***	Sim	33(100)	38(88,4)	71(93,4)
		Não	0(0)	5(11,6)	5(6,6)
	Registro do telefone***	Sim	26(78,8)	37(86)	63(82,9)
		Não	7(21,2)	6(14)	13(17,1)
Informações sobre os clientes:	Registro do endereço***	Sim	29(87,9)	39(90,7)	68(89,5)
		Não	4(12,1)	4(9,3)	8(10,5)
Ficha de acompanhamento do TDO	Preenchimento da tomada de medicação***	Sim	32(9)	40(93)	72(94,7)
		Não	1(3)	3(7)	4(5,3)
	Possuem comunicantes	Sim	32(97)	39(90,7)	71(93,4)
		Não	1(3)	4(9,3)	5(6,6)
	Nome****	Sim	22(68,8)	34(87,3)	56(78,9)
		Não	10(31,3)	5(12,8)	15(21,1)
Informações sobre os comunicantes:	Idade****	Sim	19(59,4)	30(76,9)	49(69)
		Não	13(40,6)	9(23,1)	22(31)
	Parentesco****	Sim	20(62,5)	32(82,1)	52(73,2)
		Não	12(37,5)	7(17,9)	19(26,8)
	Raio X de tórax****	Sim	9(28,1)	13(33,3)	22(31)
		Não	23(71,9)	26(66,7)	49(69)

Realização de TT****	Sim	8(25)	12(30,8)	20(28,2)
	Não	24(75)	27(69,2)	51(71,8)
Realização de Baciloscopia de escarro****	Sim	7(21,9)	15(38,5)	22(31)
	Não	25(78,1)	24(61,5)	49(69)
Indicação de realização do Tratamento para Infecção Latente por TB****	Sim	7(21,9)	8(20,5)	15(21,1)
	Não	25(78,1)	31(79,5)	56(78,9)
Registro sobre o local da tomada de medicação***	Sim	20(60,6)	33(76,7)	53(69,7)
	Não	13(39,4)	10(23,3)	23(30,3)

***Foram avaliados 76 fichas de acompanhamento de TDO uma vez que 10 não possuíam a ficha de acompanhamento de TDO;

****Foram avaliados 71 fichas de acompanhamento de TDO uma vez que, dos 10 doentes de TB que não a possuíam, cinco (05) não possuíam comunicantes;

Foram revisados 20 livros de registro, nove (09) em UBS e 11 em UBSF, avaliando-se registros de um total de 73(84,9%) doentes de TB. Tanto em UBSF como em UBS observou-se que dados de idade (29-85,3% nas UBSF e 31-79,5% nas UBS), sexo (30-88,2% nas UBSF e 32-82,1% nas UBS), número de SINAN (28-82,3% nas UBSF e 29-74,3% nas UBS) e tipo de entrada (26-76,5% nas UBSF e 28-71,8% nas UBS) encontravam-se presentes, embora em nenhum livro de ambos os serviços se tenha encontrado tais dados para todos os doentes de TB registrados (Tabela 6). A ACM revelou associação entre a UBSF e os registros quanto ao sexo, idade, nome, número do prontuário e número do Sinan (Quadro 2-Figura F)

Observou-se que as UBSF apresentaram maior frequência de anotações relacionadas à data de início de tratamento (24-70,6% UBSF x 14-35,9% UBS), maior quantidade de registros relacionados ao resultado da 1ª e 2ª amostras da baciloscopia de escarro (23-69,7% UBSF x 18-47,4%; 19-57,6% x 9-23,7%, respectivamente), realização da cultura de escarro (18-54,5% UBSF x 9-23,7% UBS) e raio-x de tórax (25-75,8% UBSF x 14-36,8% UBS) (Tabela 6), sendo o mesmo observado na ACM (Quadro 2-Figura F-).

No entanto nas UBSFs houve menor proporção de registro quanto à forma clínica da TB (8-23,5% UBSF x 24-61,5% UBS), Sorologia para HIV (19-55,9% UBSF x 26-66,7% UBS) e quanto à realização da baciloscopia de escarro de final de tratamento (9-27,3% UBSF x 20-76,3% UBS) (Tabela 6).

No que se refere a situação de encerramento do caso, as UBSFs apresentaram maior proporção de registro (21-68,8,6% UBSF x 23-59% UBS) (Tabela 6), embora a ACM traga associação do registro dessa variável com a UBS (Quadro 2-Figura F).

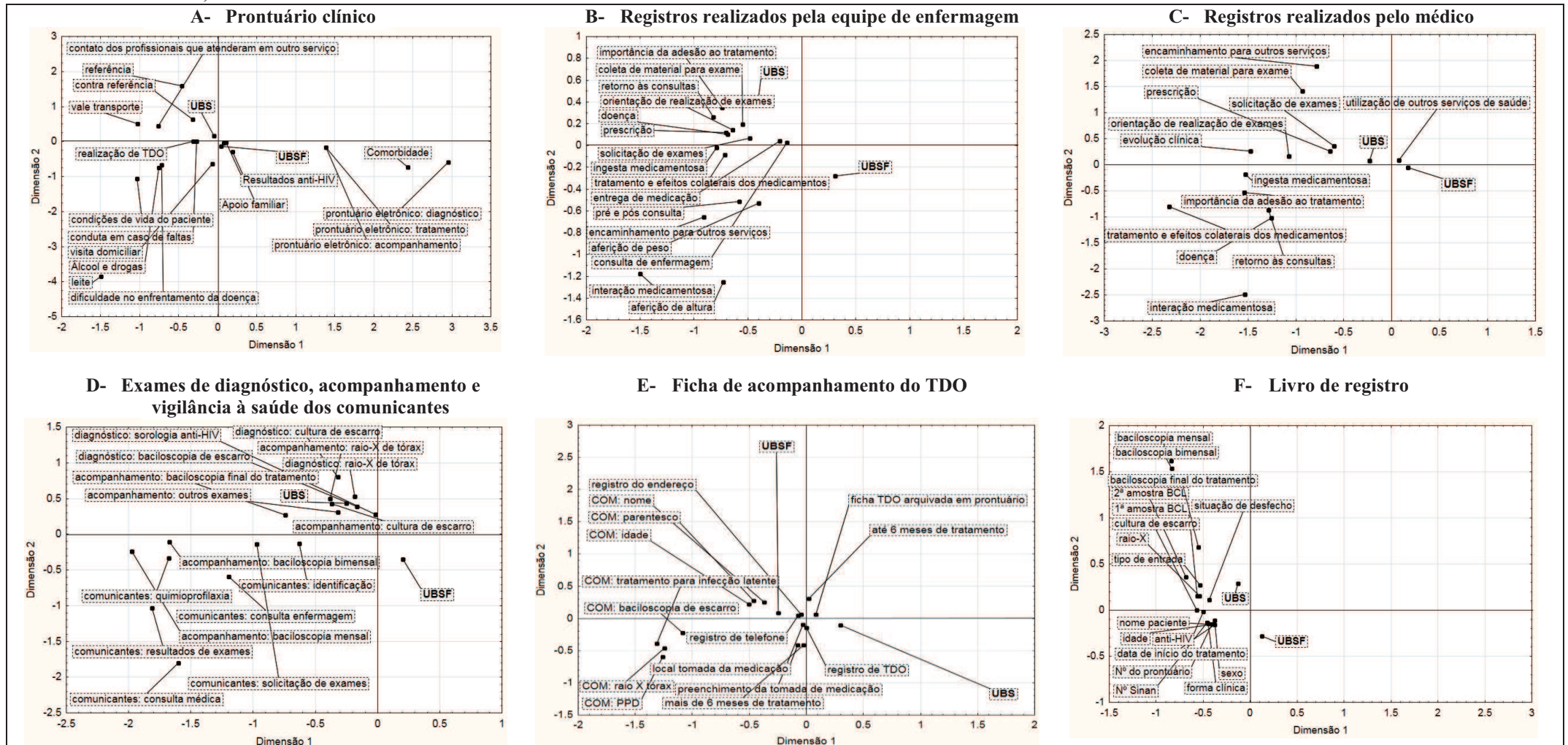
Tabela 6: Descrição do registro de informações contidas na Ficha de Registro das pessoas em acompanhamento da TB acompanhados nos Serviços de Atenção Básica. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015.

Livro de Registro		Tipo de SS		Total		
		UBSF n (%)	UBS n (%)			
Total de pessoas com TB		36(41,8)	50(58,2)	86(100)		
Livro de registro:	Existência do livro verde?*****	Sim	34(97,1)	39(76,5)	73(84,9)	
		Não	1(2,9)	12(23,5)	13(15,1)	
	Nome do paciente*****	Sim	34(100)	39(100)	73(100)	
		Não	0(0)	0(0)	0(0)	
	Idade*****	Sim	29(85,3)	31(79,5)	60(82,2)	
		Não	5(14,7)	8(20,5)	13(17,8)	
	Existem informações sobre:	Sexo*****	Sim	30(88,2)	32(82,1)	62(84,9)
			Não	4(11,7)	7(17,9)	11(15,1)
	Sinan*****	Sim	28(82,3)	29(74,3)	57(78,1)	
		Não	6(17,6)	10(25,4)	16(21,9)	
	Forma clínica*****	Sim	8(23,5)	24(61,5)	32(43,8)	
		Não	26(76,5)	15(38,5)	41(56,2)	
	Tipo de entrada*****	Sim	26(76,5)	28(71,8)	54(4)	
		Não	8(23,5)	11(28,2)	19(26)	
	Informações CLÍNICAS	Data de início do tratamento*****	Sim	24(70,6)	14(35,9)	38(52,1)
			Não	10(29,4)	25(54,1)	35(47,9)
		Forma clínica pulmonar*****	Sim	33(97,1)	38(97,4)	71(97,3)
			Não	1(2,9)	1(2,6)	2(2,7)
	1ª amostra da Baciloscopia de escarro*****	Sim	23(69,7)	18(47,4)	41(57,7)	
		Não	10(30,3)	20(52,6)	30(42,3)	
	Exames diagnósticos	2ª amostra da Baciloscopia de escarro*****	Sim	19(57,6)	9(23,7)	28(39,4)
			Não	14(42,4)	29(76,3)	43(60,6)
		Cultura de escarro*****	Sim	18(54,5)	9(23,7)	27(38)
			Não	15(45,5)	29(76,3)	44(62)
	Raio-X de Tórax*****	Sim	25(75,8)	14(36,8)	39(54,9)	
		Não	8(24,2)	24(63,2)	32(45,1)	
	Sorologia anti-HIV	Sim	19(55,9)	26(66,7)	45(61,6)	
Não		15(44,1)	13(33,8)	28(38,4)		
Exames de acompanhamento	Baciloscopia de escarro – Mensal*****	Sim	7(21,2)	9(23,7)	16(22,5)	
		Não	26(78,8)	29(76,3)	55(77,5)	
	Baciloscopia de escarro - Bimensal*****	Sim	8(24,5)	9(23,7)	17(23,9)	
		Não	25(75,8)	29(76,3)	54(76,1)	
	Baciloscopia de escarro - Final do Tratamento*****	Sim	9(27,3)	20(52,6)	29(40,8)	
		Não	24(72,7)	18(47,4)	42(59,2)	
Situação de encerramento do caso (desfêcho do tratamento)*****		Sim	21(61,8)	23(59)	44(60,3)	
		Não	13(38,2)	16(41)	29(39,7)	

*****Foram avaliados 73 registros, em 20 livros, uma vez que 13 não estavam inseridos no Livro de registro;

*****Foram avaliados 71 registros, pois das 73 pessoas com TB que estavam incluídos no livro de registro, dois (02) não possuíam TB pulmonar;

Quadro 2. Plano fatorial de análise entre os tipos de serviços de Atenção Básica e as variáveis relacionadas à: Informações contidas no Prontuário clínico, ficha de acompanhamento do Tratamento Diretamente Observado, Livro de registro, registros realizados pela equipe de enfermagem, registros realizados pelo médico e Exames de diagnóstico, acompanhamento e vigilância à saúde dos comunicantes. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015.



Nota: UBS – Unidades Básicas de Saúde; UBSF- Unidades Básicas de Saúde da Família; COM – comunicantes; TDO – Tratamento Diretamente Observado.

Informações gerais sobre as pessoas com tuberculose.

A UBS apresentou maior frequência de informações sobre os profissionais que atenderam em outro serviço, presença de referência e contra referência, informações sobre a realização de TDO, conduta em caso de faltas, visita domiciliar (VD), dificuldades no enfrentamento da doença, informações sobre as condições e vida da pessoa com tuberculose (disponibilização de vale transporte, leite e informações sobre o uso de álcool e drogas).

O registro de comorbidades- DM foi baixa nos dois tipos de Serviço UBS (6-12%) e UBSF (1-2,8%).

Nas UBSFs observou-se associação com uma maior ocorrência de informações sobre comorbidade, apoio familiar, resultados anti-HIV e informações de diagnóstico, tratamento e acompanhamento constadas no prontuário eletrônico.

DISCUSSÃO

De acordo com Starfield coordenação é a harmonia diante de uma ação no cuidado do paciente. Esta definição expressa, formalmente, o que as descrições mais realistas indicam. A essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito dos problemas apresentados, e o cuidado já realizado por outros profissionais⁽³²⁾.

O diagnóstico de TB é realizado em todos os serviços de Saúde, independente do nível de atenção, inclusive nos serviços particulares^(13,31).

No cenário do estudo, observa-se que as ações de TB na AB estão centradas nos enfermeiros das equipes de saúde, havendo baixa participação dos demais profissionais, e sobrecarga de trabalho dessa categoria. Devido ao maior envolvimento dos enfermeiros nos cuidados as pessoas em tratamento de TB, são esses profissionais que mais participam das capacitações realizadas a nível central, conforme aponta o estudo com resultado de baixa proporção de capacitação de TB aos técnicos/auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACSs) e médicos^(30,31).

A ausência do registro pela enfermagem pode comprometer a continuidade da assistência prestada, a comunicação entre a equipe, a duplicidade de procedimentos executados e a dificuldade no acompanhamento dos cuidados prestados, além de ser uma barreira na análise dos atendimentos prestados e condutas adotadas, bem como na integração entre vigilância, atenção à saúde e informação, na medida em que o profissional passa a ser a fonte usual do cuidado e não do registro⁽³³⁾

Os registros e o uso das informações contribuem e favorecem a coordenação horizontal e vertical da assistência, na medida em que para suprir a demanda e as necessidades dos usuários, as atividades são divididas entre os profissionais e os serviços, correndo o risco de fragmentar a assistência. Por tanto, onde não ocorre registro de informações, a coordenação da assistência fica menos efetiva⁽³⁴⁾.

Em relação a descentralização das ações de TB para AB, a literatura apresenta resultados favoráveis e desfavoráveis^(20,35) Num município da região Sul do país, houve melhora nos índices da doença, inclusive na articulação com outros serviços de saúde e equipamentos sociais⁽³⁵⁾. Porém, outros estudos apontam que mesmo com a descentralização para AB, os demais serviços de saúde continuam atuando nas ações de TB, principalmente no diagnóstico da doença^(31,36).

A falta de um dos instrumentos de registro, ficha de registro ou livro de acompanhamento, sugere que os profissionais não têm conhecimento dos mesmos, ou desconhece a importância do registro para continuidade do cuidado, sendo necessário capacitação com todos os integrantes da equipe, e não apenas a equipe de referência de TB.

Em relação a ficha de acompanhamento, observa-se que nem todas estavam arquivadas em prontuários, algumas estavam arquivadas no consultório de enfermagem. Corroborando com o estudo, Orfão (2017) constatou que após a implantação do sistema de informação específico de TB, houve redução no arquivamento do instrumento no prontuário do cliente⁽²²⁾. Caso esse indivíduo mude de endereço, e peça transferência do prontuário, os profissionais responsáveis pela coordenação do cuidado não terão acesso ao instrumento, ocorrendo falta de informações para a continuidade da assistência.

Diferente dos resultados encontrados, um trabalho realizado em um município de porte grande do Estado de SP, sobre o registro de atividades da equipe de enfermagem ao atendimento a pessoa com TB, observa-se elevada participação dos técnicos/auxiliares de enfermagem (99,1%)⁽²⁵⁾.

A ausência do registro dos exames não permite que todos os profissionais tenham conhecimento sobre os exames realizados durante o diagnóstico da doença, e também sobre a evolução através dos exames de acompanhamento. O MS recomenda baciloscopia, pelo menos,

no segundo, quarto e sexto mês de tratamento, e no mínimo duas baciloscopias negativas para alta, após o período correto de tratamento⁽¹¹⁾.

Dentre as ações realizadas, a aferição de peso da pessoa com TB, é um atributo importante para ocorrer ajuste de dose medicamentosa⁽¹¹⁾; e a não realização ou ausência do registro pode acarretar erro na dosagem, devido falta de comunicação entre a equipe que realiza coordenação da assistência não efetiva. Diferente dos resultados encontrados, um estudo sobre a consulta de enfermagem da pessoa com TB, apontou que 100% dos prontuários avaliados havia registro do peso das pessoas em acompanhamento de TB⁽²⁸⁾.

A falta de registro sobre os exames de HIV/AIDS nos instrumentos sugere uma assistência fragmentada ou falta de conhecimento dos protocolos de acompanhamento de TB dos profissionais de saúde. Essa informação é cada vez mais essencial devido elevado impacto do HIV/AIDS na TB, por tanto é importante que essa infecção seja considerada nos casos de TB⁽³⁷⁾.

Assim como o HIV/AIDS, a DM também é considerada um agravamento que aumenta o risco de desenvolver TB. De acordo com a literatura, a síndrome metabólica que atinge o sistema imunitário dos portadores, apresenta de 2 a 3 vezes mais riscos. Em torno de 10% das pessoas em tratamento de TB apresentam DM⁽³⁸⁾. Corroborando com o estudo, 6,35% das pessoas que fizeram tratamento de TB, no período de 1996 a 2014, havia registro de DM, em uma regional de saúde do Estado de São Paulo⁽³⁹⁾. A realidade sugere uma assistência fragmentada, não tendo uma visão integral. Já em um estudo realizado na Índia, estima-se que 18,4% das pessoas com TB apresentam DM⁽⁴⁰⁾.

De acordo com Starfield (2002), o desafio para oferecer a coordenação da atenção com qualidade depende do conhecimento a respeito do processo de encaminhamento, da transferência de informações envolvidas com os encaminhamentos e do quanto os médicos de AB reconhecem essas informações⁽³²⁾. Corroborando com o estudo, a literatura traz 'melhor

indicador na variável referência e contra-referência na UBS, comparado a UBSF, quando avalia os profissionais das equipes de saúde⁽³¹⁾. Porém, quando se trata de registros de referência e contra referência, devemos analisar se é um fator positivo, uma vez que a AB deve ser resolutive, ou seja, resolver a maioria dos casos atendidos⁽³²⁾.

O uso de álcool e/ou drogas é fator relacionado ao abandono da doença, por tanto é de suma importância o registro dessa característica da pessoa em tratamento de TB, uma vez que a equipe de saúde, tem que ter outro olhar para o mesmo, aumentar o vínculo e confiança para que ele termine o tratamento com êxito, uma ação realizada com resultados positivos é a TDO diária para esses pacientes⁽³⁵⁾. Além disso, o medicamento pode ocasionar hepatotoxicidade. Por tanto, é necessário que o cliente realize exames de avaliação das enzimas hepáticas. No caso das pessoas que utilizam álcool e o medicamento, a chance de agravo no fígado é ainda maior, e devido o mal-estar, aumenta ainda mais a chance de abandono.

O registro de faltas em consultas foi baixo, e nem todas as faltas registradas foi realizado algum tipo de contato por um profissional da saúde, sugerindo falta de continuidade no cuidado pela equipe.

A VD é uma ação que pode ser realizada aos clientes faltosos no acompanhamento, seja no TDO ou nas consultas agendadas, como também uma ação de rotina da equipe de saúde, pois é um meio de aumentar o vínculo, promovendo o sucesso do tratamento, além do profissional observar as condições de vida dele. É também momento oportuno para busca de comunicantes. A literatura traz, em concordância com o estudo, baixa frequência de ações domiciliárias e de educação em saúde com a comunidade^(31,41). Os motivos podem ser devido à falta de estrutura, falta de comprometimento dos profissionais, sobrecarga de trabalho.

A disponibilidade de benefícios como vale-transporte e cesta-básica as pessoas em acompanhamento de TB influencia positivamente no tratamento⁽³⁵⁾, pois é um estímulo para seguirem as prescrições corretamente, aumentando a possibilidade de obter a cura. No estudo,

observou-se baixo registro de incentivos as pessoas em tratamento de TB, sugerindo baixa integração entre o setor da saúde e assistência social.

Os resultados pressupõem que o uso das informações existentes no prontuário eletrônico é mais frequente em UBSF do que em UBS, talvez seja pelo fato da população assistida pelas UBSFs ser menor, e o tempo de consulta maior, portanto o profissional tem mais tempo para o registro de informações. Deve-se considerar que a coleta de dados ocorreu em instrumentos de pessoas que fizeram tratamento entre 2013/14, logo após o início do uso o prontuário eletrônico no município, pode ser que a realidade seja diferente nos dias atuais. Outra hipótese para não utilização do prontuário eletrônico, é a estrutura-física inadequada, muitas vezes o profissional não tem à disposição uma sala com computador para realizar atendimento.

A implantação do sistema de informação, específico para tuberculose, traz melhora nos registros de diversas informações relacionadas a doença, é o que comprova um estudo realizado no interior do estado de São Paulo. O fato dos profissionais terem que preencher um único instrumento, facilita o processo de trabalho, trazendo mais informações de cada caso em acompanhamento⁽²²⁾.

De acordo com Brunello, os profissionais não têm a visão da importância do preenchimento correto dos instrumentos de registro, como indicadores de qualidade da assistência prestada, acreditando que esse tipo de serviço seja apenas burocrático ⁽²⁵⁾

A literatura aponta que as UBSFs apresentam melhores resultados quando avaliados os atributos da AB, e refere que para melhorar a qualidade da assistência é importante transformar as UBSs em UBSFs, com maior investimento em educação permanente, pois as Equipes de Saúde da Família (EqSF) possuem profissionais mais qualificados, com formação em AB⁽⁴²⁾. O estudo aponta, após a ACM, que as UBSs tiveram maior associação das variáveis do que as UBSFs, uma vez que nas UBSFs cada equipe atende sua população adscrita, enquanto que nas UBSs, o que pode acontecer é apenas a equipe de referência de TB atenda as pessoas com TB,

utilizando mais os instrumentos de registros, sendo a equipe de referência que participa das capacitações.

Um estudo realizado no município traz que os profissionais das UBSFs tem mais acesso aos instrumentos de registro do que as UBSs⁽³¹⁾, sugerindo que apenas a equipe de referência tenha acesso a essas ferramentas nas UBSs.

O cenário internacional, a partir da observação dos sistemas de atenção à saúde, apresenta sistemas fragmentados voltados para a atenção às condições agudas e que se organizam a partir de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados, sem comunicação entre eles consequentemente, são incapazes de prestar atenção contínua à população⁽¹⁾.

Como limitações do estudo, pode-se citar a falta de prontuários, podendo trazer divergência entre os resultados alcançados e a realidade do cenário de estudo.

CONCLUSÃO

O estudo traz que as UBSs apresentaram melhores resultados do que as UBSFs.

É ideal que ao implantar a ESF, o processo de trabalho seja modificado também, aconteça educação permanente da equipe, tenha população adscrita de até 4000 mil habitantes por equipe, conforme preconizado pelo MS, aconteçam as visitas domiciliárias por todos os profissionais, reuniões; pois quando há uma população menor para ser assistida, a equipe de saúde consegue acompanhar todos os casos de maneira mais detalhada, aumentando o vínculo entre os sujeitos formadores do processo saúde-doença, obtendo melhores desfechos da doença.

REFERÊNCIAS

- 1-Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 15(5):2297-305, 2010. [acesso em 21 abr 2017]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>
- 2-Mendes EV. *A Construção Social da Atenção Primária À Saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.193 p. [acesso em 21 abr 2017]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>
- 3-Santos-Preciado JI et al. 2003. La transición epidemiológica de las y los adolescentes em México. *Salud Pública de México* 45(supl 1):140-152
- 4- Frenk J. *Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico*. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health; 2006. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/resources/frenk.pdf
- 5- Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med*. 1997; 127:1097-1102.
- 6- Organização Mundial da Saúde. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial Brasília (Brasil): Ministério da Saúde,2003. 105p.*
- 7-. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, *Plano nacional pelo fim da tuberculose* [Internet]. Brasília. Ministério da Saúde, 2017[acesso em 02mai.2017]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/24/Plano-Nacional-Tuberculose.pdf>
- 8- Secretaria Municipal de Saúde. *Painel de Monitoramento, 2016.*[Internet]. São José do Rio Preto(SP): Secretaria Municipal de Saúde; 2016. [acesso em 02mai.2017]. Disponível em: http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/arqu/painmoni/painel_monitoramento_2016.pdf
- 09- Secretaria Municipal de Saúde. *Painel de Monitoramento, 2015.* São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Saúde; 2015.
- 10- Couto DS, Carvalho RN, Azevedo EB, Moraes MNP, Pinheiro PGOD, Faustino EB. Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [acesso em 10 out 2016]; 38(102): 572-81 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0572.pdf>
- 11- Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 [acesso em: 26abr. 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf.
- 12- Ruffino-Netto A, Villa TCS. *Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil - histórico e peculiaridades regionais*. REDE-TB. Ribeirão Preto. 2000.

13-Ministério da Saúde, Grupo Hospitalar Conceição. Tuberculose na atenção primária à saúde. [Internet]. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011 [acesso em: 13mar 2017] Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/tuberculosenaatencao.pdf>

14-Portaria nº 2.488 do Gabinete do Ministério, de 21 de outubro de 2011(BR). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 21 out 2011. [Acesso em: 31 Mar 2017] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

15- Santos DC, Ferreira JBB. O prontuário da família na perspectiva da coordenação da atenção à saúde. *Physis* [Internet]. 2012 [acesso em 11out 2016]; 22(3), 1121-37. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000300015>.

16-Mendes EV. O Cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde (OPAS); 2012 [acesso em 2mai 2017] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

17- Rodrigues LBB, Silva PCDS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JDA, et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2014. [Acesso em 02 abr 17]; 19(2):343-352. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00343.pdf>

18-Portaria nº 4.279, do Ministério da Saúde, de 30 de dezembro de 2010(BR) [Internet]. Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Acesso em: 13mar 2017]. Disponível em: <http://telessaude.prefeitura.sp.gov.br/wp-content/uploads/sites/4/Portaria-do-Ministerio-da-Saude-GM-N-4279-2010.pdf>

19- Organização Pan-Americana da Saúde A atenção à saúde coordenada pela APS : construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Organização Pan-Americana da Saúde. [Internet] Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. [acesso em 02abr.2017] Disponível em: <http://www.telessaude.mt.gov.br/Arquivo/Download/2056>

20-Carneiro, M. S. M.; Melo, D. M. S.; Gomes, J. M.; Pinto, F. J. M.; Silva, M. G. C. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde debate* [Internet]. 2014 .[Acesso em 02abr 17]; 38(n. especial): 279-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0279.pdf>

21- Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. [Internet]. 2011. [Acesso em 02 abr 17]; 29(2):84–95. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>

22- Orfão NH, Crepaldi NY, Brunello MEF, Andrade RLP, Monroe AA, Ruffino-Netto A. et al .Coordenação da assistência à tuberculose: registro de dados e a implementação de um

sistema informatizado. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2017 [Acesso em 20jun 2017]; 22(6):1969-77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601969&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.15352016>

23- Bonfim D, Laus AM, Fugulin, FM Togeiro, Gaidzinski RR. Comparação entre as intervenções de enfermagem realizadas e os registros em sistema informatizado para atenção básica. Acta paul. enferm. [Internet]. 2013 [Acesso em 18jun 2017]; 26(4): 401-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000400016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000400016>.

24- Pinheiro P, Sá LD, Souza R, Adário K, Andrade S, Villa T. Pontos de estrangulamento na Atenção Primária de Saúde e o controle da Tuberculose. *ICIAIQ2015*, 2015, João Pessoa

25- Brunello MEF, Simiele-Beck MF, Orfã, NH, Wysocki AD, Magnabosco GT, Andrade RLP, et al. Atuação da enfermagem na atenção a uma condição crônica (tuberculose): análise de fontes secundárias. Rev. Gaúcha de Enfermagem. [Acesso em 15 set 16]. 2015;36(spe): 62-69. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56363>

26- Cardoso GCP, Cruz MM, Abreu DMF, Decotelli PV, Crispim PPM, Borenstein JS, et.al. A conformidade das ações do tratamento diretamente observado para tuberculose na perspectiva dos profissionais de duas unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro. Cad Saúde Colet. 2012;20(2):203-10.

27- Ministério da Saúde. Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica: Protocolo de Enfermagem [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em: 31 Mar. 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf

28- Oliveira DRC, Enders BC, Vieira CENK, Mariz LS. Avaliação da consulta de enfermagem aos pacientes com tuberculose na atenção primária à saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2016 [Acesso em 26abr 2017];18:e1153. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.32593>

29- 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 [Internet]. 2012 [Acesso em 24abr de 2017];46(2):356-63. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200013>.

30- Almeida JB de, Ponce MAZ, Wysocki AD, Santos MLSG, Vendramini SHF. A Coordenação da assistência no controle da tuberculose na visão da equipe de enfermagem. Rev enferm UFPE on line. 2016, 10(Supl. 6):4727-34.

31- Wysocki AD, Ponce MAS, Brunello MEF, Beraldo AA, Vendramini SHF, Scatena LM, Ruffino-Netto A, Villa TCS. Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços. Rev Bras Epidemiol. 2017;20(1):161-15.

32- Starfield, B. Primary care: balancing health needs, services, and technology., USA: Oxford University Press; 1998.

33- Bastos MP, Theme Filha MM. O uso de sistemas de informações em saúde no gerenciamento dos Programas de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: estudo de caso do

Sistema Remédio em Casa em uma unidade de saúde na cidade do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, 2009. *Epidemiol Serv Saude* 2012; 22(1):141-150.

34-Cecilio LCO. The death of Ivan Ilyich, by Leo Tolstoy: points to be considered regarding the multiple dimensions of healthcare management. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(Supl. 1):545-555.

35-Souza CF, Ben, AJ, Schneider SMB, Nascimento BP, Neumann, CR. Oliveira, FJAQ. A importância das ações programáticas de saúde no controle da tuberculose : experiência de um serviço de atenção primária à saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil *Clinical and biomedical research*. 2014;34(2):175-83.

36- Ponce MAZ, Wysocki AD, Scatolin BE, Andrade RLP, Arakawa T, Ruffino-Netto A, et al. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad saúde pública* [Internet]. 2013 May [Acesso 24abr 2017]; 29(5):945-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000500012&script=sci_arttext.

37-Goncalves MJF. Avaliação de Programa de Saúde: O Programa Nacional de Controle de Tuberculose no Brasil. *Saúde Transform. Soc.* [Internet] 2012 Jan [Acesso em 28 jun 2017]; 3(1):13-17. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852012000100004&lng=pt&nrm=iso. acessos em 29 jun. 2017. Florianópolis

38- Herrera T, Leiva E, Martín F, Miranda M, Morales C. Asociación entre tuberculosis y diabetes mellitus en la Región Metropolitana. *Revista chilena de enfermedades respiratórias* [Internet] 2013 [Acesso em 19jun 2017];29(3):171-5. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/rcher/v29n3/art08.pdf>.

39- Feltrin AFS, Vendramini SHF, Neto-Chiaravalloti F, Sasaki NSGMS, Santos MLSSG, Ponce MAS, et al. [Death Patients White Tuberculosis and Diabetes: Associated Factors]. *Diabetes Res Clin Pract.* 2016; 120:111-6.

40-Stevenson CR, Forouhi NG, Roglic G, Williams BG, Lauer JA, Dye C, Unwin N. Diabetes and tuberculosis: the impact of the diabetes epidemic on tuberculosis incidence. *BMC public health.* [Internet]2007.[Acesso em 19jun 2017];7(1):234.

41- Campos CEA, Fonseca ACF, Pessini ML. Análise dos percursos assistenciais de pacientes com tuberculose por equipes de saúde em três capitais brasileiras. Que lições os profissionais podem tirar? *Cad. Saúde Colet.* 2012, Rio de Janeiro, 20 (2): 188-94.

42- Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28:1772-84.

ANEXOS

ANEXO A- Instrumento de Coleta de Dados

FORMULÁRIO ESTRUTURADO PARA COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS - n° _____

I - IDENTIFICAÇÃO DO PORTADOR DE TB (Informações coletadas no TBWEB)									
1	Nome do portador de TB: n.ºprontuário ou cartão SUS:		Idade:	DN:					
2	Sexo								
2	Data de diagnóstico:								
3	Data de início do tratamento:								
4	Data de encerramento do caso:			*Tempo de tratamento (em meses):					
5	Motivo do Encerramento: () Cura () Abandono () Óbito								
6	Local onde fez o seguimento (consulta médica): _____ Recebeu TDO (Tratamento Diretamente Observado) em outra Unidade:() sim () não onde? _____								
7	Nome dos Serviços de Saúde em que os dados estão sendo coletados: _____								
8	Tipo de serviço (UBS ou Estratégia de Saúde da Família): _____								
II – INFORMAÇÕES SOBRE A FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO									
9	Há o registro do telefone do portador de TB?			1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (caso não exista a ficha)
10	Há o registro do endereço do portador de TB?			1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (caso não exista a ficha)
11	Preenchimento da planilha indicando a realização da tomada de medicação (auto-administrado-AA, Supervisionada-SU ou não ter tomado-NT)			1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (caso não exista a ficha)
12	A Ficha de Acompanhamento do Tratamento Supervisionado está arquivada NO PRONTUÁRIO do portador de TB?		1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO Especificar onde a ficha fica arquivada _____		3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (caso não exista a ficha)
13	Há preenchimento das seguintes informações dos comunicantes:	13.a	Nome	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (Caso more sozinho)
		13.b	Idade	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (Caso more sozinho)
		13.c	Parentesco	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (Caso more sozinho)
		13.d	Raio X de tórax	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (Caso more sozinho)
		13.e	TT	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (Caso more sozinho)
		13.f	Baciloscopia	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (Caso more sozinho)
		13.g	Indicação de realização do Tratamento para Infecção Latente por TB (ILTBT = Quimioprofilaxia)	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (caso more sozinho)

14	Há registro sobre o local onde predominava a supervisão medicamentosa?	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (caso não exista a ficha)		
III – INFORMAÇÕES DO LIVRO REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DE TRATAMENTO DOS CASOS DE TUBERCULOSE (Livro Verde/Preto)									
15	Quais informações de IDENTIFICAÇÃO do portador de TB estavam registradas?	15.a	Nome	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (caso não exista o Livro)
		15.b	Idade	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (caso não exista o Livro)
		15.c	Sexo	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (caso não exista o Livro)
		15.c	N.º prontuário	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (caso não exista o Livro)
		15.d	Nº SINAN	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (caso não exista o Livro)
16	Quais informações CLÍNICAS sobre o portador de TB estavam registradas?	16.a	Forma clínica	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (caso não exista o Livro)
		16.b	Tipo de entrada (tipo de caso: novo, retratamento por recidiva, retratamento após abandono ou retratamento por falência)	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (caso não exista o Livro)
		16.c	Data de início do tratamento	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (caso não exista o Livro)
17.	Há registro da realização de exames do portador de TB para diagnóstico?	17.a	1ª amostra da Baciloscopia de escarro	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (Se TB Extra pulmonar)
		17.b	2ª amostra da Baciloscopia de escarro	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (Se TB Extra pulmonar)
		17.c	Cultura de escarro	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (Se TB Extra pulmonar)
		17.d	Raio-X	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (caso não exista o Livro)
		17.e	Sorologia anti-HIV	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (caso não exista o Livro)
18	Há registro sobre o exame de baciloscopia de escarro PARA CONTROLE MENSAL (ACOMPANHAMENTO) do tratamnto de TB?	18.a	Mensal	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (Se TB Extra pulmonar)
		18.b	Bimensal	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (Se TB Extra pulmonar)
		18.c	Final	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (Se TB Extra pulmonar)
19	Há registro da situação de encerramento do caso (desfecho/resultado de tratamento: cura/óbito/abandono) deste portador de TB?	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (caso não exista o Livro)		
IV-INFORMAÇÕES NO PRONTUÁRIO CLÍNICO									
20	Perante o tempo de tratamento do portador de TB, há registro de TODAS as consultas mensais com ENFERMEIRO no serviço de saúde que fez o acompanhamento do caso?	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO				

21	Perante o tempo de tratamento do portador de TB, há registro de TODAS as consultas mensais com MÉDICO no serviço de saúde que fez o acompanhamento do caso?	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO			
22	Há registro das seguintes orientações e procedimentos realizados pela EQUIPE DE ENFERMAGEM?	22.1. Orientações:	22.1.a	Sobre a doença	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
			22.1.b	Sobre o tratamento e efeitos colaterais dos medicamentos	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
			22.1.c	Interação medicamentosa	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
			22.1.d	Ingesta da dose medicamentosa	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
			22.1.e	Orientação para realização de exames	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
			22.1.f	Retornos às consultas	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
			22.1.g	Importância da adesão ao tratamento	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
		22.2 Conduas/ procedimentos	23.2 a	. Consulta realizada pelo enfermeiro	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
			22.2.b	Atendimento realizado pelo auxiliar/técnico de enfermagem (Pré e pós consulta)	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
			22.2.c	Coleta de material para exame	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
			22.2.d	Prescrição	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
			22.2.e	Encaminhamentos para outros serviços	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
			22.2.f	Solicitação de exames	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
			22.2.g	Aferição de peso	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
			22.2.h	Aferição de altura	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
			22.2.i	Entrega de medicação	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
23	Há registro de orientações e procedimentos realizados pelo(a) MÉDICO(a)?	23.1 Orientações:	23.1.a	Sobre a doença	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
			23.1.b	Sobre o tratamento e efeitos colaterais dos medicamentos	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
			23.1.c	Interação medicamentosa	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
			23.1.d	Ingesta medicamentosa	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
			23.1.e	Orientação para realização de exames	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
			23.1.f	Retornos às consultas	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
			23.1.g	Importância da adesão ao tratamento	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO

		23.2 Condutas/ procedimentos	23.2.a	Evolução clínica	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	
			23.2.b	Coleta de material para exame	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	
			23.2.c	Prescrição	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	
			23.2.d	Encaminhamentos para outros serviços	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	
			23.2.e	Solicitação de exames	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	
24	Há registro no prontuário sobre utilização de outros serviços de saúde pelo portador de TB? <i>*Utilização: de fato pessoa ter sido atendido por outro serviço de saúde e não apenas o registro de encaminhamento?</i>		1 <input type="checkbox"/>	SIM			2 <input type="checkbox"/>	NÃO	
25	Há registro de encaminhamento para outros serviços?	25.a	Referência	1 <input type="checkbox"/>	SIM		2 <input type="checkbox"/>	NÃO	
		25.b	Contra referência	1 <input type="checkbox"/>	SIM		2 <input type="checkbox"/>	NÃO	
26	Há registro do contato (Identificação do serviço de saúde, telefone, e-mail, entre outros) dos profissionais de saúde que realizaram o acompanhamento do portador de TB em outros serviços de saúde?		1 <input type="checkbox"/>	SIM			2 <input type="checkbox"/>	NÃO	
27	Há registros sobre faltas em consultas agendadas?		1 <input type="checkbox"/>	SIM			2 <input type="checkbox"/>	NÃO	
Se NÃO há registro das faltas em consultas, ir para questão 31.									
28	Em caso de falta em consultas agendadas, há registro da conduta adotada?	28.a	Contato telefônico	1 <input type="checkbox"/>	SIM		2 <input type="checkbox"/>	NÃO	
		28.b	Visita Domiciliar	1 <input type="checkbox"/>	SIM Qual profissional? () Técnico/ auxiliar de enfermagem () Enfermeiro () Médico () ACS		2 <input type="checkbox"/>	NÃO	
		28.c	Comunicação à Vigilância Epidemiológica	1 <input type="checkbox"/>	SIM		2 <input type="checkbox"/>	NÃO	
29	Há registros dos profissionais que realizaram as visitas domiciliares?	29.a	Técnico/ auxiliar de enfermagem	1 <input type="checkbox"/>	SIM		2 <input type="checkbox"/>	NÃO	
		29.b	Enfermeiro	1 <input type="checkbox"/>	SIM		2 <input type="checkbox"/>	NÃO	
		29.c	Médico	1 <input type="checkbox"/>	SIM		2 <input type="checkbox"/>	NÃO	
		29.d	Agente Comunitário de Saúde	1 <input type="checkbox"/>	SIM		2 <input type="checkbox"/>	NÃO	
30	Há registros sobre a realização do TDO?		1 <input type="checkbox"/>	SIM			2 <input type="checkbox"/>	NÃO	
31	Há registros sobre as condições de vida?		1 <input type="checkbox"/>	SIM Qual profissional? () Técnico/ auxiliar de enfermagem () Enfermeiro () Assistente Social () ACS			2 <input type="checkbox"/>	NÃO	
32	Há registro da realização de exames do portador de TB para diagnóstico?	32.a	Baciloscopia de escarro	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (Se TB Extra pulmonar)
		32.b	Cultura de escarro	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (Se TB Extra pulmonar)

		32.c	Raio-X	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO		
		32.d	Sorologia anti-HIV	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO		
33	Há registro da realização de exames do portador de TB durante o acompanhamento do tratamento?	33.a	Mensal	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (Se TB Extra pulmonar)
		33.b	Bimensal	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (Se TB Extra pulmonar)
		33.c	Final	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (Se TB Extra pulmonar)
		33.g	Cultura de escarro	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (Se TB Extra pulmonar)
		33.h	Raio-X	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO		
		33.i	Outro ESPECIFICAR: _____	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO		
34	Há registros sobre o controle de comunicantes?	34.a	Identificação dos comunicantes	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (Caso more sozinho)
		34.b	Realização de consulta de enfermagem	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (Caso more sozinho)
		34.c	Realização de consulta médica	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (Caso more sozinho)
		34.d	Solicitação de exames	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (Caso more sozinho)
		34.e	Resultados de exames	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (Caso more sozinho)
		34.f	Indicação de Tratamento para Infecção Latente por TB (ILT-Quimioprofilaxia)	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	3 <input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA (Caso more sozinho)
35	Há registro sobre incentivos sociais oferecidos ao portador de TB?	35.a	Café da manhã	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO		
		35.b	Cesta básica	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO		
		35.c	Vale transporte	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO		
		35.d	Leite	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO		
		35.e	Bolsa Família	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO		
36	Há registro a respeito sobre a dificuldade de enfrentamento da doença pelo portador de TB?	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO				
36	Há registro sobre o uso de álcool e drogas pelo portador de TB?	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO				
37	Há registro sobre comorbidades com Diabetes Mellitus pelo portador de TB?	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO				
38	Há registros sobre o apoio familiar ao portador de TB durante o tratamento?	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO		3 <input type="checkbox"/>	Não se aplica (Caso more sozinho)	
39	Há registro dos resultados do exame anti-HIV das pessoas em acompanhamento de TB?	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO				
40	No prontuário eletrônico há informações sobre	40.a	Diagnóstico	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO		
		40.b	Tratamento	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO		

		40.c	Acompanhamento	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
--	--	------	----------------	----------------------------	-----	----------------------------	-----

ANEXO B- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



FAÇULDADE DE MEDICINA DE
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-
FAMERP - SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Coordenação da Assistência à Tuberculose nos Serviços de Atenção Básica

Pesquisador: Silvia Helena Figueiredo Vendramini

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42010919.6.0000.5419

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- FAMERP - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 989.439

Data da Relatoria: 14/04/2015

Apresentação do Projeto:

O Brasil é um dos 22 países que concentram 80% da carga mundial de tuberculose (TB) ocupando a 16ª posição em relação ao número de casos novos e a 22ª posição em relação ao coeficiente de incidência (CI), prevalência e mortalidade (BRASIL, 2014). Em 2012, o município de São José do Rio Preto teve incidência de tuberculose de 3,2 casos/10.000 habitantes.

Este estudo descritivo do tipo levantamento será realizado em 25 Unidades de Atenção Básica (AB) do município de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo. A população constitui-se nos registros dos doentes de Tuberculose pulmonar e extrapulmonar residentes no município que iniciaram e finalizaram o tratamento entre 2012 e 2013 excluindo-se aqueles que tiveram mudança diagnóstica e transferência para outro município. Serão considerados como unidades instrumentos de registro de 124 pacientes.

Os dados relacionados à coordenação da assistência serão coletados por meio de fontes secundárias: Ficha de Acompanhamento do Tratamento Supervisionado (Ficha amarela), livro registro de pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de tuberculose ("Livro Verde") e Prontuário Clínico dos pacientes. Será, também, utilizado o banco de dados do TEWEB junto ao Programa de Controle de Tuberculose (PCT) municipal.

Para tal, serão utilizados três formulários construído com base nos itens existentes e especificados na ficha amarela e livro verde existentes nos serviços de saúde, bem como no:

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5419

Bairro: VILA SÃO PEDRO

CEP: 13.050-000

UF: SP

Município: SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Telefone: (17)3201-5813

Fax: (17)3201-5813

E-mail: cep@famerp.br



FAÇULDADE DE MEDICINA DE
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-
FAMERP - SP



Continuação do Protocolo 969/09

Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose.

O instrumento de coleta de dados contemplará:

- identificação do portador de TB contendo aspectos sócio-demográficos, econômicos e clínicos;
- dados sobre a existência de preenchimento dos instrumentos necessários nos casos de tratamento;
- informações a respeito do tratamento e exames como RX e baciloscopia;
- anotações realizadas por toda a equipe de saúde, desde consultas, exames, visitas domiciliares e afins.

Para subsidiar a discussão dos resultados do estudo foi elaborado um roteiro observacional baseado nos elementos constitutivos da rede de atenção à saúde. Isto possibilitará compreender como o sistema de saúde local organiza-se para prestar assistência aos doentes e contatos (comunicantes), a integração de ações e serviços nos diferentes níveis de atenção e a continuidade ao tratamento da TB.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar a coordenação da assistência à Tuberculose nos serviços de Atenção Básica.

Objetivo Secundário:

- Descrever o perfil clínico-epidemiológico dos casos de TB analisados;
- Analisar a oferta de ações e serviços aos doentes de TB em São José do Rio Preto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos relacionados a esta pesquisa são mínimos.

Benefícios: Contribuir para melhora da qualidade da assistência ao paciente com diagnóstico de tuberculose.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O detalhamento de como será conduzida e a validação de conteúdo do instrumento conferiu maior solidez ao projeto de pesquisa.

Endereço: BRIGADEIRO FARFÁ LIMA, 5418
Bairro: VILA SÃO PEDRO CEP: 15.090-000
UF: SP Município: SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 Fax: (17)3201-5813 E-mail: ceplamerp@famerp.br



FAÇULDADE DE MEDICINA DE
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-
FAMERP - SP



Continuação do Parecer 809/09

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto e declaração devidamente assinadas pela instituição proponente e serviço. Encontra-se anexado o parecer favorável da Secretaria Municipal de Saúde, representada por Terecinha Aparecida Facha, Secretária Municipal de Saúde interina, para realização do estudo.

Foi incluído, nesta segunda etapa, o TCLE para a realização de consulta aos portos.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as solicitações anteriores foram atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

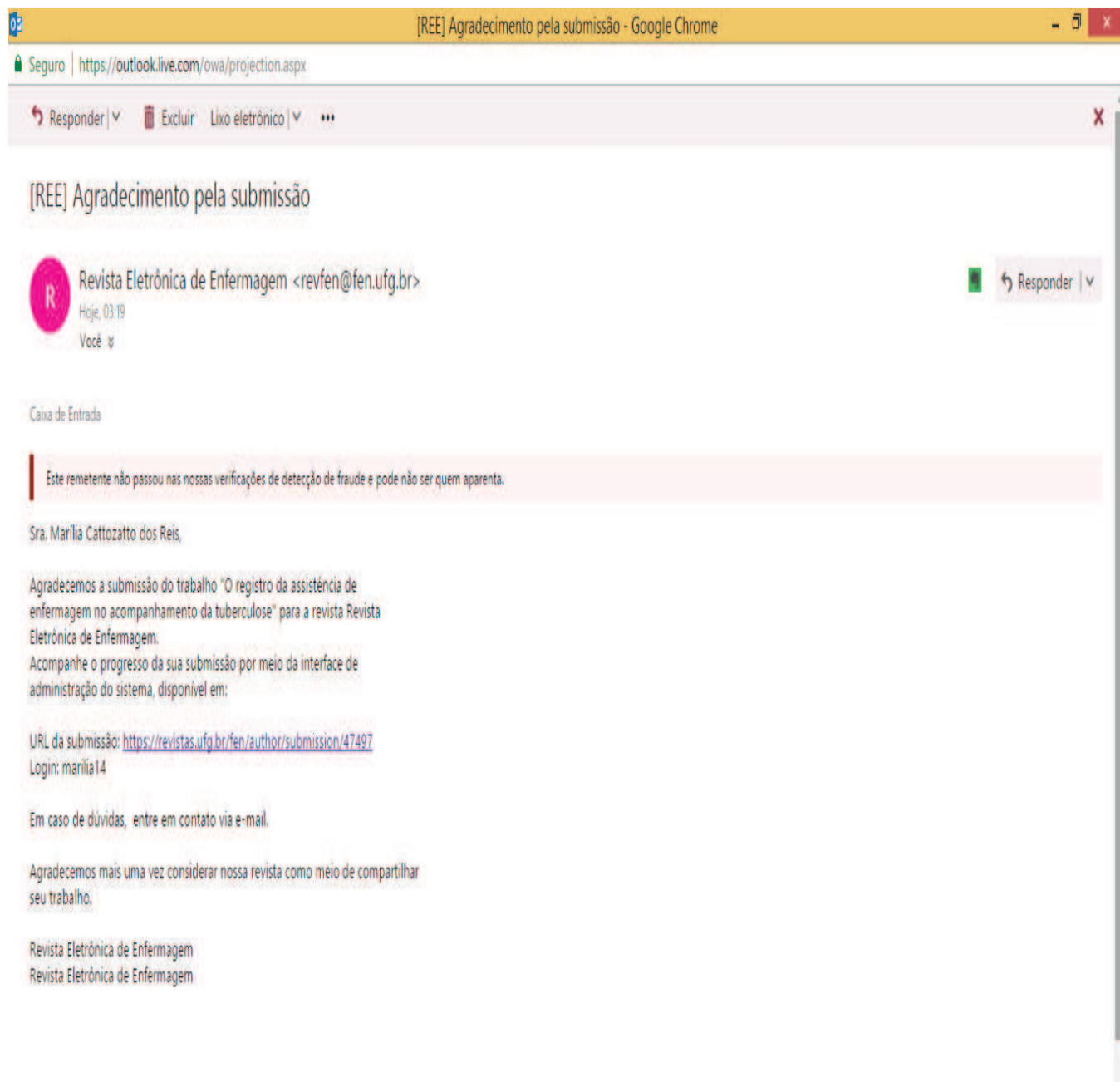
Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 18 de Março de 2015

Assinado por:
LUCIANO GARCIA LOURENÇAO
(Coordenador)

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5418
Bairro: VILA SÃO PEDRO CEP: 15.070-000
UF: SP Município: SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5000 Fax: (17)3201-5013 E-mail: cep@famerp.com.br

ANEXO C- Comprovante de submissão do manuscrito para revista

[REE] Agradecimento pela submissão

Revista Eletrônica de Enfermagem <revfen@fen.ufg.br>
Hoje, 03:19
Você

Caixa de Entrada

Este remetente não passou nas nossas verificações de detecção de fraude e pode não ser quem aparenta.

Sra. Marília Cattozatto dos Reis,

Agradecemos a submissão do trabalho "O registro da assistência de enfermagem no acompanhamento da tuberculose" para a revista Revista Eletrônica de Enfermagem.
Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <https://revistas.ufg.br/revfen/author/submission/47497>
Login: marilia14

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Revista Eletrônica de Enfermagem
Revista Eletrônica de Enfermagem

APÊNDICES

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

VALIDAÇÃO DE FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS

Prezado Sr. (a),

O Grupo de Estudos Epidemiológico Operacionais em Tuberculose (GEOTB) está realizando uma pesquisa de avaliação dos serviços para conhecer a maneira que está ocorrendo a coordenação da assistência ao doente de tuberculose na atenção básica no município de São José do Rio Preto-SP.

Para isso, pretende-se realizar a revisão de instrumentos de registro utilizados durante o acompanhamento do doente de tuberculose destes serviços utilizando um instrumento de coleta de dados estruturado e padronizado.

Gostaríamos de convidá-lo(a) para ser juiz na avaliação deste instrumento de coleta de dados, dada sua reconhecida experiência na área.

Neste estudo, o instrumento de coleta de dados foi construído baseando-se nos itens existentes e especificados na ficha amarela e livro verde existentes nos serviços de saúde, bem como no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose.

Solicito que o sr.(a) contribua na avaliação do instrumento, considerando os itens: Adequação dos itens e compreensão do conteúdo proposto.

Caso aceite, pedimos a gentileza de **fazer o download** do anexo deste e-mail que contém o TERMO DE CONSENTIMENTO e o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS. Neste último o sr(a) terá informações do que avaliar no instrumento após cada bloco de questões, grifadas em cinza. Em amarelo são os blocos que o sr.(a) deverá preencher.

Suas respostas deverão ser dadas no próprio instrumento que o sr.(a) fará o download. **Após terminar**, pedimos a gentileza de **salvar as alterações feitas e reenviá-lo para nós**.

Agradecemos antecipadamente seu empenho em participar deste trabalho e me coloco à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Atenciosamente,

São José do Rio Preto, ____, de _____ de 2015.

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

Atenciosamente

Profª Drª Silvia Helena Figueiredo Vendramini

CONTATO: Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Endereço: Av. Brigadeiro Faria Lima, 5413, Vila São Pedro. CEP: 15090-000. São José do Rio Preto – SP. Horário de funcionamento: Segunda a Sexta 7h30 às 12h - 13h30 às 16h30. Telefone: (17) 3201-5813.

Profª Drª Silvia Helena Figueiredo Vendramini - e-mail: silviahve@gmail.com – Telefone (17) 3201-5721

MANUSCRITO

O registro da assistência de enfermagem no acompanhamento da tuberculose

Marília Cattozatto dos Reis¹, Silvia Helena Figueiredo Vendramini², Anneliese Domingues Wysocki³, Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos⁴, Maria Amélia Zanon Ponces⁵

¹Enfermeira, mestranda de enfermagem pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Email marilia-cattozatto@hotmail.com.

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Adjunto da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto, SP, Brasil. E-mail:silviahve@gmail.com.

³Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde.Professora Efetiva da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Três Lagoas, MS, Brasil. Email:lilisew@yahoo.com.br.

⁴Enfermeira, Doutora em Enfermagem.Professora Adjunto da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto, SP,Brasil. E-mail: mlsperli@gmail.com.

⁵Enfermeira, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Gerente em DST/Aids do Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto, SP, Brasil. E-mail: amelinha_famerp@yahoo.com.br.

Resumo

Objetivo: Analisar a coordenação da assistência a tuberculose na atenção básica. **Métodos:** Estudo epidemiológico descritivo exploratório, do tipo levantamento retrospectivo, com abordagem quantitativa. Foram analisados 86 prontuários, em 23 serviços de atenção básica, após critérios de inclusão e exclusão. **Resultados:** Dos serviços de saúde 14 (60,8%) Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e 09 (39,1%) Unidade Básica de Saúde (UBS). Dentre os 86 prontuários analisados, 50 (58,2%) eram de pessoas em tratamento de TB acompanhados em UBSs e 36 (41,8%) nas UBSFs. **Conclusões:** O estudo traz que as UBSs

apresentaram melhores resultados do que as UBSFs, de acordo com a Análise de Correspondência Múltipla (ACM), oposto da literatura, uma vez que a UBSF trabalha com uma população adstrita menor, apresentando maior tempo para o acompanhamento, e formação de mais vínculo as pessoas em acompanhamento de TB.

Descritores: 1. Tuberculose; 2. Atenção Básica; 3. Enfermagem; 4. Ações Integradas da Saúde; 5. Sistema de registro

Introdução

O mundo está passando por uma transição demográfica e epidemiológica crescente, principalmente nos países em desenvolvimento, caracterizada por um processo de envelhecimento populacional aliada a uma transição das condições de saúde, observada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento das condições crônicas, manifestando-se pelo fenômeno denominado transição epidemiológica^(1,2). No Brasil, esta transição ocorre de forma diferente em relação aos países desenvolvidos e caracterizada como tripla carga de doenças pois envolve, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o 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; e o forte crescimento das causas externas^(1,3).

Diante desse novo quadro há as condições agudas, de curso curto e que podem ser respondidas por um sistema reativo e com respostas episódicas, das condições crônicas, que têm curso mais ou menos longo e que exigem um sistema que responda a elas de forma proativa, contínua e integrada. Considera-se que as condições crônicas envolvem além da diabetes mellitus (DM), doença cardiovascular e respiratória e câncer, as doenças infecciosas persistentes como hanseníase, tuberculose(TB), HIV/aids, hepatites virais entre outras^(1,2,4,5).

A TB é considerada uma doença crônica prioritária no país, ocupando a 20ª posição, entre os 22 países com maior carga da doença, apesar da redução dos coeficientes de incidência e mortalidade⁽⁶⁾.

Com o objetivo de reduzir os casos, o Ministério da Saúde (MS) adota diversas formas, dentre elas a Estratégia de Tratamento Diretamente Observado (DOTS), criada em 1993 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o controle da TB, composta por 5 (cinco) pilares: Compromisso político com fortalecimento de recursos humanos e garantia de recursos financeiros, elaboração de planos de ação e mobilização social; diagnóstico de casos por meio de exames bacteriológicos de qualidade; tratamento padronizado com a supervisão da tomada da medicação e apoio ao paciente; fornecimento e gestão eficaz de medicamentos; e sistema de registro e informação e avaliação ágil que possibilite o monitoramento dos casos, desde a notificação até o encerramento do caso⁽⁷⁾.

Em 2004, o Programa de Controle de Tuberculose (PCT) descentralizou as ações de TB para a atenção básica (AB), com o objetivo de melhorar o vínculo entre equipe de saúde e pessoas em acompanhamento de TB⁽⁸⁾. No entanto, a AB como eixo ordenador do sistema público de saúde ainda encontra vários desafios, sobretudo pela fragilidade de se implantar uma rede que permita a integração entre os níveis de atenção na sua dimensão vertical e horizontal, bem como sistemas de apoio e logística para sustentar os fluxos de comunicação e os processos para a produção social em saúde⁽⁹⁾. Para melhorar o atendimento fragmentado, o MS implantou a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Deste modo, a gestão do SUS decidiu implantar no país as RAS, por meio de redes temáticas priorizando algumas linhas de cuidado, acolhendo e redefinindo os novos modelos de atenção à saúde que estão sendo experimentados e que têm se mostrado efetivos e eficientes no controle das condições crônicas⁽¹⁾.

No entanto, para que a RAS seja efetiva, deve-se apresentar uma AB de qualidade, garantindo o funcionamento dos atributos, incluindo a coordenação, ou seja, continuidade da

atenção, articulação com outros serviços, sendo ponto principal de comunicação da RAS^(2,10). É compreendida nas dimensões vertical, entre a AB e os demais níveis de atenção à saúde; e horizontal, que envolve a articulação entre a própria equipe de AB, serviços de saúde e equipamentos sociais^(9,11), uma das ações necessárias na coordenação é o registro de informações, tendo o prontuário como principal instrumento, além de outros sistemas de registros⁽¹²⁾.

No controle da TB, há diversas ações realizadas na AB, inclusive o registro de informações nos instrumentos preconizados pelo MS como livro de registro de acompanhamento e ficha de acompanhamento de Tratamento Diretamente Observado (TDO), além do preenchimento do prontuário⁽¹¹⁾.

No município de estudo, a maioria das atividades de controle da TB é realizada pela equipe de enfermagem, principalmente pelo enfermeiro. 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⁽¹³⁾. De acordo com Conselho Federal de Enfermagem, através de Diretrizes postuladas, determina que os registros de todas as etapas sejam feitos nos prontuários⁽¹⁴⁾. Considerando a consulta de enfermagem, atividade privativa do enfermeiro e instrumento do cuidado que deve seguir as etapas do Processo de Enfermagem: identificação de problemas de saúde do cliente ou coleta de dados (com anamnese e exame físico), delineamento dos Diagnósticos de Enfermagem (DEs), planejamento e implementação das ações e a avaliação do plano⁽¹⁵⁾.

Considerando a capacidade gerencial do enfermeiro da Atenção Básica e sua capacidade de assumir diversas atribuições e responsabilidades relacionadas aos programas prioritários de controle da saúde e, considerando a importância da coordenação do cuidado as pessoas com TB

acompanhado pelos serviços da Atenção Básica, o objetivo desse estudo foi avaliar o trabalho da equipe de enfermagem na assistência a tuberculose na Atenção Básica.

Método

Estudo epidemiológico descritivo exploratório, do tipo levantamento retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado num município, localizado no noroeste paulista, que apresenta 442.870 habitantes⁽¹⁶⁾. Atualmente existem 27 Serviços de AB no município de estudo, sendo 10 UBS e 17 UBSF, na Atenção Especializada (AE) há um Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis sendo referência para todo atendimento e acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS, IST (Infecção Sexualmente Transmissível), hepatites virais, TB e hanseníase. É referência para o tratamento de TB extrapulmonar, micobacterias atípicas, coinfeção TB/HIV, resistência medicamentosa.

Em relação à situação da TB no município, em 2015 foram notificados 99 casos novos, com incidência de 22,35 casos/100.000 habitantes. Porém, o MS recomenda que 1% da população seja examinada, por ano, e no município de estudo, foram examinados aproximadamente 25% do preconizando⁽¹⁶⁾. Portanto, o fato da incidência ter diminuído em relação ao ano de 2015 (27,6%)⁽¹⁷⁾ não é um fato positivo, uma vez que o número de pessoas examinadas está abaixo do preconizado e menor do que no ano anterior.

Para a realização da coleta dos dados, procederam-se duas etapas: primeiramente, para a identificação das pessoas que fizeram acompanhamento de TB, foram levantados dados por meio do banco de dados do TB-WEB, sendo incluídos aqueles que iniciaram e terminaram o tratamento de TB nos serviços de AB no município entre os anos de 2013 e 2014 e excluídos aqueles que mudaram do município, tiveram mudança de diagnóstico, realizaram tratamento em serviços secundários ou faleceram após o diagnóstico.

A partir deste levantamento, identificaram-se os serviços de AB nos quais os mesmos realizaram tratamento. Na segunda etapa da coleta dos dados, foram levantados os instrumentos

de registros preconizados na assistência à TB (prontuários, ficha de acompanhamento e livro de acompanhamento) nos serviços de AB, os quais foram revisados, a partir de um instrumento estruturado, elaborado pelos autores e baseado nos Manuais do MS que preconizam o preenchimento correto de tais instrumentos de registro.

Previamente à coleta dos dados, tal instrumento foi submetido à validação de conteúdo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) por cinco (5) especialistas da área, mediante leitura e assinatura do com a finalidade de verificar a adequação e precisão dos itens e a representatividade dos mesmos em relação ao assunto. O instrumento constituiu-se de quatro (04) - IV seções e 40 variáveis, relacionadas a: Seção I: Identificação das pessoas com de TB, local onde realizou o tratamento, consulta clínica e TDO; Seção II: informações sobre a ficha de acompanhamento do TDO; Seção III: informações referentes ao Livro de Registro e realização dos exames preconizados pelo MS⁽¹⁷⁾ e; Seção IV: anotações da equipe de saúde no prontuário clínico

Das 206 pessoas com TB identificados na primeira etapa da coleta de dados houve exclusão de 97 devido à mudança de diagnóstico, de município, acompanhamento na atenção especializada e óbito após diagnóstico, sendo selecionados 109 pessoas com TB para análise dos registros de informação à TB nos serviços de AB, no entanto, foi feito o levantamento de dados de 86 prontuários de TB, em 23 Unidades de Saúde, uma vez que 23 não foram encontrados em 10 serviços de AB.

Os dados foram digitados e armazenados em um banco de dados do Excel 2007. Para a realização da análise dos dados, foram utilizadas técnicas de estatística descritiva (frequência relativa e absoluta) e multivariada, por meio do software Statistica 10 (StatSoft Inc.).

A abordagem multivariada foi realizada pela aplicação da Análise de Correspondência Múltipla (ACM) a fim de se investigar a existência de associação entre a variável passiva (tipos

de serviços de AB no qual as pessoas com TB realizaram tratamento) e as ativas (demais variáveis de estudo). Adotou-se nível de significância de 0,05.

Após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a pesquisa foi conduzida conforme a Resolução nº466 de 2012 do Conselho de Ética em pesquisa e aprovada pelo Comitê de Ética da FAMERP, parecer nº 989.439

Resultados

Foram avaliados 23 Serviços de AB, 14 (60,8%) Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e 09 (39,1%) Unidade Básica de Saúde (UBS). Dentre os 86 prontuários analisados, 50 (58,2%) eram de pessoas com TB acompanhadas em UBSs e 36 (41,8%) nas UBSFs. Por meio da avaliação dos prontuários, observou-se que nas UBSF há maior frequência dos registros de todas as consultas de enfermagem realizadas em comparação com as UBS (27-75% x 23-46%). Quanto aos registros realizados pela equipe de enfermagem nos prontuários foi possível observar que aqueles relacionados à interação medicamentosa, ingesta medicamentosa e encaminhamento para outros serviços apresentaram baixa frequência na maioria dos prontuários, tanto nas UBSFs quanto UBSs (Tabela 1). Através da ACM, observou-se associação em comparação com as UBS, as UBSF apresentaram maiores anotações quanto à orientação para realização de exames (25-69,4% x 23-46%), retorno de consultas (26-72,2% x 13-26%) e orientações quanto à importância da adesão ao tratamento (22-61,1% x 15-30%). No entanto, a ACM revelou que as UBS tiveram associação com as anotações sobre a importância de adesão ao tratamento, orientação e coleta de material para exames, informação sobre a doença e prescrição, as UBSF apresentaram pior desempenho na qualidade das anotações relacionadas ao tratamento e efeitos colaterais dos medicamentos (7-19,4% x 31-62%). Pela ACM foi possível observar que houve maior associação entre os registros realizados pelos enfermeiros e as UBS. No entanto, informações sobre o tratamento e os efeitos colaterais dos medicamentos, consultas de enfermagem, entrega de medicação, pré e pós-consulta, aferição

de peso e altura e solicitação de exames, ingesta e interações medicamentosas também se apresentaram associadas às UBSF (Figura A Quadro 1).

Tabela 1: Descrição das informações registradas pela equipe de enfermagem contidas no Prontuário Clínico das pessoas em acompanhamento de TB nos Serviços de Atenção Básica. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015.

Registros realizados pela equipe de Enfermagem		Tipo de SS		Total
		UBSF n (%)	UBS n (%)	
Total de pessoas com TB		36(41,8%)	50(58,2%)	86(100%)
Interação medicamentosa	Sim	5(13,9%)	3(6%)	8(9,3%)
	Não	31(86,1%)	47(94%)	78(90,7%)
Ingesta medicamentosa	Sim	17(47,2%)	16(32%)	33(38,4%)
	Não	19(52,8%)	34(68%)	53(61,6%)
Encaminhamentos para outros serviços	Sim	4(11,1%)	7(14%)	11(12,8%)
	Não	32(88,9%)	43(86%)	75(87,2%)

No que se refere à Ficha de acompanhamento do TDO, observou-se que a maioria das pessoas com TB acompanhados pelas UBSFs (33-91,7%) a possuía e todas (33-100%) se encontravam arquivadas nos prontuários. Já nas UBSs, esta frequência foi menor (43-86%) e nem todas apresentavam-se arquivadas no prontuário. Dentre aqueles que possuíam a ficha de acompanhamento de TDO, os que realizavam acompanhamento nas UBSFs apresentaram maior proporção de completude do preenchimento da tomada de medicação (auto-administrado-AA, Supervisionada-SU ou não ter tomado-NT) (32-97% e 40-93%, respectivamente).

Observou-se que a maioria das pessoas com TB possuía comunicantes (71-93,4%) e que nas UBS havia maior completude dos registros das informações dos mesmos: nome (34-87,3%), idade (30-76,9%) e parentesco (32-82,1%). Tanto UBSF como UBS apresentaram fragilidades nos registros de informações relacionados à busca e realização de exames dos comunicantes (Raio-x de tórax, teste tuberculínico (TT), baciloscopia de escarro e indicação para tratamento da infecção latente por TB) (Tabela 2), assim como foi observado nos registros referentes aos dados dos comunicantes realizados nos prontuários.

Tabela 2: Descrição do registro de informações contidas na Ficha de Acompanhamento do Tratamento Diretamente Observado dos doentes de TB acompanhados nos Serviços de Atenção Básica. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015.

Ficha de acompanhamento de TDO		Tipo de SS		Total	
		UBSF n (%)	UBS n (%)		
Total de pessoas com TB				86(100%)	
Ficha de acompanhamento do TDO	Existência da ficha de acompanhamento de TDO?****	Sim	33(91,7%)	43(86%)	76(88,4%)
		Não	3(8,3%)	7(14 %)	10(11,6%)
	Possuem comunicantes	Sim	32(97%)	39(90,7%)	71(93,4%)
		Não	1(3 %)	4(9,3%)	5(6,6%)
	Nome****	Sim	22(68,8%)	34 (87,3%)	56(78,9%)
		Não	10(31,3%)	5(12,8%)	15(21,1%)
	Raio X de tórax****	Sim	9 (28,1%)	13(33,3%)	22(31%)
		Não	23(71,9%)	26(66,7%)	49(69%)
	Realização de TT****	Sim	8(25%)	12(30,8%)	20(28,2%)
		Não	24(75%)	27(69,2%)	51(71,8%)
	Realização de Baciloscopia de escarro****	Sim	7(21,9%)	15(38,5%)	22(31%)
		Não	25(78,1%)	24(61,5%)	49(69 %)
	Indicação de realização do Tratamento para Infecção Latente por TB****	Sim	7(21,9%)	8(20,5%)	15(21,1%)
		Não	25(78,1%)	31(79,5%)	56(78,9%)
	Registro sobre o local da tomada de medicação***	Sim	20(60,6%)	33(76,7%)	53(69,7%)
Não		13(39,4%)	10(23,3%)	23(30,3%)	

***Foram avaliados 76 fichas de acompanhamento de TDO uma vez que 10 não possuíam a ficha de acompanhamento de TDO;

****Foram avaliados 71 fichas de acompanhamento de TDO uma vez que, dos 10 doentes de TB que não a possuíam, cinco (05) não possuíam comunicantes.

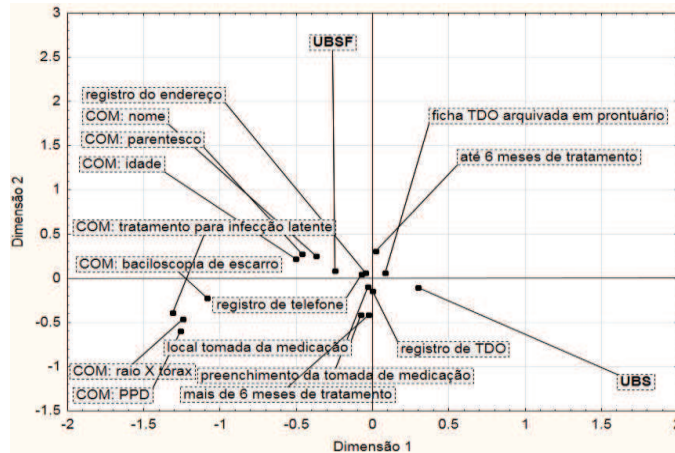
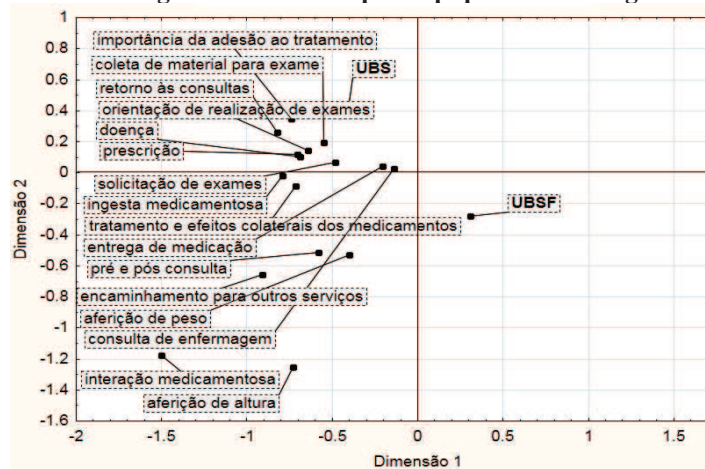
A ACM revelou que as UBSF associaram-se aos registros sobre o local de tomada da medicação, telefone e endereço das pessoas com TB e presença de todas as informações sobre os comunicantes, enquanto o registro de TDO, e o fato da ficha está arquivada em prontuário associaram-se a UBS(Figura B Quadro1).

Foram revisados 20 livros de registro, nove (09) em UBS e 11 em UBSF, avaliando-se registros de um total de 73(84,9%) pessoas em acompanhamento de TB. Tanto em UBSF como em UBS observou-se que dados de idade (29-85,3% nas UBSF e 31-79,5% nas UBS), sexo (30-88,2% nas UBSF e 32-82,1% nas UBS), número de SINAN (28-82,3% nas UBSF e 29-74,3% nas UBS) e tipo de entrada (26-76,5% nas UBSF e 28-71,8% nas UBS) encontravam-se presentes, embora em nenhum livro de ambos os serviços se tenha encontrado tais dados para todos as pessoas em tratamento de TB registradas. A ACM revelou associação entre a UBSF e os registros quanto ao sexo, idade, nome, número do prontuário e número do SINAN (Figura C Quadro 1)

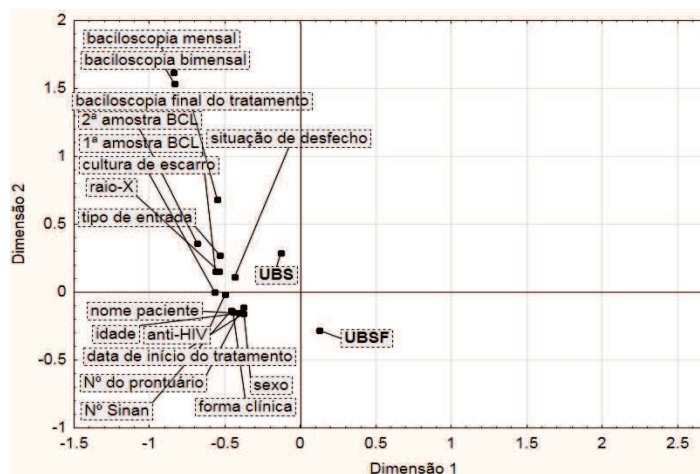
Observou-se que as UBSF apresentaram maior frequência de anotações relacionadas à data de início de tratamento (24-70,6% UBSF x 14-35,9% UBS), maior proporção de registros relacionados ao resultado da 1ª e 2ª amostras da baciloscopia de escarro (23-69,7% UBSF x 18-47,4%; 19-57,6% x 9-23,7%, respectivamente), realização da cultura de escarro (18-54,5% UBSF x 9-23,7% UBS) e raio-x de tórax (25-75,8% UBSF x 14-36,8% UBS) (Tabela 6), sendo o mesmo observado na ACM (Figura C- Quadro 1).

Quadro 1. Plano fatorial de análise entre os tipos de serviços de Atenção Básica e as variáveis relacionadas à: Informações contidas no Prontuário clínico, ficha de acompanhamento do Tratamento Diretamente Observado, Livro de registro, registros realizados pela equipe de enfermagem. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015.

A- Registros realizados pela equipe de enfermagem



C- Livro de Registro



No entanto nas UBSFs houve menor proporção de registro quanto à forma clínica da TB (8-23,5% UBSF x 24-61,5% UBS) e quanto à realização da baciloscopia de escarro de final de tratamento (9-27,3% UBSF x 20-76,3% UBS).

No que se refere a situação de encerramento do caso, as UBSFs apresentaram maior proporção de registro (21-68,8,6% UBSF x 23-59% UBS), embora a ACM traga associação do registro dessa variável com a UBS (Figura C-Quadro 1).

Discussão

De acordo com a literatura, a descentralização das ações de TB para AB apresentam resultados favoráveis e desfavoráveis^(10,19) Num município da região Sul do país, houve melhora nos índices da doença, inclusive na articulação com outros serviços de saúde e equipamentos sociais⁽¹⁹⁾. Porém, outros estudos apontam que mesmo com a descentralização para AB, os demais serviços de saúde continuam atuando nas ações de TB, principalmente no diagnóstico da doença^(20,21).

As ações de TB na AB estão centradas nos enfermeiros das equipes de saúde, e baixa participação dos demais, ocorrendo sobrecarga de trabalho dos mesmos. Conseqüentemente, são eles que mais participam das capacitações realizadas a nível central, conforme aponta o estudo com resultado de baixa proporção de capacitação de TB aos técnico/auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS) e médicos^(13,17).

Diferente dos resultados encontrados, um trabalho realizado em um município de porte grande do Estado de SP, sobre o registro de atividades da equipe de enfermagem ao atendimento da pessoa com TB, observa-se elevada participação dos técnicos/auxiliares de enfermagem (99,1%)⁽²²⁾.

Dentre as ações realizadas, há aferição de peso, que de acordo com o MS é um atributo importante para ocorrer ajuste de dose medicamentosa; e a não realização ou ausência do registro pode acarretar erro na dosagem, devido falta de comunicação entre a equipe, que realiza

coordenação da assistência não efetiva⁽⁷⁾. Diferente dos resultados encontrados, um estudo sobre a consulta de enfermagem durante o acompanhamento da TB, apontou que 100% dos prontuários avaliados havia registro do peso dos clientes em acompanhamento⁽¹⁴⁾.

De acordo com Brunello, os profissionais não têm a visão da importância do preenchimento correto dos instrumentos de registro, como indicadores de qualidade da assistência prestada, acreditando que esse tipo de serviço seja apenas burocrático ⁽²²⁾

No município, há uma equipe de referência de TB em cada Unidade de saúde, formada por um médico e um enfermeiro. Considerando que nas UBSs essa equipe que faz todo acompanhamento de TB, enquanto que na UBSF cada equipe atende o morador de sua área de abrangência, considerando o estudo realizado do município, onde os profissionais das UBSFs tem mais acesso aos instrumentos de registro do que as UBSs⁽²⁰⁾, sugerindo que apenas a equipe de referência das UBSs tenha contato com os instrumentos. Pode ser que os registros da equipe das UBSs tenham maior completude, quando comparados a UBSFs como mostra a ACM.

Como limitações do estudo, pode-se citar a falta de alguns prontuários dos doentes de TB, podendo trazer divergência entre os resultados alcançados e a realidade do cenário de estudo.

Considerações Finais

O estudo traz que as UBSs apresentaram melhores resultados do que as UBSFs, de acordo com a Análise de Correspondência Múltipla (ACM), oposto da literatura, uma vez que a UBSF trabalha com uma população adstrita menor, sendo assim, tem maior tempo para o acompanhamento dos clientes, e formação de mais vínculo.

É ideal que ao implantar a ESF, o processo de trabalho seja modificado também, aconteça educação permanente da equipe, tenha população adscrita de até 4000 mil habitantes por equipe, conforme preconizado pelo MS, aconteçam as visitas domiciliares por todos os profissionais, reuniões; pois quando há uma população menor para ser assistida, a equipe de

saúde consegue acompanhar todos os casos de maneira mais detalhada, aumentando o vínculo entre os sujeitos formadores do processo saúde-doença, obtendo melhores desfechos da doença.

Referência

1-Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 15(5):2297-305, 2010. [acesso em 21 abr 2017]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>

2-Mendes EV. A Construção Social da Atenção Primária À Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.193 p. [acesso em 21 abr 2017]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>

3- Frenk J. Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health; 2006. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/resources/frenk.pdf

4 Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med.* 1997; 127:1097-1102.

5- Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial Brasília (Brasil): Ministério da Saúde,2003. 105p.

6-. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, Plano nacional pelo fim da tuberculose [Internet]. Brasília. Ministério da Saúde, 2017[acesso em 02mai.2017]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/24/Plano-Nacional-Tuberculose.pdf>

7- Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 [acesso em: 26abr. 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf.

8-Ministério da Saúde, Grupo Hospitalar Conceição. Tuberculose na atenção primária à saúde. [Internet]. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011 [acesso em: 13mar 2017] Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/tuberculosisnaatencao.pdf>

9- Rodrigues LBB, Silva PCDS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JDA, et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2014. [Acesso em 02 abr 17]; 19(2):343-352. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00343.pdf>

10-Carneiro, M. S. M.; Melo, D. M. S.; Gomes, J. M.; Pinto, F. J. M.; Silva, M. G. C.

Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde debate* [Internet]. 2014 .[Acesso em 02abr 17]; 38(n.

especial): 279-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0279.pdf>

11- Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. [Internet]. 2011. [Acesso em 02 abr 17]; 29(2):84–95. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>

12- Santos DC, Ferreira JBB. O prontuário da família na perspectiva da coordenação da atenção à saúde. *Physis* [Internet]. 2012 [acesso em 11 out 2016]; 22(3), 1121-37. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000300015>.

13- Almeida JB de, Ponce MAZ, Wysocki AD, Santos MLSSG, Vendramini SHF. A Coordenação da assistência no controle da tuberculose na visão da equipe de enfermagem. *Rev enferm UFPE on line*. 2016, 10(Supl. 6):4727-34.

14- Oliveira DRC, Enders BC, Vieira CENK, Mariz LS. Avaliação da consulta de enfermagem aos pacientes com tuberculose na atenção primária à saúde. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2016 [Acesso em 26abr 2017];18:e1153. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.32593>

15- Ministério da Saúde. Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica: Protocolo de Enfermagem [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em: 31 Mar. 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf

16- Secretaria Municipal de Saúde. Painel de Monitoramento, 2016.[Internet]. São José do Rio Preto(SP): Secretaria Municipal de Saúde; 2016. [acesso em 02mai.2017]. Disponível em: http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/arqu/painmoni/painel_monitoramento_2016.pdf

17- Secretaria Municipal de Saúde. Painel de Monitoramento, 2015. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Saúde; 2015.

18-20- Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. [Internet]. 2011. [Acesso em 02 abr 17]; 29(2):84–95. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>

19-Souza CF, Ben, AJ,Schneider SMB, Nascimento BP, Neumann, CR. Oliveira, FJAQ. A importância das ações programáticas de saúde no controle da tuberculose : experiência de um serviço de atenção primária à saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil *Clinical and biomedical research*. 2014;34(2):175-83.

20- Wysocki AD, Ponce MAS, Brunello MEF, Beraldo AA, Vendramini SHF, Scatena LM, Ruffino-Netto A, Villa TCS. Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(1):161-15.

21- Ponce MAZ, Wysocki AD, Scatolin BE, Andrade RLP, Arakawa T, Ruffino-Netto A, et al. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São

José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. Cad saúde pública [Internet]. 2013 May [Acesso 24abr 2017]; 29(5):945-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000500012&script=sci_arttext.

22- Brunello MEF, Simiele-Beck MF, Orfã, NH, Wysocki AD, Magnabosco GT, Andrade RLP, et al. Atuação da enfermagem na atenção a uma condição crônica (tuberculose): análise de fontes secundárias. Rev. Gaúcha de Enfermagem.[Acesso em 15 set 16]. 2015;36(spe): 62-69. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56363>