

ARTIGO ORIGINAL

Avaliação do desempenho das ações e serviços de controle da Tuberculose pela estratégia saúde da família

Evaluation of the performance of Tuberculosis control actions and services of the family health strategies



Fábia Maria de Santana^{1,2}, Ana Paula de Araújo Machado³, Patrícia Poletto Monhol³, Ligia Ajaime Azzalis⁴, Virginia B. C. Junqueira⁴, David Feder⁴, Leela Moren⁵, Fernando Luiz Affonso Fonseca^{2,4}

¹Sanitary Physiotherapist by the School of Government in Public Health of the State of Pernambuco, Master's Degree in Health Sciences by ABC Medical School, Santo André, SP, Brazil

²Commission for Postgraduate, Research and Innovation. Postgraduate Program in Health Sciences. Faculty of Medicine of ABC, Santo André, SP, Brazil

³School of Sciences of Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Laboratory of Scientific Writing - Nursing.

⁴Department of Pharmaceutical Sciences, Federal University of São Paulo, UNIFESP, Diadema, SP. Laboratory of Clinical Analysis, ABC Medical School, Santo André, SP, Brazil.

⁵Federal University of the Valley of the São Francisco - Collegiate of Medicine, Petrolina, Pe, Brazil. Laboratory of Study Design and Scientific Writing, ABC Medical School, Santo André, SP, Brazil

Autor correspondente:

Manuscrito recebido: Abril 2018
Manuscrito aceito: Outubro 2018
Versão online: Novembro 2018

Resumo

Introdução: A atenção básica é resultado do desenvolvimento e consolidação do SUS através do programa de Estratégia Saúde da Família. Diante do quadro de persistência da tuberculose em vários municípios do País, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) cujas metas eram integrar 100% dos municípios brasileiros na luta contra a doença.

Objetivo: Avaliar o desempenho das ações e serviços de controle da tuberculose (TB) da Estratégia Saúde da Família no município de Salgueiro-PE.

Método: Trata-se de estudo transversal, quantitativo e descritivo de inquérito que avaliou serviços de saúde na cidade de Salgueiro-PE, envolvendo 40 participantes. Os dados foram coletados através de questionário com perguntas específicas para cada componente organizacional essencial da atenção básica para as ações de controle da TB, além de perguntas sobre o perfil do paciente, informações clínicas epidemiológicas e estado atual de saúde. A fim de conhecer as políticas realizadas no controle da TB no município em estudo, foi também elaborado um roteiro com perguntas direcionadas ao gestor.

Resultados: Houve predominância do sexo masculino com 28 (70%), com ensino fundamental incompleto 15 (37,5%) e com faixa etária de 34 a 59 anos de idade. Quanto ao local do diagnóstico, o hospital teve maior prevalência de casos diagnosticados com tuberculose com 62,5%, os que realizavam tratamento supervisionado foram 85,0%. As médias das ações avaliadas demonstraram que o município de Salgueiro-PE não desenvolve ações de educação em saúde e busca ativa de sintomáticos respiratórios, obtendo médias favoráveis apenas para realização da baciloscopia de diagnóstico, consultas mensais de controle e acompanhamento medicamentoso.

Conclusão: Houve fragilidades no desempenho das ações e serviços pela estratégia saúde da família no município de Salgueiro, com prejuízos ao controle e ao tratamento, sendo necessário o fortalecimento das ações e serviços no combate à doença.

Palavras-chave: Tuberculose, atenção primária à saúde, avaliação dos serviços de saúde.

Suggested citation: Santana FM, Machado APA, Monhol PP, Azzalis LA, Junqueira VBC, Feder D, et al. Evaluation of the performance of tuberculosis control actions and services of the Family Health Strategies. *Journal of Human Growth and Development*. 2018; 28(3):337-347. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152194>

INTRODUÇÃO

A atenção básica é resultado do desenvolvimento e consolidação do SUS através do programa de Estratégia Saúde da Família (ESF). Criada em 1994, a ESF, abrangia no ano de 2015, 63% da população brasileira e vem demonstrando associação com redução na mortalidade infantil e no número de hospitalizações evitáveis¹. Em estudo realizado em Belo-Horizonte-MG com uma amostra de 7,778 adultos demonstrou-se que indivíduos atendidos pela ESF tiveram melhor desempenho em utilização em saúde quando comparados com não usuários do SUS. Neste contexto a Estratégia Saúde da Família tem se demonstrado como ferramenta importante no manejo de doenças prevalentes na epidemiologia nacional, como, por exemplo a tuberculose (TB)².

A TB é uma doença infectocontagiosa, considerada um problema de saúde pública, pontuando com alta magnitude, transcendência e vulnerabilidade nos critérios para seleção de doenças e agravos prioritários à vigilância epidemiológica³.

Em 1993, a OMS declarou a TB um estado de emergência mundial. Em reflexo, o Brasil elaborou estratégias dentro das ESF sinalizando seu posicionamento através da criação do Plano Emergencial para Controle da Tuberculose, primeira estratégia do Ministério da Saúde no combate a tuberculose⁴. Em pouco tempo outra estratégia foi definida, a Política Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) resultado da necessidade de aumentar considerações sobre o problema da tuberculose, na perspectiva de realizar intervenções á nível do sistema de saúde no Brasil e sobre as possíveis contribuições que a incorporação de novas tecnologias podem trazer ao sistema de vigilância da doença⁵.

A PNCT compreende o tratamento da TB como uma responsabilidade de todos os serviços do SUS e reconhece a necessidade de integrar a atenção básica, incluindo os programas de agentes comunitários e de saúde de família, visando maior acesso no manejo desta doença. Logo, a atenção básica é estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde. O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”⁶.

Entre as atividades executadas pela atenção básica além do diagnóstico e tratamento da TB estão: busca ativa de sintomáticos respiratórios (pessoas com tosse e expectoração há mais de 3 semanas), supervisionar o controle dos contatos de pacientes bacilíferos na comunidade, notificar ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), acompanhar os casos em tratamento, assegurar a realização dos exames diagnósticos, participar da operacionalização do tratamento diretamente observado no município e acompanhar as medidas de controle profiláticas⁷.

A definição da TB como prioridade na agenda pública de saúde em nível local perpassa por obstáculos operacionais e políticos, como a distribuição de recursos

priorizando outras situações como atenção às urgências/emergências e dengue. Existe uma lacuna na política de financiamento para a TB e um padrão de gestão municipal pouco comprometido com o controle da doença, sendo fundamental o envolvimento do gestor no sentido de incorporar, investir e apoiar o gerenciamento das ações de controle da TB, assumindo a doença como prioridade na agenda de saúde do município⁸.

Assim, o objetivo é analisar o desempenho das ações e serviços de controle da tuberculose das Estratégia da Saúde da Família.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de inquérito para avaliação de serviços de saúde, de natureza quantitativa e caráter transversal.

Procedimento de seleção de amostra

A pesquisa utilizou a estrutura das 18 Estratégias Saúde da Família (ESF) do município de Salgueiro-PE para localização do endereço dos doentes de TB. O rastreamento dos dados foi realizado nos domicílios de cada paciente que teve ou ainda estava em tratamento da TB, através do pesquisador participante junto aos agentes comunitário de saúde (ACS). Durante o período de coleta alguns elementos foram facilitadores e outros dificultadores desse processo (Quadro 1).

Facilitadores	<p>A parceria com os serviços de saúde locais (profissionais de saúde e gerente da vigilância epidemiológica) para o planejamento da coleta de dados (fornecimento de mapas das Estratégias Saúde da Família, número de prontuário dos doentes, identificação do doente de TB e agendamento prévio das entrevistas);</p> <p>Disponibilidade do ACS em acompanhar o entrevistador até o domicílio do doente de TB.</p>
Dificultadores	<p>Mudança de endereço dos doentes, dificultando sua localização;</p> <p>Localização geográfica de moradia dos doentes de difícil acesso, como também área de risco social e violência urbana;</p> <p>A falta de compromisso de alguns Doentes em agendarem as entrevistas, visto que não se encontravam no horário agendado ou estavam ocupados com outras atividades, solicitando ao entrevistador que voltasse em outro momento;</p> <p>O baixo grau de escolaridade dos doentes que em alguns momentos tornou moroso o processo de entrevista;</p> <p>O preconceito em relação à doença e por ter sido diagnosticado com TB.</p>

Quadro 1: Facilitadores e dificultadores no processo de coletas de dados.

O estudo seguiu os princípios em consideração os aspectos éticos que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, normatizados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), pela resolução nº. 466, de dezembro de 2012.

Todos os pacientes selecionados leram ou foram informados sobre o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Faculdade de Medicina do ABC (nº do parecer 1.893.761).

Participantes

A fim de selecionar a amostra da pesquisa realizou-se uma análise junto a vigilância epidemiológica sobre a quantidade de casos descritos no livro de registro e acompanhamento do tratamento de pacientes com tuberculose no período de janeiro/2014 a setembro/2016. Foi obtida uma população de 84 pacientes com TB cadastrados na estratégia saúde da família. Foram usados como critério de inclusão: Com idade igual ou superior a 18 anos, ter boa-cognição, residentes no município de Salgueiro/PE, que realizem ou realizaram tratamento nas ESF e consentimento da realização da pesquisa através da assinatura do TCLE. Critérios de Exclusão: Doentes de TB que estão no sistema prisional.

Instrumento de coleta de dados

Os dados da pesquisa foram coletados através de um questionário elaborado para doentes de TB do Primary Care Assessment Tool⁹, validado e adaptado para atenção à TB¹⁰. O instrumento contém 86 perguntas específicas para cada componente organizacional essencial da atenção básica voltadas para as ações de controle da TB, além de perguntas sobre o perfil do paciente, informações clínico epidemiológicas e estado atual de saúde.

Nesse questionário utilizou-se a escala de Likert que avalia o nível de concordância em pesquisas de opinião. Foi atribuído um valor de 0 a 5. “Zero” identificava a resposta “não sei ou não se aplica” e os valores de 1 a 5 registram o grau de relação de preferência (ou concordância) das afirmações.

Para melhor identificar quais as políticas existem no município de Salgueiro-PE para o controle da TB foi elaborado um roteiro de entrevista para o principal ator (gestor) envolvido no processo de reorganização dos serviços de saúde.

Análise estatística

Para descrever as características das variáveis qualitativas foram utilizados valores absolutos e relativos; para as variáveis quantitativas, mediana e percentis. Para todas as análises utilizou-se nível de confiança de 95%. O programa estatístico utilizado foi o Data Analysis and Statistical Software for Professionals (Stata) versão 11.0[®]. Depois de obtido as médias, estas foram relacionadas à escala de Likert.

Os principais aspectos e variáveis analisadas foram:

- Quanto à caracterização sociodemográfica: Sexo, idade e escolaridade.

- Quanto à educação em saúde: realização de educação em saúde sobre outros temas além da TB, Participação dos doentes de TB em grupos nos serviços de saúde, Trabalhos educativos realizados pelos profissionais de saúde na comunidade.

- Quanto ao controle de medicação: Acesso ao atendimento médico se mal-estar devido medicação, ausência de medicação durante o tratamento para TB.

- Quanto ao diagnóstico prévio e acompanhamento no tratamento da TB: Oferecimento pelos serviços de saúde do pote para exame de escarro mensal; Visita de profissionais de saúde para entrega do pote para coleta de escarro; Ações com igrejas, associações de bairros, para entrega do pote para coleta de escarro; Realização do teste de pele pelos serviços de saúde; Consulta mensal oferecida pelos serviços de saúde.

RESULTADOS

Dos 84 casos registrados de tuberculose, 16 (19%) dos sujeitos mudaram para outro município, 49 (58%) com alta por cura, 5 (6%) no sistema prisional, 3 (4%) mudança de diagnóstico, 2 (2%) TB + doenças associadas como pneumonia e derrame pleural, 1 (1%) TB + HIV, 5 (6%) óbitos e 3 (4%) andarilhos(sem residência fixa). Desse modo a amostra pesquisada consistiu em 40 pacientes. A figura 1, a seguir, apresenta o processo de localização dos casos de tuberculose (Figura 1).

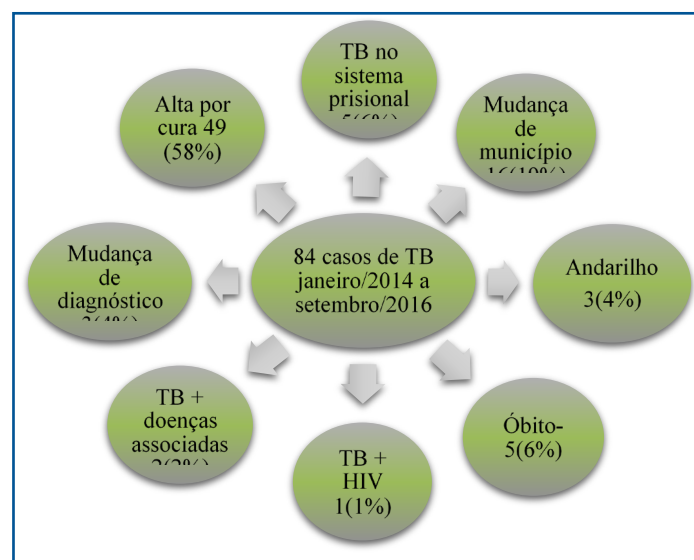


Figura 1: Processo de localização dos casos de TB.

DISCUSSÃO

A taxa de incidência de TB no Brasil é alta¹¹⁻¹³. Em 2013, o Brasil registrou 71.123 novos casos de tuberculose, equivalente a uma taxa de incidência de 35,4 casos por 100 mil/hab, o que indica queda de 20,3% em relação a 2003, quando a taxa era 44,4 casos por cada 100 mil pessoas. Foram notificados, em 2013, 4.406 óbitos por TB, a taxa de 23 óbitos para cada 100 mil/hab. O Brasil ocupa a 16ª posição, entre os 22 países com maior carga de TB e a 111ª posição em taxa de incidência. De acordo com o Ministério da Saúde em 2011, foram estimados 9 milhões de novos casos da doença no mundo, além de, 1,4 milhões de mortes^{12,14}.

Em Pernambuco ocorrem, em média, 4.230 novos casos de tuberculose por ano. O Estado apresentou em 2010 o 4º lugar em taxa de detecção da doença e 2º lugar em mortalidade no país e 1º lugar em número de casos no Nordeste, sendo Recife a capital brasileira com maior taxa

de incidência (48,2%) e um dos municípios integrantes da I Gerência Regional de Saúde (GERES), que detém 70% dos casos de tuberculose dentre as 12 GERES do estado¹⁵.

No Brasil o número de casos de tuberculose no sexo masculino é o dobro do feminino, cerca de 50 por 100 mil habitantes¹¹. Nesse estudo a característica sócio demográfica revelou que, dos 40 doentes de TB, houve predominância do sexo masculino com 70%²⁸, compactuando com as informações nacionais¹⁶. Essa tendência pode ter relação com a maior exposição do homem fora do lar e ainda, pelo fato de que, culturalmente, o homem recorre menos aos serviços de saúde¹⁷.

A caracterização sociodemográfica evidência na amostra dos 40 pacientes aptos a participarem da pesquisa, houve predominância do sexo masculino com 70% (28) em relação ao sexo feminino, 30% (12) possuíam ensino fundamental incompleto e 37,5% (15) estavam entre a faixa etária de 34 a 59 anos de idade (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da população estudada, Salgueiro- Pe, 2017

VARIÁVEIS	n	%
SEXO		
Masculino	28	70,0
Feminino	12	30,0
ESCOLARIDADE		
Sem escolaridade	11	27,5
Ens. fund. Incompleto	15	37,5
Ens. fund. Completo	8	20,0
Ens. médio completo	5	12,5
Ens. superior completo	1	2,5
	Mediana	P.25 – P.75
IDADE	40,0	34,0 - 59,5

p.25 – p.75: percentil 25 e 75.

Quando questionados sobre o local de diagnóstico primário, o ambiente hospitalar teve maior prevalência de casos diagnosticados com tuberculose com 62,5% (25) contra 37,5% (15) de diagnósticos dentro das ESF.

Os participantes também foram questionados quanto ao tratamento diretamente observado (TDO), estratégia estabelecida pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) para regulamentar e viabilizar a qualidade da assistência ao doente de TB, tendo como ação primordial a supervisão da tomada da medicação, feita por

um profissional ou pessoa adequadamente habilitada para este fim, e devendo ser realizado em qualquer ambiente, o qual seja mais cômodo para o usuário^{10,11}. O TDO ajuda a reduzir as possibilidades de resistência à medicação, abandono do tratamento e incentivando à adesão à terapia.

Entre os doentes de TB entrevistados 85,0% (34) realizaram o TDO, sendo apenas 15,0% (6) aqueles que não realizaram (Figura 2). Em relação ao local de atendimento, 27,5% (11) realizavam tratamento supervisionado na ESF e 72,5% (29) em domicílio. A

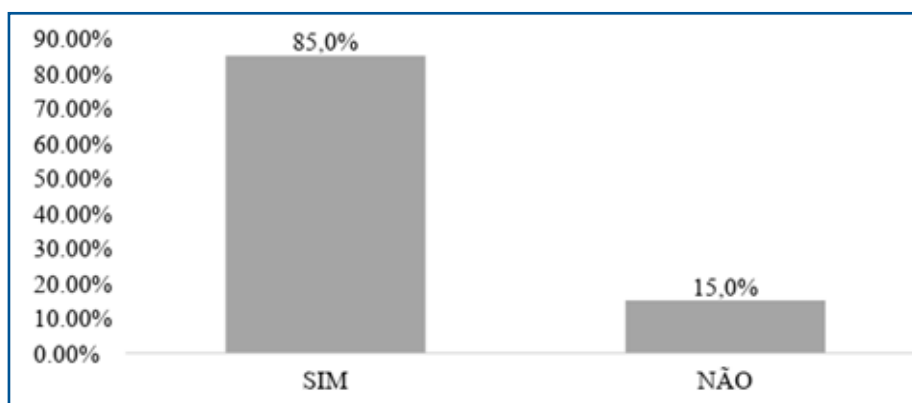


Figura 2: Tratamento Observado

tabela 2 revela que, em relação às variáveis: “atividade de educação em saúde sobre outros temas, além da TB”, “participação dos doentes de TB em grupos nos serviços de saúde”, obtiveram uma média não favorável indicando que o maior número de sujeitos responderam não realizar nenhuma das atividades. Entretanto a variável: “Trabalhos educativos realizados pelos profissionais de saúde na comunidade”, obteve uma média de 45% indicando um nível regular (Tabela 2).

Os resultados encontrados quanto as variáveis: “acesso ao atendimento médico quando intercorrência ocasionada por uso de medicação no prazo de 24 horas” obteve média regular indicando que os pacientes em estudo comumente conseguem acesso ao serviço de saúde. Os dados coletados em escala de Likert referentes à “falta de medicação”, obteve um média de 100% para a resposta “quase nunca”, apresentando um nível favorável, ou seja, quase nunca falta medicação (Tabela 3).

Tabela 2: Avaliação do quesito “Educação em saúde” através de escala de Likert, Salgueiro-PE, 2017

Variáveis	n	%
Realização de educação em saúde sobre outros temas, além da TB?		
QUASE NUNCA	8	20,0
QUASE SEMPRE	10	25,0
NR/NA	22	55,0
Participação dos doentes de TB em grupos nos serviços de saúde?		
QUASE NUNCA	40	100
Trabalhos educativos realizados pelos profissionais de saúde na comunidade?		
QUASE NUNCA	7	17,5
QUASE SEMPRE	15	37,5
SEMPRE	18	45,0

Tabela 3: Avaliação do quesito “Acesso à Serviço de Saúde” através de escala de Likert, Salgueiro-PE, 2017

Variáveis	n	%
Se passa mal por causa da medicação consegue consulta médica no prazo de 24h?		
ÀS VEZES	2	5,0
QUASE SEMPRE	7	17,5
SEMPRE	17	42,5
NR/NA	14	35,0
Falta de medicamentos durante o tratamento para TB?		
QUASE NUNCA	40	100

A média alcançada nas quatro variáveis: “oferecimento pelos serviços de saúde do pote para diagnóstico de TB”; “oferecimento pelos serviços de saúde do pote para exame de escarro mensal”; “consulta mensal oferecida pelos serviços de saúde”; “visita de profissionais de saúde para entrega do pote para coleta de escarro”, nos serviços das ESF foram favoráveis, ou seja, sempre era ofertado o pote para diagnóstico e exame assim como consulta mensal de controle e visita dos profissionais de saúde.

Todavia nas variáveis “realização do teste de pele pelos serviços de saúde”; “ações com igrejas, associações de bairros, para entrega de potes para coleta de escarro”; obtiveram média não favoráveis, nunca estas atividades são realizadas pelas ESF.

Caracterização Sociodemográfica

No que diz respeito à escolaridade o estudo demonstrou maior frequência entre pacientes com o ensino fundamental incompleto, com 37,5% (15). Em pesquisa realizada no Rio de Janeiro, referente à distribuição das consultas mensais de tuberculose segundo variáveis demográficas e clínicas dos usuários, quase 40%

corresponderam a indivíduos sem escolaridade ou com ensino fundamental incompleto¹⁸.

De acordo com Lindoso *et al.*¹⁹ e Santos *et al.*²⁰, pessoas com baixo nível de escolaridade têm menor aderência ao tratamento da TB, pois possuem percepção errônea da doença e acabam não procurando os serviços de saúde, retardando o diagnóstico e tratamento, além de aumentar o número de abandono^{19,20}.

Os entrevistados em estudo encontravam-se dentro da faixa etária economicamente ativa, estavam entre 34 a 59 anos de idade. Estes dados corroboram com estudo realizado por Ferrer *et al.*²¹, em Santa Catarina, onde as maiores taxas encontradas foram nas faixas etárias de 30-44 e 45-59 anos e com estudo realizado no município de Teresina-PI, que a incidência foi entre a faixa etária a partir dos 50 anos^{22,23}.

Em relação ao local do diagnóstico o hospital teve maior prevalência de casos diagnosticados com tuberculose com 62,5%, assim como apresentado em pesquisas realizado por Silva Sobrinho²³ e Pontes *et al.*²⁴ onde esta realidade reflete uma inversão do fluxo de atendimento e diagnóstico da tuberculose, já que se preconiza a atenção primária à saúde como porta de entrada preferencial ao

sistema único de saúde, desse modo nota-se a dificuldade da rede básica em identificar e atender as necessidades da comunidade, o que causa uma superlotação do setor de urgência com problemas que poderiam ser resolvidos em outros níveis de atenção^{23,24}.

Tratamento Diretamente Observado

O Ministério da Saúde junto com o PNCT torna o controle do tratamento medicamentoso primordial na luta contra a tuberculose, tendo como um dos pilares do TDO, a distribuição da medicação, para que se tenha maior controle no uso das drogas utilizadas no Brasil¹⁹.

O abandono à terapêutica é um dos maiores entraves para a cura da TB e é considerado um problema multifatorial. Segundo estudo feito por Chirinos *et al.*²⁵, os fatores sociodemográficos são os que mais se relacionam com esse abandono, por isso recomenda-se que esta equipe tenha um controle efetivo e vigilante acerca da terapia medicamentosa. Para Souza *et al.*²⁶, as maiores dificuldades no controle da TB estão na demora em procurar o serviço de saúde, devido ao medo do diagnóstico, além do medo da discriminação pela sociedade, portanto faz-se necessário que os usuários estejam familiarizados com a equipe de saúde da ESF.

Entre os doentes de TB entrevistados 85% realizaram tratamento supervisionado e apenas 15% não realizaram o TDO. Quanto ao local de atendimento, 27,5% realizavam tratamento supervisionado na ESF e 72,5% em caráter domiciliar. Pesquisas feitas em diversos municípios do país constataam que atenção primária realiza efetivamente o TDO, mas ainda assim não consegue atingir o total de 100% dos doentes⁴.

Educação em Saúde

As variáveis: “atividade de educação em saúde sobre outros temas, além da TB”, “participação dos doentes de TB em grupos nos serviços de saúde”, obtiveram uma média não favorável indicando que o maior número de sujeitos respondeu que não realizaram nenhuma das atividades. Entretanto a variável: “Trabalhos educativos realizados pelos profissionais de saúde na comunidade”, obteve uma média de 45% indicando um nível regular. Estes dados revelam que a concepção do processo saúde doença ainda está muito ligado a clínica propriamente dita, mostrando uma discrepância com o que é proposto pelos princípios e diretrizes do SUS, que tem na educação em saúde uma base conceituada pela promoção da saúde²⁷⁻³⁰.

Ademais, o estudo demonstra que o serviço avaliado não desenvolve ações de educação em saúde no controle da TB, principalmente no indicador “participação dos doentes em grupos”, mesmo sendo estas ações consideradas pelo Ministério da Saúde e preconizadas no PNCT, como uma estratégia primordial ao controle e adesão ao tratamento da TB.

A educação em saúde deve ser desenvolvida com o trabalho organizado e em equipe, sendo utilizada como estratégia para o controle da TB, desenvolvendo o empoderamento do paciente, além de promover o diálogo entre profissionais de saúde e usuários, a autonomia cidadã e o incentivo a uma postura ativa desses sujeitos

em seus ambientes políticos e sociais, desenvolvendo oportunidades para ampliar a compreensão dos problemas e refletir a respeito da intervenção sobre a realidade em que vive, privilegiando a promoção da sua autonomia^{31,32}.

O trabalho em equipe foi codificado pelo grupo como ponto primordial para o desempenho da estratégia de saúde da família. Durante a descodificação/problematização, as maiores contribuições dos sujeitos se mostraram através da perspectiva de que o objetivo comum do cuidado e da promoção da saúde da população, somente pode ser alcançado com o trabalho organizado em equipe.

Estudo realizado por Sá *et al.*³¹, corrobora com nossos achados, onde as práticas de educação em saúde são incipientes e pouco expressivas no processo de trabalho dos profissionais da atenção básica.

Em uma das estratégias consideradas prioritárias pelo PNCT está previsto o aumento da detecção de casos nos diferentes cenários socioeconômicos e clínico epidemiológicos, por meio do fortalecimento do sistema de serviços de atenção primária à saúde (APS). É de extrema importância a atuação da equipe de saúde da família (ESF) na realização de ações de vigilância, prevenção e controle da doença³³⁻³⁵.

Acesso ao Serviço de Saúde

Os resultados encontrados nesse estudo mostram que o atendimento médico no prazo de 24 horas foi regular, indicando acesso ao serviço de saúde. Este aspecto diminui a incidência do abandono ao tratamento de tuberculose, já que os profissionais de saúde estão acessíveis para orientar, avaliar e acompanhar o estado de saúde do portador de TB. De acordo com Santos *et al.*²⁰ e Rodrigues *et al.*³⁴, a percepção das relações com o serviço de saúde e o campo institucional podem ser fatores que contribuam ou não para o abandono do tratamento, já que os efeitos colaterais apresentados pelos pacientes podem ocasionar consultas extras a fim de tratar as queixas^{20,34}.

Os dados referentes à “falta de medicação” obteve uma média de 100%, apresentando um nível favorável, ou seja, nunca ou quase nunca falta medicação. A entrega da medicação é exclusividade dos serviços de saúde, pois os mesmos não podem ser vendidos em farmácias, e o mau uso da medicação é um dos fatores de maior risco para que o doente se torne resistente à droga, por isso, o tratamento não pode ser interrompido. O PNCT quando se refere em controle da TB, visa primordialmente romper a cadeia de transmissão e o principal meio para atingir esse objetivo é realizar o diagnóstico e tratamento precoce, para que bacilos não sejam disseminados, tendo como desfecho a cura da doença^{11,13}.

Estudo realizado por Lafaiete *et al.*³⁵ atesta que os resultados são favoráveis com atendimento médico no prazo de 24 horas, com acesso aos medicamentos para tratamento da TB. Esse fato revela um adequado planejamento e distribuição dos medicamentos pela equipe que coordena o programa de controle do tratamento no município, pois incluem etapas essenciais na seleção, obtenção, distribuição e o uso apropriado.

Diagnóstico

A baciloscopia é utilizada na saúde pública para confirmação do diagnóstico da TB, por ser uma técnica simples e segura, ela tem duas importantes finalidades no controle da TB: detecção dos casos bacilíferos, responsáveis pela cadeia de transmissão, e o controle do tratamento e eficácia do mesmo. Por essa razão é recomendado que em todo diagnóstico de TB fosse solicitado a baciloscopia para confirmação e que esta seja realizada todo mês, que os comunicantes e demais cidadãos realizem o teste de pele (PPD), para um diagnóstico precoce^{11,36}.

O acompanhamento de tratamento da TB foi avaliado através de controles de periódicos de baciloscopia nas variáveis: “oferecimento pelos serviços de saúde do pote para diagnóstico de TB”; “oferecimento pelos serviços de saúde do pote para exame de escarro mensal”; “consulta mensal oferecida pelos serviços de saúde”; “visita de profissionais de saúde para entrega do pote para coleta de escarro”. Os resultados demonstraram que tal acompanhamento tem sido prioritário no município de Salgueiro, apresentando níveis percentuais favoráveis. Corroborando com estudo realizado por Lima *et al.*³⁷ que apresentou resultados positivos quanto a realização da baciloscopia de acompanhamento.

As ações de controle como: “a realização do teste de pele pelos serviços de saúde” e “ações com igrejas, associações de bairros, para entrega do pote para coleta de escarro”, tiveram resultados não favoráveis, o que determina que o município não tem cumprido com todas as metas do PNCT, que apenas tem sido feito ações clínica, e no que se refere a promoção e ações de prevenção, como a busca ativa e exames para diagnósticos precoce como o PPD, não tem sido realizada no município em estudo. Estes dados corroboram com estudos realizados por Oliveira³⁸ em Ribeirão Preto – SP, mostrando o mesmo perfil onde se realiza a baciloscopia de diagnóstico, mas não se faz a busca ativa.

A oferta de pote para exame de escarro na comunidade e o PPD tem sido as ações prioritárias na busca ativa de sintomáticos respiratórios, passando a ser parte da rotina dos serviços e principalmente da atenção primária em saúde, a fim de obter a detecção precoce dos casos de TB, por ter como instrumento de trabalho a família e o domicílio, a ESF possuem um espaço privilegiado para estas ações^{39,40}.

Repercussões no Campo da Saúde Pública

Em relação à política de controle da TB estabelecida no município de Salgueiro, a educação em saúde e a busca ativa de sintomáticos respiratórios, nas variáveis “Participação dos doentes de TB em grupos nos serviços de saúde”, “ações com igrejas, associações de bairros, para entrega de potes para coleta de escarro”, não obtiveram médias favoráveis, ou seja, o município não realiza essas atividades, podendo ser justificado como mostra a pesquisa realizada por Silva *et al.*⁴¹ à inexistência de uma política de educação permanente, coerente com a situação epidemiológica existente e a rotatividade dos profissionais de saúde está relacionada à descontinuidade político-partidária no município, que podem prejudicar a manutenção de equipes de saúde qualificada para lidar com a TB nos serviços de atenção básica.

Desse modo é importante ressaltar o estudo realizado por Queiroz *et al.*⁴² e Terra *et al.*⁴³ sobre a identificação de problemas relacionada à adesão terapêutica e controle da TB,

na qual destacaram que questões relacionadas à qualificação das equipes precisam alcançar maior discussão e execução, uma vez que a maioria dos profissionais que atuam na atenção básica já vivenciou o processo de formação centrado no modelo curativista e não na promoção da saúde.

Para Samico *et al.*⁴⁴, a avaliação em saúde tem se tornado uma alternativa eficaz para dar respostas a respeito das ações planejadas e executadas, fornecendo informações sobre o modo de funcionamento, qualidade, efetividade, segurança e satisfação dos usuários dos sistemas de saúde. Assim, este estudo permitiu a verificação de ações, como a educação em saúde e a busca ativa dos sintomáticos respiratórios, que, mesmo não ocorrendo, o gestor relata serem executadas. Isto acaba por gerar informações que despertem nos gestores e profissionais de saúde a necessidade de refletir e intervir nesses indicadores para assim, modificar o quadro epidemiológico apresentado pelo agravo da doença, sinalizando a necessidade de investigações e pesquisas que produzam resultados positivos no processo de doença e melhora da qualidade de saúde da população^{45,46}.

Observa-se que os doentes de TB são em sua maioria adultos jovens, de baixa escolaridade e do sexo masculino, o que gera um problema econômico social para as famílias, pois a doença muitas vezes deixa esse grupo impossibilitado para o trabalho, tirando do provedor da família a condição do sustento.

Apesar do município apresentar condições favoráveis para realizar as ações de controle da tuberculose na atenção básica, percebe-se a existência de uma grande concentração de diagnósticos identificados pela rede hospitalar do município, ocasionando uma inversão do fluxo de atendimento e diagnóstico da tuberculose. Houve desempenho satisfatório em relação às atividades relacionadas à oferta de ações para tratamento, como: atendimento médico, exames de baciloscopia e medicações. Em decorrência da não execução de alguns indicadores de saúde como busca ativa de sintomáticos respiratórios e educação em saúde as ações de controle da TB se mantêm em nível favorável, não favorável e regular o que determina que não há linearidade nas ações de controle da TB nas ESF.

Portanto os achados deste estudo apontam para a necessidade na execução de políticas voltadas para a educação em saúde e busca ativa de sintomáticos respiratórios, tendo ações direcionadas não somente aos enfermos, como também aos familiares e comunidade. Para isso, é imprescindível o comprometimento da gestão nas ações estabelecidas no controle de TB no município, assim como os profissionais da saúde e população envolvida, devendo conhecer suas reais atribuições, para assim cumprirem as metas sugeridas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e MS no combate à doença.

CONCLUSÃO

A avaliação do desempenho das ações e serviços de controle da tuberculose da estratégia saúde da família no município de Salgueiro-PE apontou fragilidades no diagnóstico de TB, visto inversão do fluxo de atendimento e diagnóstico da tuberculose, ausência nas ações de educação em saúde e busca ativa de sintomáticos respiratórios, o que acaba por acarretar prejuízos ao controle e ao tratamento da tuberculose.

REFERÊNCIAS

1. Andrade MV, Coelho AQ, Xavier Neto M, Carvalho LR, Atun R, Castro MC. Brazil's Family Health Strategy: factors associated with programme uptake and coverage expansion over 15 years (1998–2012). *Health Policy Plan*. 2018;33(3):368-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czx189>
2. Lima-Costa MF, Turci MA, Macinko J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2013;29(7):1370-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700011>
3. Lacerda SNB, Temoteo RCA, Figueiredo TMRM, Luna FDT, Sousa MAN, Abreu LC, et al. Individual and social vulnerabilities upon acquiring tuberculosis: a literature systematic review. *Int Arch Med*. 2014;7:35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1755-7682-7-35>
4. Hijjar MA, Gerhardt G, Teixeira GM, Procopio MJ. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(Suppl.1):50-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000800008>
5. Souza WV, Albuquerque MFM, Barcellos CC, Ximenes RAA, Carvalho MS. Tuberculose no Brasil: construção de um sistema de vigilância de base territorial. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(1):82-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000100011>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Experiências de monitoramento e avaliação no controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério de Saúde, 2013.
8. Santos MSLG, Villa TCS, Vendramini SHF, Gonzáles RIC, Palha PF, Santos NSGM, et al. A gerência das ações de controle da tuberculose em municípios prioritários do interior paulista. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(1):64-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000100007>
9. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2006.
10. Ruffino-Neto A, Villa TCS. Tuberculose: pesquisas operacionais. São Paulo: FUNPEC, 2010.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
13. Micheletti VCD, Bordin R. Programa de controle da tuberculose da secretaria municipal de saúde de Porto Alegre: Adesão ao tratamento a partir da análise das estratégias da equipe de saúde. Monografia (Conclusão de Curso) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2008.
14. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades, 2013. [cited 2016 Sep 12] Available from: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230180>.
15. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Programa de Enfretamento das Doenças Negligenciadas no Estado de Pernambuco: SANAR: 2011-2014. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2013.
16. Vieira AN, Fernandes ACL, Lima DWC, Oliveira WS, Lima LCS, Oliveira LKS. Casos de Tuberculose Notificados no SINAN. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2013;37(4):869-80.
17. Gosoni GD, Ganapathy S, Kemp J, Auer C, Somma D, Karim F, et al. Gender and socio-cultural determinants of delay to diagnosis of TB in Bangladesh, India and Malawi. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2008;12(7):848-55.
18. Portela MC, Lima SML, Brito C, Ferreira VMB, Escosteguy CC, Vasconcellos MTL. Programa de Controle da Tuberculose e satisfação dos usuários, Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(3):497-507. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004793>
19. Lindoso AABP, Waldman EA, Komatsu NK, Figueiredo SM, Taniguchi M, Rodrigues LC. Perfil de pacientes que evoluem para óbito por tuberculose no município de São Paulo, 2002. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(5):805-812. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500004>
20. Santos MSLG, Vendramini SHF, Gazetta CE, Oliveira SAC, Villa TCSV. Pobreza: caracterização socioeconômica da tuberculose. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007;15(esp). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000700008>

21. Ferrer GCN, Silva RM, Ferrer KT, Traebert J. A carga de doença por tuberculose no estado de Santa Catarina. *J Bras Pneumol.* 2014;39(6):61-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132014000100009>
22. Coelho DMM, Viana RL, Madeira CA, Ferreira LOC, Campelo V. Perfil epidemiológico da tuberculose no Município de Teresina-PI, no período de 1999 a 2005. *Epidemiol Serv Saúde.* 2010;19(1):33-42.
23. Silva-Sobrinho RA, Andrade RLP, Ponce MAZ, Wysocki AD, Brunello ME, Scatena LM, et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplex fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. *Rev Panam Salud Publica.* 2012;31(6):461-8.
24. Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do sistema único de saúde. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(4):574-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000400012>
25. Chirinos NEC, Meirelles BHS. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20(3):599-606.
26. Souza EP, Barbosa ECS, Rodrigues ILA, Nogueira LMV. Prevenção e controle da tuberculose: revisão integrativa da literatura. *Rev Cuid.* 2015;6(2):1094-102. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.178>
27. Arakawa T, Villa TCS, Arcêncio RA, Cardozo-Gonzales RI, Scatena LM, Ruffino-Netto A. A acessibilidade de doentes de tuberculose ao tratamento em serviços de saúde no município de Ribeirão Preto- São Paulo (2006-2007). In: Villa TCS, Ruffino Netto A. *Tuberculose: pesquisas operacionais.* Ribeirão Preto: FUNPEC, 2009; p. 48-55.
28. Jesus MCP, Santos SMR, Amaral AMM, Costa DMN, Aguilar KSM. O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no programa saúde da família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Rev APS.* 2008;11(1):54-61.
29. Bezerra IMP, Sorpreso ICE. Concepts and movements in health promotion to guide educational practices. *J Hum Growth Dev.* 2016;26(1):11-20. DOI: <https://doi.org/10.7322/jhgd.113709>
30. Fernandes MCP, Backes VMS. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família sob a ótica de Paulo Freire. *Rev. Bras Enferm.* 2010;63(4): 567-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000400011>
31. Sá LD, Gomes ALC, Carmo JB, Souza KMJ, Palha PF, Alves RS, et al. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. *Rev Eletr Enf.* 2013;15(1):103-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.15246>
32. Clementino FS, Marcolino EC, Gomes LB, Guerreiro JV, Miranda FAN. Ações de controle da tuberculose: análise a partir do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(4):e4660015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004660015>
33. Zombini EV, Almeida CHD, Silva FPCV, Yamada ES, Komatsu NK, Figueiredo SM. Clinical and epidemiological profile of tuberculosis in childhood and adolescence. *J Hum Growth Dev.* 2013; 23(1):52-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.50391>
34. Rodrigues ILA, Souza MJ. Representações sociais de clientes sobre a tuberculose: desvendar para melhor cuidar. *Esc Anna Nery.* 2005;9(1):80-7.
35. Lafaiete RS, Silva CB, Oliveira MG, Motta MCS, Villa TCS. Investigação sobre o acesso ao tratamento de tuberculose em Itaboraí /RJ. *Esc Anna Nery.* 2011;15(1):47-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100007>
36. Nogueira PA, Abrahão RMCM, Malucelli MIC. Baciloscopia de escarro em pacientes internados nos hospitais de tuberculose do Estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2004; 7(1):54-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2004000100007>
37. Lima LM, Harter J, Tomberg JO, Vieira DA, Antunes ML, Cardoso-Gonzales RI. Avaliação do acompanhamento e desfecho de casos de tuberculose em município do sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(1):e51467
38. Oliveira MF, Villa TCS. Acesso ao diagnóstico de tuberculose em serviços de saúde do município de Ribeirão Preto – São Paulo (2006-2007). *Teste (Doutorado) - Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto: 2009.*
39. Assis MMA, Silva EM, Silva CNL, Barbosa JF, Freitas MYGS, Cerqueira EM, et al. Avaliação do programa de controle de tuberculose em Feira de Santana/ BA (2007): limite e desafios. In: Villa TCS, Ruffino Netto A. *Tuberculose: pesquisas operacionais.* São Paulo: FUNCEP, 2009; p.165-75.
40. Mello DF, Vieira CS, Simpsonato E, Biasoli-Alves ZMM, Nascimento LC. Genograma e Ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. *Rev Bras Cresc Desenv Hum* 2005;15(1):78-89. DOI: <https://dx.doi.org/10.7322/jhgd.19751>

41. Silva DM, Nogueira JA, Sá LD, Wysocki AD, Scatena LM, Villa TCS. Avaliação de desempenho de Serviços da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(6):1044-53. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700012>
42. Queiroz EM, De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC, Ferreira KR, Bertolozzi MR. Tuberculosis: limitations and strengths of Directly Observed Treatment Short-Course. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(2):369-77. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000200021>
43. Terra MF, Bertolozzi MR. Does directly observed treatment (“DOTS”) contribute to tuberculosis treatment compliance? *Rev Latino Am Enfermagem*. 2008;16(4):659-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000400002>
44. Samico I, Hartz ZMA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2005;5(2):229-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292005000200012>
45. Bezerra IMP. Translational medicine and its contribution to public. *Health J Hum Growth Dev*. 2017;27(1):6-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.127642>
46. Alves SAA, Oliveira MLB. Sociocultural aspects of health and disease and their pragmatic impact. *J Hum Growth Dev*. 2018;28(2):183-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.147236>

Abstract

Introduction: Considering the persistence of tuberculosis in several municipalities in the country, the Ministry of Health (MS) established the National Tuberculosis Control Plan (NTCP), whose goals were to integrate 100% of the Brazilian municipalities in the fight against the disease.

Objective: To evaluate the performance of tuberculosis (TB) control actions and services of the Family Health Strategies in the city of Salgueiro-PE.

Methods: Cross-sectional, quantitative and descriptive survey study that evaluated health services in the city of Salgueiro-Pe, involving 40 participants. The data were selected through the steps of specific questions for the evaluation of TB, in addition to the questions on the epidemiological situation and the current state of health. In order to know the conditions for the control of TB in the municipality, a script was also elaborated with orientations directed to the manager.

Results: The results of our study showed a population aged from 34 to 59 years with a predominance of males (70%) and incomplete elementary school (37.5%). Regarding the place of diagnosis, the hospital had a higher prevalence of cases diagnosed with tuberculosis with 62.5%. 85.0% performed the Directly Observed Treatment. The averages of the evaluated actions showed that the municipality of Salgueiro-PE does not develop actions of health education and active search of symptomatic respiratory patients. The results were favorable only for the accomplishment of sputum bacilloscopy, monthly consultations of control and medical monitoring.

Conclusion: The results showed weaknesses in the performance of actions and services by the Family Health Strategy in the municipality of Salgueiro, with damage to TB control and treatment.

Keywords: tuberculosis, primary health care, evaluation of health services.

©The authors (2018), this article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.