

CUIDADO É FUNDAMENTAL

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

PESQUISA

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.10824

ELABORAÇÃO DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

*Elaboration of instrument for assessing assistance to patients with tuberculosis in primary health care**Elaboración de instrumento de evaluación de asistencia a pacientes con tuberculosis en atención primaria de salud***Daniela Wilhelm¹** **Airton Tetelbom Stein²** **Karin Hepp Schwambach^{1,2}** **Carine Raquel Blatt²** 

RESUMO

Objetivo: validar um instrumento de avaliação da assistência ao paciente com tuberculose na atenção primária em saúde. **Método:** as etapas de construção do instrumento avaliativo foram: construção do modelo lógico, revisão bibliográfica, identificação das dimensões e subdimensões avaliativas e elaboração de indicadores. A Técnica Delfos com especialistas foi utilizada a fim de obter consenso sobre a relevância das dimensões e subdimensões e atribuir pesos aos indicadores. O teste-piloto foi realizado em duas unidades de saúde. **Resultados:** o instrumento de avaliação resulta em uma nota máxima de dez pontos distribuída em recursos físicos, recursos humanos e capacidade técnica, subdividida em sete subdimensões e 44 indicadores. A avaliação possibilitou o conhecimento da realidade individual das unidades avaliadas. **Conclusão:** o instrumento proposto pode ser utilizado como instrumento de gestão, podendo ser útil na identificação de estratégias para qualificação da assistência do paciente com tuberculose na atenção primária em saúde.

DESCRITORES: Tuberculose; Pesquisa sobre serviços de saúde; Acesso aos serviços de saúde.

¹Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

²Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Recebido em: 18/01/2021; Aceito em: 03/09/2021; Publicado em: 05/03/2022

Autor correspondente: Carine Raquel Blatt, Email: carineblatt@ufcspa.edu.br

Como citar este artigo: Wilhelm D, Stein AT, Schwambach KH, Blatt CR. Elaboração de instrumento de avaliação da assistência ao paciente com tuberculose na atenção primária em saúde. *R Pesq Cuid Fundam* [Internet]. 2022 [acesso ano mês dia];14:e10824. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.10824>



ABSTRACT

Objective: validate an instrument for assessing the care of patients with tuberculosis in Primary Health Care. **Method:** the construction stages of the evaluation instrument were: construction of logical model, bibliographic review, identification of the evaluative dimensions and subdimensions and indicators development. The Delphi Technique with specialists was used in order to obtain consensus on the relevance of dimensions and subdimensions and to assign weights to the indicators. The pilot test was carried out in two units. **Results:** the evaluation instrument results in a maximum score of ten points distributed in physical resources, human resources and technical capacity, subdivided into seven subdimensions and 44 indicators. The evaluation enabled the knowledge of the individual reality of the units evaluated. **Conclusion:** the proposed instrument can be used as a management tool and can be useful in identifying strategies for qualifying the care of patients with tuberculosis in Primary Health Care.

DESCRIPTORS: Tuberculosis; Health services research; Health services accessibility.

RESUMEN

Objetivo: validar un instrumento de evaluación de la atención de pacientes con tuberculosis en Atención Primaria de Salud. **Método:** las etapas de construcción del instrumento de evaluación fueron: construcción del modelo lógico, revisión bibliográfica, identificación de las dimensiones y subdimensiones evaluativas y desarrollo de indicadores. Se utilizó la Técnica Delphi con especialistas para lograr consenso sobre la relevancia de dimensiones y subdimensiones y asignar ponderaciones a los indicadores. La prueba piloto se realizó en dos unidades. **Resultados:** el instrumento de evaluación arroja un puntaje máximo de diez puntos distribuidos en recursos físicos, recursos humanos y capacidad técnica, subdivididos en siete subdimensiones y 44 indicadores. La evaluación permitió conocer la realidad individual de las unidades evaluadas. **Conclusión:** el instrumento propuesto puede ser utilizado como herramienta de manejo y puede ser útil en la identificación de estrategias para calificar la atención de pacientes con tuberculosis en Atención Primaria de Salud.

DESCRIPTORES: Tuberculosis; Investigación sobre servicios de salud; Accesibilidad a los servicios de salud.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) continua a ser mundialmente um importante problema de saúde pública, com relevantes índices de morbidade e mortalidade.^{1,2,3} Estima-se a ocorrência, em 2018, de 10 milhões de pessoas doentes, 1,4 milhão de mortes e 500 mil casos novos de TB resistente à Rifampicina.³ Apesar dos avanços nos campos diagnósticos e terapêuticos, incluindo o uso de testes rápidos moleculares e novos fármacos desenvolvidos para o tratamento, são necessários esforços adicionais na prestação de cuidados de alta qualidade e centrados nas pessoas, além de ações intersetoriais que atendam às populações mais vulneráveis.⁴

No Brasil, em 2018, foram registrados 72.788 mil casos de TB, o que representa uma incidência de 34,8 casos/100 mil habitantes, e 4.534 mil mortes. O país faz parte da lista dos 30 países que concentram cerca de 87% do número de casos de TB no mundo, ocupando a 20ª posição. Esse agravo representa a quarta causa de mortes por doenças infecciosas e a primeira entre as doenças infecciosas entre os pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.^{3,5}

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) é um programa unificado de ações operacionalizadas em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal. O PNCT está estruturado por uma política de planejamento de ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos, que garantem os insumos necessários e a distribuição de medicamentos para o tratamento, bem como articula as ações de prevenção e de controle do agravo. Algumas das metas estabelecidas pelo PNCT são detectar 80% dos casos estimados anualmente, curar 85% desses e apresentar apenas 5% de abandono de tratamento. No

aspecto organizacional, o PNCT privilegia a descentralização das medidas de controle do agravo para a Atenção Primária em Saúde (APS) com objetivo de garantir o acesso universal, e, principalmente, das populações mais vulneráveis com risco acrescido de contrair a doença.^{1,6,7}

Os serviços da APS, baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitas, são essenciais para a população e devem ser colocados ao alcance do maior número de indivíduos como garantia de acesso principalmente à prevenção de agravos.^{1,8-12} A descentralização das ações de controle da TB para a APS busca um aumento da efetividade da operacionalização das atividades^{3,13}, mas estudos apontam algumas fragilidades que podem dificultar esse processo.^{1,2,8-12,14-21} Podem ser mencionadas como dificuldades no processo de descentralização o baixo número de sintomáticos respiratórios examinados, dificuldades de operacionalização e desorganização dos registros de acompanhamento dos tratamentos propostos além da quase inexistência da avaliação dos contatos, resultando em coeficientes de cura e abandono inferiores às metas do PNCT.^{10,12,21}

A partir disso, faz-se necessário conhecer o contexto local da assistência ao paciente com TB na APS com o intuito de buscar estratégias efetivas nas ações de controle da doença. Este estudo teve como objetivo validar um instrumento de avaliação da qualidade da assistência ao paciente com TB na APS.

MÉTODOS

Para a elaboração do conteúdo do instrumento avaliativo foram desenvolvidas as seguintes etapas: revisão da literatura, identificação das dimensões e subdimensões, construção de

indicadores, aplicação da Técnica Delfos e atribuição de valor aos indicadores. As etapas de desenvolvimento do Instrumento de avaliação e validação da qualidade da assistência ao paciente com TB na APS encontram-se sumarizadas na Figura 1.

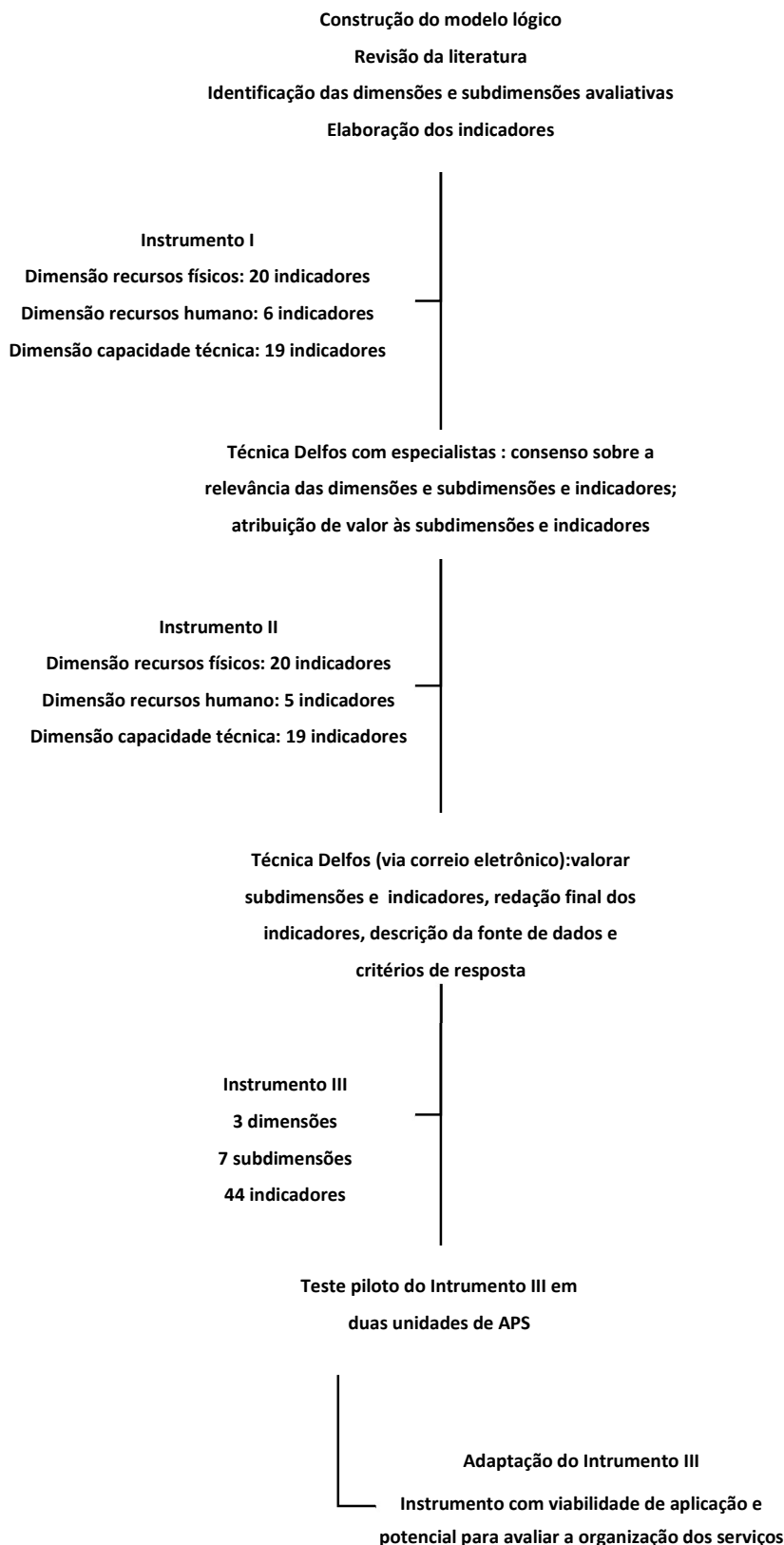


Figura 1 – Desenvolvimento do Instrumento de avaliação e validação da qualidade da assistência ao paciente com TB na APS. Porto Alegre, RS, Brasil, 2018

Os artigos considerados adequados do ponto de vista metodológico possibilitaram a identificação dos atributos ou das principais linhas de ação estratégicas, isto é, as dimensões dos Programas de Controle da Tuberculose (PCT) a partir do questionamento: Quais são os processos e aspectos estruturais necessários para alcançar um resultado positivo na assistência ao paciente com TB na APS? Identificadas as dimensões, essas foram subdivididas em categorias de menor complexidade (subdimensões) considerando quais os componentes do PCT estariam associados à melhor resolubilidade das ações de controle da TB. A estratégia de busca dos artigos encontra-se descrita no Suplemento 1.

Após a definição das dimensões e subdimensões, foram elaboradas as perguntas-chave que pudessem esclarecer o quanto de uma situação inicial poderia ser transformada por uma intervenção. A partir disso, identificaram-se os dados e as fontes de dados do PCT disponíveis que respondessem a essas perguntas, que então foram transformadas em indicadores que pudessem ser analisados e comparados por meio de julgamento de valor.

Para cada indicador foi elaborada uma ficha técnica contendo nome do indicador, objetivo, fonte de dados, forma de cálculo e padrão de resposta esperado. Esse instrumento foi denominado Instrumento I, submetido à análise dos especialistas.

Foram convidados dez especialistas que atendessem a, no mínimo, um dos critérios: possuir experiência assistencial em TB, possuir experiência em gestão de PCT ou possuir experiência em gestão de APS (por no mínimo, dois anos); possuir especialização em área clínica relevante à assistência ao paciente com TB, e ser reconhecido localmente por seu conhecimento e experiência na área da TB ou área afim. Os especialistas foram consultados sobre seu interesse em participar do estudo por contato telefônico e posteriormente foram convidados por correio eletrônico a participarem de um encontro presencial.

A Técnica Delfos foi aplicada no encontro presencial, após breve explanação sobre os objetivos do estudo. Os especialistas avaliaram a pertinência das dimensões, subdimensões e indicadores do instrumento avaliativo a partir da atribuição de uma nota de 1 a 5 para cada indicador, sendo, 1=não importante, 2=pouco importante, 3=moderadamente importante, 4=muito importante, 5=extremamente importante.

A análise da consistência interna foi avaliada utilizando o coeficiente de confiabilidade alfa de Cronbach. O ponto de corte escolhido foi 0,75, ou seja, nível de concordância de 75% entre os especialistas a fim de proporcionar maior consistência e aplicabilidade dos indicadores na prática assistencial.^{7,17,22} Os especialistas sugeriram também um peso para cada dimensão, e a soma das três dimensões deveria resultar em um valor de dez pontos.

Após este encontro, foram incorporadas ao instrumento as considerações qualitativas realizadas pelos especialistas e atribuídos valores às subdimensões e indicadores, resultando no Instrumento II. Essa versão foi enviada via correio eletrônico para nova revisão e todos os especialistas retornaram as avaliações, resultando na terceira versão – Instrumento III, que foi aplicada na fase do teste piloto, realizado em duas unidades da APS do município de Porto Alegre.

A seleção das unidades avaliadas ocorreu por conveniência. Foram selecionadas duas unidades de saúde, cada uma com duas equipes, no modelo de Estratégia de Saúde da Família, denominadas como US-A e US-B. Ambas estão localizadas em um dos territórios com maior incidência de casos de TB do município e que apresentam uma das maiores taxas de abandono de tratamento. US-A é conhecida por ter práticas exitosas em TB (busca pelo paciente sintomático respiratório, busca de pacientes faltosos ao tratamento e maior número de tratamentos concluídos) e boa organização do cuidado na atenção aos casos de TB, enquanto US-B apresenta indicadores insatisfatórios para os mesmos critérios.

Foi elaborado um roteiro de pesquisa de campo para a aplicação do instrumento nas unidades de saúde selecionadas. Após o esclarecimento da proposta de trabalho ao apoiador institucional do território e ao coordenador da unidade, e mediante aceite de participação, foi realizada a visita, sendo solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Durante as visitas, foi solicitado conhecer as instalações da US e insumos disponíveis, verificar o Livro de Sintomático Respiratório e o Livro de Acompanhamento dos Casos de TB, e realizar entrevista com o coordenador. Os prontuários eletrônicos foram consultados a partir dos nomes dos pacientes em tratamento registrados no Livro de Acompanhamento de Casos. As informações foram registradas no roteiro de pesquisa de campo.

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, atendendo às recomendações contidas na Resolução nº 466/12²³, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Na busca de estudos de avaliação da assistência ao paciente com TB na APS foram encontrados 117 artigos. A avaliação dos títulos e dos resumos foi realizada por dois avaliadores, resultando em 15 artigos selecionados.^{1,2,8-12,14-21} Um estudo foi realizado em Cuba¹, todos os outros eram brasileiros, os quais estão associados a poucos grupos de pesquisa.

A dimensão recursos físicos foi selecionada por considerar que a estrutura física e os insumos necessários para o diagnóstico e tratamento da TB geram reflexos na organização funcional das unidades de saúde.^{2,18} Nesta dimensão foi incluída a subdimensão fatores facilitadores de adesão, isto é, fatores incentivadores da garantia do tratamento diretamente observado, a fim de evitar intercorrências que favoreçam o abandono.

A dimensão recursos humanos diz respeito ao conjunto de profissionais capacitados que definem, em grande parte, a qualidade e efetividade do tratamento, assim como o real acesso da população aos serviços de saúde.^{2,11,21}

A dimensão capacidade técnica diz respeito à formação/preparação para o trabalho, isto é, às questões relativas ao sistema de utilização de recursos humanos e físicos. Esta dimensão presume que a qualidade da informação, associada à educação

permanente dos trabalhadores, pode evitar o uso ou reuso de serviços desnecessários.^{12,15,18} A capacidade técnica foi inserida no instrumento como forma de elucidar ações de pequeno investimento de recursos que possam interferir na organização da atenção e das redes de saúde e foi subdividida nas categorias diagnóstico, tratamento e impacto das ações.

O Instrumento I foi elaborado a partir da revisão da literatura e submetido à análise dos especialistas. Sete entre dez convidados compareceram ao encontro presencial. O painel Delfos foi composto de um farmacêutico, um médico e cinco enfermeiros, com média de idade de 41 anos e média de tempo de graduação de 16 anos. Todos afirmaram ter realizado pós-graduação, dois em nível de mestrado e cinco em nível de especialização e eram trabalhadores de instituições públicas de saúde, com tempo de instituição variando entre três e 33 anos. Cinco profissionais trabalhavam diretamente com a assistência aos pacientes com TB e dois com gestão de serviços de saúde na Atenção Primária. Três especialistas responderam possuir pesquisas em andamento na área de TB.

Na avaliação relacionada à pertinência e à relevância dos indicadores propostos, os valores médios atribuídos aos indicadores pelos especialistas variaram entre 3,28 e 5,00, com média de 4,37 pontos. O coeficiente de confiabilidade alfa de Cronbach dos indicadores variou de 0,77 a 0,81, e para o instrumento geral foi de 0,80.

O valor médio do peso da nota atribuído pelos especialistas para a dimensão recurso físico foi de 2,4 pontos; para a dimensão recursos humanos 3,1 pontos e para a dimensão capacidade técnica, 4,4 pontos; arredondados para 2,5; 3,0; e 4,5, respectivamente, pelos pesquisadores.

O produto final após a realização do teste piloto foi um instrumento com nota máxima de dez pontos: dimensão recursos físicos, com três subdimensões e 20 indicadores (2,5 pontos); dimensão recursos humanos, com uma subdimensão e cinco indicadores (3,0 pontos); e dimensão capacidade técnica, com três subdimensões e 19 indicadores (4,5 pontos). A pontuação para os indicadores utilizados na avaliação da assistência ao paciente com TB das US-A e US-B pode ser visualizado na Tabela 1.

Em relação à aplicação do instrumento, na visita à US-A, na dimensão recursos físicos, dos vinte indicadores propostos, a unidade pontuou integralmente seis indicadores e três indicadores parcialmente resultando no alcance de 40,0% da nota máxima dessa dimensão, isto é, 1,0 ponto. Em relação à dimensão recursos humanos, dos cinco indicadores propostos, quatro foram pontuados integralmente resultando em uma nota de 2,4 pontos. Em relação à dimensão capacidade técnica, nove indicadores foram pontuados integralmente, um de forma parcial, cinco não pontuaram e quatro não tiveram condições de aplicação, o que levou a USA a atingir 46,6% da nota máxima dessa dimensão.

O tempo de duração da visita à US-B foi maior pois o profissional utilizou esse momento para esclarecer várias dúvidas em relação às ações de controle da TB e também para auxílio na organização dos registros no Livro de Sintomáticos Respiratórios, Livro de Acompanhamento dos Casos e revisão dos casos. A US-B atingiu 68,0% da nota máxima da dimensão recursos físicos, com pontuação integral de 11 indicadores, parcial de dois indicadores, quatro indicadores sem pontuação e três indicadores não passíveis de aplicação. Por haver presença de indicadores não aplicáveis, a nota final (F) foi ajustada para 1,7.

Já em relação à dimensão recursos humanos, a US-B atingiu 36,6% da nota máxima, ou, 1,1 pontos. Nessa categoria a unidade pontuou dois indicadores e não pontuou os outros três. Na dimensão capacidade técnica, a USB atingiu 24,4% da nota máxima por meio da pontuação de quatro indicadores integralmente, 11 não pontuaram e quatro não foram aplicáveis. A nota final ajustada (F) dessa dimensão resultou em 1,1 pontos.

Após a aplicação do teste piloto, verificou-se a necessidade de adaptação do instrumento de avaliação. Padronizou-se que, quando não houver a possibilidade de cálculo do indicador por falta de registro de informação, a pontuação atribuída àquele indicador será zero. Quando não for possível calcular o indicador devido a inexistência da situação em questão na US, para aquele indicador adotar-se-á o código Não se Aplica (NA).

Na vigência da situação NA, o valor do indicador será descontado do valor total da dimensão a que pertence e será ajustada a nota final (F) como forma de não penalizar a US. Sendo assim,

Tabela 1 – Resultado da avaliação da US-A e US-B a partir da aplicação do instrumento de avaliação da assistência ao paciente com tuberculose na Atenção Primária em Saúde. Porto Alegre, RS, Brasil 2018

Dimensão	Subdimensão	Valor da subdimensão	Número de Indicadores	Pontuação US-A	Pontuação US-B
Recursos físicos (2,5 pontos)	Estrutura física	0,6	3	0,2	0,4
	Insumos	1,7	15	0,8	1,05
	Fatores facilitadores da adesão	0,2	2	0	NA
Recursos Humanos (3,0 pontos)	Profissionais capacitados	3,0	5	2,4	1,1
Capacidade Técnica (4,5 pontos)	Diagnóstico	1,5	3	0,8	0
	Tratamento	2,2	8	1,02	0,7
	Alcance das ações	0,8	8	0,3	0,1
Total				5,1	3,4
Total após ajuste				5,5	3,9

para ajuste da pontuação (P) foi levado em consideração o valor máximo da soma dos indicadores da dimensão (ID), a soma dos valores dos indicadores não aplicáveis (NA) da dimensão e a soma da nota dos indicadores aplicáveis (NIA) da dimensão investigada na equação: $P = NIA / (ID - NA)$. A nota final ajustada (F) será: $F = P \times ID$.

A matriz final de avaliação com o nome do indicador, a descrição da fonte do dado, o critério padrão, a pontuação e a pergunta para cada indicador podem ser visualizados na íntegra no Suplemento 2.

DISCUSSÃO

O produto final, após a realização do teste piloto, consiste em um instrumento de avaliação da assistência ao paciente com TB na APS. A aplicação do instrumento permitiu visualizar o panorama atual do Programa Municipal de Controle da TB.

A partir da revisão de literatura, para a definição das dimensões ressaltou-se que a oferta/organização de serviços de saúde pressupõe a existência de recursos físicos, recursos humanos e capacidade técnica.

A seleção dos especialistas considerou a valorização do conhecimento oriundo do campo prático, como forma de reforçar o foco político, gerencial e assistencial do instrumento avaliativo, de modo a envolver os profissionais da gestão e da assistência aos pacientes com TB. É necessária a qualificação dos serviços da APS, caracterizados como porta de entrada para o sistema de saúde, para atender às diretrizes da PNCT. Superar as deficiências quanto ao desempenho desses serviços requer que atores-chave dos espaços da assistência e da gestão se envolvam e se articulem para combater a fragmentação do cuidado.^{24, 25}

Durante a aplicação do teste piloto do instrumento, os indicadores mensurados possibilitaram uma discussão com os profissionais das unidades e foram apontadas várias carências em relação à assistência ao paciente com TB na APS. Todavia, cabe ressaltar que como instrumento de monitoramento, o mesmo demonstrou potencial para motivar as equipes para que, em uma futura avaliação, obtenham melhores resultados.

Em relação à estrutura física, os resultados apontaram para inadequações aos critérios de biossegurança para atendimento de pacientes com doença de transmissão aérea. Os locais são pouco ventilados e com dificuldades na circulação do ar contaminado. Entretanto, essa situação não é exclusiva do município investigado e é também descrita em outros estudos.^{10, 12}

As duas unidades contavam com insumos como potes para coleta de escarro e formulários para solicitação dos exames, apesar da baixa busca de sintomáticos respiratórios e da não garantia dos exames de acompanhamento dos tratamentos, da mesma forma como ocorre em outros municípios do Brasil.^{16, 19, 26, 27}

Quanto à oferta de medicamentos, as duas unidades afirmaram que não há faltas, apesar das quantidades serem insuficientes para início de tratamentos novos. Fornecer os medicamentos e esclarecer dúvidas contribui na construção do vínculo e facilita a identificação das necessidades do paciente acerca do processo

de adoecimento, o que influencia na adesão ao tratamento.^{20, 28} A descentralização do tratamento deve ser pautada no planejamento da distribuição dos medicamentos para as unidades de saúde como forma de melhorar o desempenho das ações de controle da TB.²

Em relação aos recursos humanos, a falta de profissionais nas equipes, principalmente médicos, pode induzir os outros profissionais a preferirem que o atendimento seja realizado no centro de referência, a fim de reduzir a sobrecarga de trabalho, fato já revelado em outros cenários do país.^{9, 10, 12, 14}

A efetividade das ações e a qualidade do serviço de saúde necessitam número adequado de recursos humanos, mas, sobretudo estão relacionadas à capacidade técnica das equipes, como já foi apontado por outros pesquisadores.^{1, 2, 10, 14-16, 28, 29} A capacidade técnica diz respeito ao comprometimento e a responsabilidade dos profissionais da saúde em relação às demandas dos pacientes e ao compromisso com um atendimento eficiente e de qualidade.¹⁹ As visitas às USs revelaram ausência de treinamentos e falta de profissionais qualificados e motivados, além de adequada supervisão das ações realizadas em relação à TB. Estudos^{10, 12, 21} apontam que criação de espaços de discussão *in loco*, com supervisões contínuas, pode identificar as falhas e dificuldades no processo de cuidado.

A capacitação das equipes é necessária para o diagnóstico precoce, para a facilidade de identificação de sintomáticos respiratórios na comunidade, para o aumento da resolutividade das equipes, facilitando a cooperação com especialistas e a confiança da população. Uma equipe resolutiva é capaz de garantir a continuidade da atenção e a integralidade, tanto vertical (entre os diversos pontos de atenção) como horizontal (articulação entre a equipe, serviços de saúde e equipamentos sociais).^{9, 15, 16, 21}

Observou-se que nas unidades visitadas as ações de controle da TB ainda se encontram em fase de implementação, apesar de essas terem se iniciado há cerca de seis anos.³⁰ Estudo realizado por Pelissari e colaboradores³¹ descreveu o processo de descentralização do atendimento da TB no Brasil, considerando o tipo de estabelecimento registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no período de 2002 a 2016. Todas as regiões apresentaram aumento do atendimento de TB na atenção básica, exceto a Região Sul, especificamente o Estado do Rio Grande do Sul, que apresentou tendência negativa, apesar de esforços no sentido de fortalecer e descentralizar o atendimento. Tais circunstâncias podem refletir uma assistência fragmentada que causa prejuízos na adesão ao tratamento e reflete negativamente nos indicadores epidemiológicos do município, como vem ocorrendo em outras conjunturas de descentralização das ações de controle da TB para a APS.^{9, 15, 16} Exemplo disso é a ausência de revisão dos livros de registro de sintomáticos respiratórios e acompanhamento dos casos de TB nas USs visitadas, sugerindo que serviços se apropriam das informações apenas para alimentar os boletins de acompanhamento mensal exigidos pela vigilância epidemiológica, não as utilizando como estratégia para a gestão do caso, tampouco para a organização das ações de controle da TB junto à equipe.

O instrumento de avaliação proposto ressalta a necessidade de ampliar estratégias que envolvam a TB como um problema de saúde pública. É preciso dar ênfase à sistematização da avaliação e monitoramento das ações de controle desse agravo, aos trabalhadores comprometidos e responsáveis pelas demandas dos pacientes, além de definir a rede de atenção ao paciente com TB no município, com corresponsabilização entre os diferentes níveis de complexidade.^{1,9,11,14,32}

A partir dos dados do teste piloto, os indicadores propostos mostraram-se adequados, baseando-se em dados disponíveis e de fácil acesso. A avaliação de ambas as unidades reflete que ainda é muito frágil a organização das ações de controle da TB.

Além disso, o instrumento de avaliação mostrou-se uma ferramenta de capacitação, pois muitas dúvidas foram sanadas pela pesquisadora durante a realização da pesquisa de campo. Proporcionar espaços de discussão nos serviços de saúde é uma importante estratégia para a redução das taxas de abandono de tratamento, pois a falta da informação ou sua inadequada assimilação concorre para uma condução terapêutica equivocada.^{2,20}

A divulgação de resultados deste estudo possibilita o conhecimento da realidade local e a partir dos dados obtidos, traçar estratégias de melhorias. Ademais, a elaboração do instrumento avaliativo foi acompanhada pela experiência prévia e pluralidade de formação profissional dos especialistas envolvidos, mesmo estes estando em número reduzido. As informações geradas a partir de um instrumento de avaliação sistematizado poderão produzir dados para o apoio à tomada de decisão pelos gestores sobre o cuidado de saúde dos usuários com TB. Além disso, a compreensão do uso de tecnologias e recursos disponíveis na APS e a análise contínua e prospectiva da evolução da rede de atenção ao paciente com TB podem traçar cenários de alerta precoce de futuros problemas.^{14,17} Por outro lado, pode-se citar como limitação deste trabalho, a aplicação do instrumento em apenas duas unidades de saúde selecionadas por conveniência.

Vale ressaltar que o instrumento foi desenhado e validado num contexto local, de acordo com a dinâmica do município em questão e com a opinião de especialistas locais. Por isso, antes da aplicação do instrumento em outros contextos, o mesmo pode ser adaptado para a realidade local.

Resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) apontam uma situação precária em todo o Brasil no controle da TB, com diferenças macrorregionais. O monitoramento e a avaliação das UBSs, e com a identificação das lacunas na organização das ações de controle da TB³³ e das possíveis intervenções, espera-se impactar os indicadores epidemiológicos de TB do município, reduzindo-se as taxas de abandono e aumentando os indicadores de cura do tratamento.

CONCLUSÃO

A ferramenta proposta neste estudo apresentou viabilidade de aplicação e potencial para avaliar a organização dos serviços da APS no cuidado aos pacientes com TB, no entanto deve ser

levado o contexto em que este estudo foi realizado. É possível que haja dificuldades na implementação destes resultados em um outro cenário. Recomenda-se que deva ser realizada a descrição de cada etapa no processo para identificar as dificuldades de implementação de acordo com as condições locais.

Além disso, os indicadores propostos demonstraram relevância e capacidade de identificar as fragilidades relacionadas à assistência ao paciente, apontando para o reconhecimento de questões limitantes e específicas de cada unidade de saúde relacionadas ao controle da TB e que podem influenciar na identificação de estratégias de melhorias da assistência.

REFERÊNCIAS

1. Grandales SD, Peralta YTG, Mayoz DL, Mulet EC, García MC. Calidad de la ejecución del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en el Policlínico Universitario José Martí. MEDISAN. [Internet]. 2013 [acesso em 10 de junio 2018]; 17(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000500011.
2. Andrade HS, Oliveira VC, Gontijo TL, Pessôa MTC, Guimarães EAA. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: um estudo de caso. Saúde Debate. [Internet]. 2017 [acesso em 16 de janeiro 2021]; 41(spe). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s18>.
3. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2019 dec 3]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1>.
4. Furin J, Cox H, Pai M. Tuberculosis. Lancet. [Internet]. 2019 [cited 2019 dec 3]; 393(10181). Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30308-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30308-3).
5. Ministério da Saúde (BR). Situação Epidemiológica da Tuberculose no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [acesso em 3 de dezembro 2019]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [acesso em 3 de dezembro 2019]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/manual-de-recomendacoes-para-o-controle-da-tuberculose-no-brasil>.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. [acesso em 3 de dezembro 2019]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/guia_vigilancia_saude_led_atual.pdf.

8. Figueiredo TMRM, Villa TCS, Scatena LM, Gonzales RIC, Rufino-Netto A, Nogueira JA, et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. *Rev. Saúde Pública*. [Internet]. 2009 [acesso em 16 de janeiro 2021]; 43(5). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000500011&lng=en.
9. 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*. [Internet]. 2014 [acesso em 10 de junho 2018]; 48(6). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000601044&lng=en.
10. Balderrama P, Vendramini SF, Santos MLSSG, Ponce MAZ, Oliveira IC, Villa TCS, et al. Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose: avaliação da estrutura dos serviços. *Rev. Eletrôn. Enferm.* [Internet]. 2014 [acesso em 10 de junho 2018]; 16(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i3.21408>.
11. Andrade RL, Scatolin BE, Wysocki AD, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM, et al. Diagnóstico da tuberculose: atenção básica ou pronto atendimento? *Rev. Saúde Pública*. [Internet]. 2013 [acesso em 10 de junho 2018]; 47(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2013047004650>.
12. Cunha NV, Cavalcanti MLT, Costa AJL. Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia Saúde da Família em Jardim Catarina – São Gonçalo (RJ), 2010. *Cad. Saúde Colet.* [Internet]. 2012 [acesso em 10 de junho 2018]; 20(2). Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_177-187.pdf.
13. Junges JR, Burille A, Tedesco J. Tratamento Diretamente Observado da tuberculose: análise crítica da descentralização. *Interface (Botucatu)*. [Internet]. 2020 [acesso em 14 de dezembro 2020]; 24. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/Interface.190160>.
14. Härter J, Andrade RLP, Villa TCS, Arcênio RA, Gonçalves ER, Gonzalez RIC. Tuberculosis in primary health care: identifying priority cases in a municipality in southern Brazil. *Acta Sci. Health Sci.* [Internet]. 2015 [cited 2018 jun 10]; 37(2). Available from: <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v37i2.25232>.
15. Almeida JB, 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 Online*. [Internet]. 2016 [acesso em 10 de junho 2018]; 10(Supl.6). Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11250>.
16. Wysocki AD, Ponce MAS, Brunello MEF, Beraldo AA, Vendramini SHF, Scatena LM, et al. Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços. *Rev. Bras. Epidemiol.* [Internet]. 2017 [acesso em 10 de junho 2018]; 20(1). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700010014>.
17. Scatena LM, Wysocki AD, Beraldo AA, Magnabosco GT, Brunello MEF, Rufino-Netto A, et al. Validação e confiabilidade: instrumento para avaliação de serviços que tratam tuberculose. *Rev. Saúde Pública*. [Internet]. 2015 [acesso em 12 de junho 2018]; 49(7). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.20150490005548>.
18. 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*. [Internet]. 2014 [acesso em 10 de junho 2018]; 48(6). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201400060700012>.
19. Cardoso GCP, Cruz MM, Abreu DMF, Decotelli PV, Chrispim 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.* [Internet]. 2012 [acesso em 10 de junho 2018]; 20(2). Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_203-210.pdf.
20. Silva EM, Assis MMA, Villa TCS, Scatena LM. Coordenação dos Serviços de Atenção Primária em Saúde no controle da tuberculose em um município da Bahia, Brasil. *Rev. Baiana Saúde Pública*. [Internet]. 2010 [acesso em 12 de junho 2018]; 34(2). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.22278/2318-2660.2010.v34.n2.a30>.
21. Amaral AS, Tamaki EM, Sales CM, Renovato RD. Avaliação da descentralização do programa de controle da tuberculose do nível secundário para o nível primário do sistema de saúde de Dourados-MS. *Saúde Soc.* [Internet]. 2010 [acesso em 10 de junho 2018]; 19(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400007&lng=en.
22. Souza ACS, Alexandre NMC, Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol. Serv. Saúde*. [Internet]. 2017 [acesso em 10 de junho 2018]; 26(3). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>.
23. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 12 dez 2012; Seção 1.
24. Alves SRP, Silva GS, Souto CGV, Barreto AJR. Gestão da tuberculose na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.* [Internet]. 2018 [acesso em 12 de dezembro 2020]; 10(3). Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7648/6617>.

25. Rabelo JVC, Navarro PD, Carvalho WS, Almeida IN; Oliveira CSF, Haddad, JPA, et al. Avaliação do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde no controle da tuberculose em metrópole do Sudeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2021 [acesso em 18 de junho 2021]; 37(3). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9CfKDRxJfKpSpKtN3wLyH5F/?lang=pt>.
26. Silva SYB, Medeiros ER, Silva SB, Andrade RPS, Beraldo AA, Pinto ESG. Facilities and difficulties in implementation of the tuberculosis control program in primary health care. *ABCS Health Sci*. [Internet]. 2021 [cited 2021 jun 18]; 46. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/02/1147174/abcs46e021204.pdf>
27. Spagnolo LML, Tomberg JO, Martins MDR, Antunes LB, Gonzales RIC. Detecção da tuberculose: a estrutura da atenção primária à saúde. *Rev. Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2018 [acesso em 18 de junho 2021]; 39. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgefn/a/mBqmKkxdLBjwp9XKp cxTHHz/?lang=pt>.
28. Santana S, Teixeira CFS, Rodrigues AS; Skalinski LM. Dificuldades, caminhos e potencialidades da descentralização do atendimento à tuberculose. *J. Health Biol. Sci*. [Internet]. 2020 [acesso em 12 de dezembro 2020]; 8(1). Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/2582>.
29. Barros RSL, Mota MCS, Abreu AMM, Villa TCS. Desempenho do programa de controle da tuberculose na estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*. [Internet]. 2020 [acesso em 12 de dezembro 2020]; 24(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000400217&lng=pt.
30. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Relatório Anual de Gestão [Internet]. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde; 2016 [acesso em 1 de maio 2018]. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag_final_2016.pdf.
31. Pelissari DM, Jacobs MG, Bartholomay P, Rocha MS, Barreira D, Arakaki-Sanchez D, et al. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde como ferramenta de análise da descentralização do atendimento da tuberculose para a atenção básica. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2018 [acesso em 12 de dezembro 2020]; 34(12). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018001205014&lng=pt.
32. Müller BCT, Müller PCT, Silva LA, Freitas AS, Magalhães MJS. Avaliação do acesso ao tratamento de tuberculose sob perspectiva dos usuários na atenção primária. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam* [Internet]. 2021 [acesso em 18 de junho 2021]; 13. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9897/10038>.
33. Baumgarten A, Rech RS, Bulgarelli PT, Souza KR, Santos CM, Frichebruder K, et al. Ações para o controle da tuberculose no Brasil: avaliação da atenção básica. *Rev. Bras. Epidemiol*. [Internet]. 2019 [acesso em 18 de junho 2021]; 22. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190031>.