

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Daniela Wilhelm**

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

Porto Alegre

2018

**Daniela Wilhelm**

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

Trabalho Final submetido ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Dra. Carine Raquel Blatt

Porto Alegre

2018

## FICHA CATALOGRÁFICA

Wilhelm, Daniela

Elaboração de um instrumento de avaliação as assistência ao paciente com tuberculose na atenção primária em saúde / Daniela Wilhelm. – 2018.

133 p. : 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2018.

Orientador (a): Carine Raquel Blatt.

1. Tuberculose. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Avaliação em Saúde. I. Título.

## RESUMO

**Introdução:** A descentralização da assistência ao paciente com Tuberculose (TB) para a Atenção Primária em Saúde (APS) e as diferentes realidades de organização destas ações nas unidades de saúde de Porto Alegre estão entre os principais desafios para o controle da doença. **Objetivos:** Elaborar um instrumento de avaliação da assistência ao paciente com TB na APS. **Método:** Trata-se de um estudo de validação de conteúdo de um instrumento de avaliação da assistência ao paciente com TB na APS sob a perspectiva de que a organização dos serviços de saúde pode influenciar nos desfechos de tratamentos de TB. Para a construção do instrumento avaliativo foram desenvolvidas as etapas: construção do modelo lógico, revisão bibliográfica, identificação das dimensões e subdimensões avaliativas e elaboração de indicadores. A Técnica Delfos com especialistas foi utilizada com objetivo de obter consenso sobre a relevância das dimensões e subdimensões e atribuir pesos aos indicadores. O teste piloto do instrumento foi realizado em duas unidades da APS para testar sua viabilidade de aplicação. **Resultados:** O instrumento de avaliação da assistência ao paciente com TB resulta em uma nota máxima de dez pontos distribuída entre três dimensões: recursos físicos (2,5), recursos humanos (3,0) e capacidade técnica (4,5), e subdividida em sete subdimensões e 44 indicadores. A partir do teste piloto, os indicadores propostos demonstraram que é possível medir efetivamente o objeto de estudo baseando-se em dados disponíveis e de fácil acesso. **Conclusão:** O instrumento elaborado permitiu a identificação das lacunas da assistência ao paciente com TB em duas unidades de saúde da APS. O instrumento possibilita o conhecimento da realidade individual de cada unidade de saúde, podendo ser utilizado para o monitoramento da assistência bem como um instrumento de gestão a partir da identificação de estratégias de melhorias da assistência do paciente com TB na APS.

**Descritores:** Tuberculose, Atenção Primária à Saúde, Avaliação em Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Decentralization of tuberculosis (TB) patient care to Primary Health Care (PHC) and the different realities of organization of these actions in the health units of Porto Alegre city are the mainly challenges for this disease control. **Objectives:** To elaborate an instrument to evaluate the care of patients with TB in PHC. **Method:** This is a study of content validation of a instrument to evaluate the care of patients with TB in PHC from the perspective that the organization of health services can influence the TB treatments outcomes. The steps were develop to build the evaluated instrument were: construction of the logical model, bibliographic review, identification of evaluative dimensions and sub dimensions and elaboration of indicators. The Delfos Technique with specialists were use in order to obtain consensus on the relevance of the dimensions and sub dimensions and to assign weights to the indicators. The pilot test was performer in two PHC units. **Results:** The evaluation instrument of TB patient care had a maximum score of ten points distributed among three dimensions: physical resources (2.5), human resources (3.0) and technical capacity (4.5), and subdivided in seven sub dimensions and 44 indicators. From the pilot test, the proposed indicators demonstrated that it is possible to measure effectively the study objetct based on available and easily measure data. **Conclusion:** The instrument elaborated allowed the identification of the gaps in TB care in two PHC units. This instrument enables a knowledge of local reality, can be use to monitor assistance, as well as an managment instrument to identify strategies for improvement of the assistance to TB patient in PHC.

**Keywords:** Tuberculosis, Health Assessment, Primary Health Care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico1 - Coeficiente de incidência de tuberculose, cura (%) e abandono de tratamentos de casos novos (%) entre os anos de 2011 e 2016 em Porto Alegre/RS. ....	16
Figura 1 - Modelo Lógico Presumido do Programa Municipal de Controle da Tuberculose de Porto Alegre. ....	29
Tabela 1 - Resultado da avaliação da USA e USB a partir da aplicação do instrumento de avaliação da assistência ao paciente com tuberculose na Atenção Primária em Saúde.....	43
Tabela 2 - Valor médio atribuído pelos especialistas para análise da pertinência e relevância dos indicadores propostos no instrumento de avaliação da assistência do paciente com tuberculose na Atenção Primária em Saúde e cálculo do coeficiente Alfa Cronbach para análise da consistência interna .....	67

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição dos artigos selecionados na revisão da literatura de avaliação relacionados à tuberculose em relação ao objetivo da avaliação, dimensão e subdimensões utilizadas.....	32
Quadro 2 – Dimensões e subdimensões propostas pelos autores para o instrumento avaliativo da assistência ao paciente com tuberculose na Atenção Primária em Saúde.....	36
Quadro 3 - Resumo dos indicadores, subdimensões e dimensões do Instrumento de avaliação da assistência ao paciente com tuberculose na Atenção Primária a Saúde – Versão 1 apresentado no encontro presencial com especialistas. ....	37
Quadro 4 - Valor médio atribuído pelos especialistas para as dimensões propostas no instrumento de avaliação da assistência do paciente com tuberculose na Atenção Primária a Saúde.....	38
Quadro 5 - Valores atribuídos para as dimensões, subdimensões e indicadores do instrumento de avaliação da assistência ao paciente com tuberculose na Atenção Primária em Saúde.....	40
Quadro 6 – Instrumento de avaliação da assistência ao paciente com tuberculose na Atenção Primária a Saúde (versão 1).....	64
Quadro 7 – Instrumento de avaliação da assistência ao paciente com tuberculose na Atenção Primária a Saúde (versão 2).....	69
Quadro 8 – Instrumento de avaliação da assistência ao paciente com Tuberculose na Atenção Primária em Saúde (versão 3). ....	74
Quadro 9 – Instrumento de avaliação da assistência ao paciente com Tuberculose na Atenção Primária em Saúde com os resultados da aplicação na USA. ....	83
Quadro 10 - Instrumento de avaliação da assistência ao paciente com Tuberculose na Atenção Primária em Saúde com os resultados da aplicação na USB. ....	91
Quadro 11 – Instrumento de avaliação da assistência ao paciente com Tuberculose na Atenção Primária em Saúde (versão final) .....	98

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
APS	Atenção Primária em Saúde
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DOTS	<i>Directly Observed Treatment Short Course</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PMCT	Programa Municipal de Controle da Tuberculose
PMSF	Programa Médico de Saúde da Família
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
RS	Rio Grande do Sul
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
US	Unidade de Saúde
USA	Unidade de Saúde denominada A
USB	Unidade de Saúde denominada B
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 GERAL.....	14
2.2 ESPECÍFICOS .....	14
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	15
3.1 CENÁRIO DO ESTUDO.....	15
3.2 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	18
3.3 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE CUIDADO NA ATENÇÃO AOS CASOS DE TB.....	19
3.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TB .....	21
4 MÉTODO .....	24
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	24
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	24
4.3 ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO AVALIATIVO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE.....	24
4.3.1 Construção do modelo lógico presumido .....	24
4.3.2 Revisão bibliográfica.....	25
4.3.3 Identificação das dimensões e subdimensões .....	25
4.3.4 Construção dos indicadores .....	25
4.3.5 Aplicação da técnica Delfos .....	26
4.4 TESTE PILOTO .....	27
4.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	28
5 RESULTADOS .....	29
5.1 CONSTRUÇÃO DO MODELO LÓGICO PRESUMIDO.....	29
5.2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	29
5.3 IDENTIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES E SUBDIMENSÕES .....	35
5.4 CONSTRUÇÃO DOS INDICADORES .....	36
5.5 APLICAÇÃO DA TÉCNICA DELFOS .....	37
5.5.1 Primeira fase.....	37
5.5.2 Segunda fase.....	40
5.6 TESTE PILOTO .....	41
6 DISCUSSÃO.....	47
7 CONCLUSÕES.....	52
8 REFERÊNCIAS .....	53
ANEXO I – Convite à Participação.....	58
ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para especialistas.....	59

ANEXO III – Cadastro de Especialista .....	61
ANEXO IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais das Unidades de Saúde .....	62
ANEXO V – Instrumento 1 .....	64
ANEXO VI – Análise da consistência interna .....	67
ANEXO VII – Instrumento 2 .....	69
ANEXO VIII – Instrumento 3 .....	74
ANEXO IX – Roteiro para Visita de Campo .....	80
ANEXO X – Resultado da Aplicação do Instrumento na USA .....	83
ANEXO XI – Resultado da Aplicação do Instrumento na USB .....	91
ANEXO XII – Instrumento Final .....	98

## 1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa, cujo agente etiológico é o *Mycobacterium tuberculosis* e sua transmissão ocorre através do ar. Estima-se que um paciente com TB pulmonar bacilífera é capaz, se não tratado, de infectar entre 10 a 15 pessoas por ano. Por essa razão, o sintomático respiratório deve ser identificado e tratado até a cura a fim de interromper a cadeia de transmissão da doença. Apesar de potencialmente curável, a TB continua a ser mundialmente um importante problema de saúde pública, com relevantes índices de morbidade e mortalidade<sup>(1,2)</sup>.

Estima-se que um terço da população mundial está infectado pelo *Mycobacterium tuberculosis* e a ocorrência em 2016 de 10.4 milhões de pessoas doentes. A TB, em 2016, foi a causa responsável pela morte de 1.3 milhão de pessoas, sendo que entre essas 374 mil eram coinfectadas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV)<sup>(2)</sup>.

O Relatório Global da TB, em 2016, publicou a redefinição da classificação de países prioritários para o controle da TB para o período de 2016 a 2020. Essa nova classificação é composta por três listas de 30 países, segundo características epidemiológicas: carga de TB, TB multidroga resistente e coinfeção TB/HIV. Alguns países aparecem em mais de uma lista, somando um total de 48 países prioritários para a abordagem da TB<sup>(3)</sup>.

O Brasil se encontra em duas dessas listas, ocupando a 20ª posição na classificação de carga da doença e a 19ª quanto à coinfeção TB/HIV. Vale destacar que os países que compõem essa lista representam 87% do número de casos de TB no mundo. O Brasil representa 0,8% dos casos do mundo. Em 2016, o país apresentou uma incidência de 33,7 casos/100 mil habitantes e registrou 4,5 mil mortes. A TB é a terceira causa de morte por doenças infecciosas no país e a primeira causa de morte entre os indivíduos com AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)<sup>(4)</sup>.

Em relação à TB no Rio Grande do Sul (RS), em 2017, foram notificados 5.031 casos novos de TB e o coeficiente de incidência se mantém em torno de 45 casos por 100 mil habitantes nos últimos cinco (2013-2017). É o sexto Estado brasileiro com a maior incidência de casos de TB e um dos Estados com as maiores taxas de abandono ao tratamento (13%). O RS possui 15 municípios prioritários para o enfrentamento da TB, nos quais a carga da doença em termos de taxa de incidência é maior, sendo Porto Alegre, a capital, um desses municípios. Em 2016, Porto Alegre apresentava 87 casos novos de TB a cada 100 mil habitantes e ocupava a quarta posição em coeficiente de incidência de TB nas capitais, sendo superada apenas por Manaus, Recife e Rio de Janeiro<sup>(5-7)</sup>.

Em Porto Alegre, desde 2012 e de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (MS), as ações de controle da TB estão sendo descentralizadas para a Atenção Primária em Saúde (APS) como forma de ampliar o acesso da população aos cuidados de saúde. Entretanto, o município tem apresentado as piores taxas de abandono e as menores taxas de cura de tratamento do país.

Em relação ao Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre para os anos de 2018-2021, as metas para TB são: diagnosticar 80% dos casos novos; ampliar a taxa de cura de casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial de 58% para 80% com equidade raça/cor/etnia/sexo e reduzir a mortalidade proporcional de coinfectados por TB e HIV de 24,23% para 20% com equidade raça/cor/etnia/sexo<sup>(8)</sup>.

A trajetória profissional da proponente desse trabalho, que atua como enfermeira assistencial em um ambulatório de TB e também como membro da gestão do Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT) de Porto Alegre, levou a percepção de que os indicadores epidemiológicos de morbimortalidade não têm sido suficientes para estabelecer uma interpretação da real situação das ações de controle da TB no município. Isso porque a TB é uma doença bacteriana que exige pelo menos seis meses de tratamento e tais indicadores epidemiológicos podem levar mais de um ano para serem calculados e refletirem as ações de controle da TB. Somado a isso, a descentralização da assistência para as 140 unidades de saúde de APS gera uma pluralidade de cenários, no que diz respeito à organização das ações de controle da TB locais, e um desafio para o gestor municipal no monitoramento e avaliação destes serviços.

A partir disso, e tendo em consideração a relevância da TB como emergência em saúde pública, faz-se necessário conhecer os problemas na assistência da APS com o objetivo de melhorar as taxas de cura e de abandono dos tratamentos. Partindo desse pressuposto, a pergunta que permeou este trabalho constitui-se em “Como a assistência ao paciente com TB pode ser avaliada na APS?” A hipótese elaborada para essa pergunta é a de que a criação de um instrumento de avaliação da assistência ao paciente com TB na APS, baseado em critérios predefinidos, pudesse refletir de forma mais rápida a qualidade das ações de controle da TB e permitir intervenções mais pontuais de acordo com a realidade de cada serviço.

Cabe ressaltar que não houve a pretensão de que esse instrumento fosse um modelo de avaliação. Buscou-se desenvolver uma ferramenta que pudesse ser reconhecida pelos profissionais da assistência e utilizada pela gestão do PMCT para o monitoramento e avaliação sistematizados das ações de controle do agravo na APS em Porto Alegre. Para tanto, o estudo foi realizado com a participação de parte dos atores implementadores das ações de

controle da TB no município, ou seja, os profissionais da assistência em saúde e da gestão, pois se acredita que eles possam expressar adesão ou resistências em relação à implantação de novas estratégias. A fim de envolver os profissionais que pensam e participam das ações de controle da TB no município foi escolhida para a elaboração desse instrumento a Técnica Delfos que está baseada na construção de conteúdo a partir de consenso de especialistas.

O produto desse estudo poderá contribuir para elucidar os aspectos institucionais relacionados à assistência ao paciente com TB e (re)direcionar a execução de ações de controle do agravo na APS em Porto Alegre. Ademais, espera-se ampliar o enfoque sob o campo da avaliação em saúde, a partir de uma discussão crítica e fundamentada tecnicamente por especialistas das áreas envolvidas no processo de descentralização das ações de controle da TB.

Enfim, buscou-se por meio da elaboração desse instrumento, a interface entre a gestão e a assistência, isto é, oferecer um produto que traga melhorias na gestão do PMCT e, por conseguinte, qualifique a assistência ao paciente com TB na APS, visando, em último plano, a saúde da população.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Elaborar um instrumento de avaliação da assistência ao paciente com TB na APS.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

Identificar as características da assistência ao paciente com TB na APS que podem influenciar os desfechos do tratamento da TB.

Propor dimensões, subdimensões e indicadores de avaliação da assistência aos pacientes com TB na APS.

Avaliar a relevância dos indicadores propostos.

Atribuir um valor de julgamento às dimensões, às subdimensões e aos indicadores.

Aplicar o instrumento de avaliação da assistência ao paciente com TB em duas unidades de saúde.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 CENÁRIO DO ESTUDO

O percurso histórico da TB comprova que os avanços tecnológicos relacionados à descoberta de medidas preventivas, exames diagnósticos e terapia medicamentosa proporcionaram importantes melhorias no tratamento da doença<sup>(1,9,10)</sup>. Por outro lado, a TB ainda no século XXI é a doença infecciosa que mais mata no mundo superando as mortes causadas pelo HIV e a malária juntos<sup>(3)</sup>. Contribuem para este fato as desigualdades sociais e econômicas, a falta de novos tratamentos e vacinas e a deficiência dos sistemas de saúde especialmente no que diz respeito aos limites da qualidade e efetividade das ações de controle desse agravo<sup>(3,11,12)</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem publicado o Relatório Global da TB desde 1997 com objetivo de fornecer uma avaliação atualizada da epidemia e do progresso da prevenção, do diagnóstico e do tratamento da doença em nível mundial, regional e nacional. Segundo o relatório, a prevalência e as taxas de mortalidade por TB no mundo foram reduzidas para metade em 2015 em comparação com os seus níveis em 1990, principalmente nos países considerados de alta carga. No entanto, foram estimados, em 2015, 10.4 milhões de casos de TB, 1,8 milhão de mortes (sendo 400 mil óbitos em pessoas coinfectadas com TB/HIV) e a ocorrência de 480 mil casos de TB resistente aos medicamentos do esquema básico. Importante salientar que 87% dos casos de TB estimados estão concentrados em 30 países, sendo que 25 (75%) desses dependem basicamente de doações internacionais para o tratamento da doença, caracterizando a estreita ligação entre a TB e os processos de organização social<sup>(2,3)</sup>.

No Brasil, em 2015 foram notificados 67 mil casos novos de TB e cerca de 4,5 mil mortes. De acordo com a nova classificação da OMS 2016-2020, o Brasil ocupa a 20ª posição na lista dos 30 países prioritários para TB e a 19ª posição na lista dos 30 países prioritários para TB-HIV. O país mobiliza mais de 90% dos recursos necessários para o tratamento da doença por meio de recursos próprios. A TB é a terceira causa de mortes por doenças infecciosas no país e a primeira causa de mortes dentre as doenças infecciosas definidas para os indivíduos com AIDS. As taxas de incidência da doença foram reduzidas em 18,1% em 2015 (33,7 casos por 100 mil habitantes) em comparação com os seus níveis em 1990 (51,8/100 mil habitantes)<sup>(3,4)</sup>.

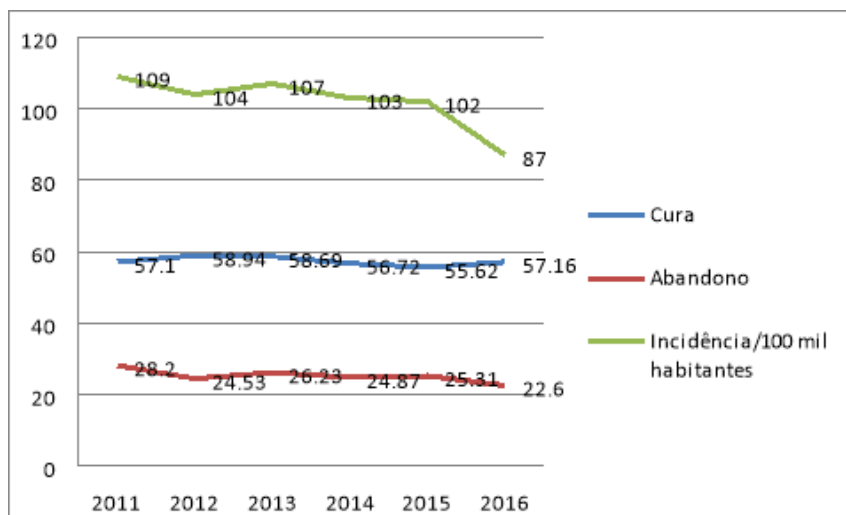
Dentre os estados brasileiros que apresentam maior incidência de TB estão:

Amazonas, Rio de Janeiro e em sexta posição o Rio Grande do Sul (RS). O RS mantém o maior coeficiente de incidência de TB em pessoas coinfetadas pelo vírus do HIV (18,9%), uma das menores taxas de cura (65%) e a maior taxa de abandono de tratamento do país (13,9%). Em relação aos indivíduos identificados como contatos dos casos novos de TB (possíveis infectados), menos da metade foram examinados pelos serviços de saúde<sup>(4)</sup>. O RS possui 15 municípios prioritários para o enfrentamento da TB, nos quais a carga da doença em termos de taxa de incidência é maior e que concentram as menores taxas de cura de tratamento do estado, dentre esses, a capital, Porto Alegre<sup>(5)</sup>.

Porto Alegre, município selecionado para a realização deste estudo, possui uma área territorial de 496,682 km<sup>2</sup>, população estimada de 1.481.019 habitantes e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é considerado elevado (0,805). A análise da prevalência e da incidência da TB entre 2007 e 2011 permite verificar a existência de casos de TB em praticamente todas as regiões do município<sup>(13,14)</sup>.

O município examinou, em 2016, 12.050 sintomáticos respiratórios por baciloscopia de escarro e notificou 1.127 casos novos de TB. Tal número reflete em uma taxa de incidência de 87 casos/100.000 habitantes, como pode ser verificado no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Coeficiente de incidência de tuberculose, cura (%) e abandono de tratamentos de casos novos (%) entre os anos de 2011 e 2016 em Porto Alegre/RS.



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. Relatório de Gestão, 2016<sup>(5)</sup>.

Dentre os casos notificados em 2016, 89% dos pacientes realizaram o teste anti-HIV e percentual de coinfecção nos testados foi de 27%. Apesar de o município preconizar a descentralização dos tratamentos de TB para a APS, o diagnóstico dos casos novos em 2015

foi realizado em 11,16% na APS, 33,21% na atenção secundária, 47,57% na atenção terciária e 8,04% nas casas prisionais<sup>(15,16)</sup>. Tais dados demonstram que ainda é parca a detecção de casos na APS e que essa não tem se caracterizado como a principal porta de entrada para o sistema de saúde.

Avaliando os encerramentos dos casos novos de TB em Porto Alegre no ano de 2016, obteve-se 57% de cura na população em geral, sendo que as taxas de cura na população de raça branca (61%) são superiores que na população de raça negra (49%). Tais percentuais são menores do que o preconizado pelo Ministério da Saúde (meta 85%), e pactuados pelo município de Porto Alegre no Cadastro de Metas de Pactuação (meta 75%). Em relação ao desfecho abandono de tratamento, o município atingiu o percentual de 23% na população em geral, sendo 33% na população negra e 23% na população branca, taxas muito superiores aos 5% preconizados pelo Ministério da Saúde, e que apontam para a deficiência do acompanhamento dos casos no município<sup>(15)</sup>.

O Gráfico 1 ainda apresenta os coeficientes de cura e abandono de tratamentos novos de TB entre os anos de 2011 e 2016. Baixas taxas de cura devem ser motivo de grande preocupação e maior investimento na área para reversão deste panorama<sup>(2)</sup>. Ademais, altas taxas de abandono e baixas taxas de cura dos tratamentos da TB vão de encontro à queda da incidência da doença em Porto Alegre apresentada no mesmo gráfico. Tal contradição coloca em cheque a qualidade dos dados coletados e a organização das ações de controle da tuberculose no município.

A taxa de óbito, em 2015, foi de 7%, sendo na sua maioria (5%) em pacientes coinfectados com TB/HIV e o coeficiente de mortalidade por TB resultou em 3,90 casos/100.000 habitantes<sup>(15)</sup>. Para Rocha e colaboradores<sup>(17)</sup>, a coinfeção TB/HIV sugere existência de dificuldade no diagnóstico precoce e insuficiente oferta de atenção, desfavorecendo a oportunidade de prevenir o óbito.

Frente aos dados apresentados é inegável o descompasso entre a transferência de responsabilidade das ações de controle da TB para a APS e a capacidade de resposta dessas equipes para manejo da doença. Todavia, e de acordo com a Secretaria Municipal da Saúde, mesmo que essa venha investindo esforços na descentralização do tratamento da TB pulmonar para a APS, essa não tem se constituído de fato como porta de entrada para os casos<sup>(15)</sup>. O esclarecimento diagnóstico é feito tardiamente, cabendo aos ambulatorios especializados, pronto atendimentos e hospitais a oferta de ações de detecção de casos e tratamento.

Diante desse cenário, de difícil alcance das metas de controle da TB e tendo em vista a importância da APS na detecção dos casos, faz-se necessário agir em linhas específicas de

gerenciamento dos serviços de saúde. Nessa perspectiva, a avaliação em saúde tem se tornado uma alternativa eficaz para elaborar respostas em relação ao planejamento e execução das ações, fornecendo informações sistematizadas sobre a organização e a qualidade dos serviços de saúde ofertados<sup>(18)</sup>. Em relação à TB, a avaliação da qualidade dos serviços permite verificar as dificuldades enfrentadas no controle da doença e despertar o interesse dos gestores e profissionais da saúde para traçar estratégias capazes de modificar os indicadores epidemiológicos do território.

### 3.2 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Ao longo do século XX, a avaliação de desempenho ganhou importância na medida em que transformava o processo de trabalho e de gestão nas empresas privadas. Com origem na preocupação da redução de custos, tornou a enfatizar a preocupação com a qualidade dos processos<sup>(19)</sup>. A discussão sobre os desafios e oportunidades da avaliação de políticas públicas tem ocupado as agendas dos governos de diferentes países, resultado não só das exigências das agências financiadoras como também da necessidade de prestação de contas à sociedade<sup>(18)</sup>.

Avaliação tem significados e escopo abrangentes. De acordo com Hartz<sup>(20:11)</sup>, “a iniciativa de avaliar programas de saúde é frequentemente uma busca de explicação”. Para Tanaka e Melo<sup>(21)</sup>, a avaliação é uma atividade que atribui um valor a uma intervenção, assumido a partir do julgamento realizado com base em critérios cientificamente válidos e legítimos predefinidos. Alguns autores acrescentam que apesar de existirem vários conceitos de avaliação, a construção dos modos de proceder à avaliação de desempenho dos serviços de saúde depende da transparência dos princípios, objetivos e metas dos sistemas que se quer avaliar<sup>(18,22,23)</sup>.

Existem diversos tipos de avaliação de acordo com as perguntas que se pretende responder: quando, para quê, o quê e quem<sup>(24)</sup>. Nas últimas décadas, e segundo as prioridades e preferências dos autores, surge uma variedade de modelos avaliativos, enfatizando diferentes aspectos, sobre como deve proceder à avaliação. A origem desses modelos, abordagens ou enfoques (como também são denominadas) podem construir-se diretamente a partir do ponto de vista de seus proponentes. As orientações filosóficas e preferências metodológicas dos pesquisadores levam à proposição de desenhos, métodos de coleta de dados, técnicas de interpretação e análises dos resultados de forma diferentes<sup>(22,24)</sup>.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o monitoramento e a avaliação em saúde

são ferramentas de gestão e de gerenciamento de sistemas e serviços de saúde e os gestores de saúde devem utilizar essa ferramenta para alcançar a melhoria contínua de seus programas e ações<sup>(25)</sup>. Uma maneira de garantir que os programas consigam atingir esse objetivo é conduzir avaliações de rotina bem planejadas, práticas e que forneçam informações para gerenciamento e melhorias na eficiência dos programas de saúde<sup>(26,27)</sup>.

Para Tobar e Yalour<sup>(24)</sup>, a estrutura perceptiva do observador é a garantia da verificação das dimensões da realidade submetida à observação. Não há validade na avaliação ingênua, uma vez que essa deve pressupor um sistema que impulsiona o pesquisador a observar certos fenômenos em detrimento de outros. Os autores recomendam explicitar tal sistema antes de iniciar qualquer tipo de observação sistemática.

Sendo assim, o próximo tópico abordará a organização da rede de cuidado na atenção aos casos de TB como forma de explicitar a teoria do Programa Municipal de Controle da Tuberculose de Porto Alegre e, principalmente, como determinadas ações conduzem a determinados resultados.

### 3.3 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE CUIDADO NA ATENÇÃO AOS CASOS DE TB

Em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS), baseada pelos altos índices de incidência e mortalidade de TB criou o programa “*STOP TB*”, que reunia instituições com poder econômico e científico para reavaliar e criar estratégias para o controle da TB. Surge então nesse período a estratégia *Directly Observed Treatment Short Course (DOTS)*, que estabelecia pela primeira vez a padronização de um marco universal, no qual os países poderiam balizar e desenvolver seus programas nacionais de saúde<sup>(3,9)</sup>.

No Brasil, o manejo da TB é concretizado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), um programa unificado de ações operacionalizadas em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal. O PNCT está subordinado a 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 do programa são: detectar 80% dos casos estimados anualmente, curar 85% destes e atingir, no máximo, 5% de abandono de tratamento. No aspecto organizacional, o PNCT privilegia a descentralização das medidas de controle do agravo para a APS com objetivo de garantir o acesso universal da população e intensificar a estratégia *DOTS*<sup>(4,25)</sup>.

A decisão de adoção dessa estratégia para o tratamento da TB como um padrão

internacional foi tomada com base na constatação de que a maior causa da prevalência da TB no mundo residia na forma irregular e descontínua de ingestão do medicamento pelos indivíduos durante o tratamento. A estratégia *DOTS* é entendida como um conjunto de práticas baseadas em cinco componentes: compromisso político para o fortalecimento de recursos humanos e garantia de recursos financeiros, elaboração de planos de ação e mobilização social; diagnóstico por meio de exames bacteriológicos de qualidade; fornecimento e gestão eficaz de medicamentos, sistema de monitoramento e avaliação ágeis que permitam a análise dos casos, desde a sua notificação até o encerramento, e tratamento padronizado com supervisão da ingestão dos medicamentos<sup>(9,25)</sup>.

O tratamento padronizado com supervisão da ingestão dos medicamentos, ou seja, o Tratamento Diretamente Observado (TDO) é um elemento chave dessa estratégia e objetiva o fortalecimento da adesão do doente ao tratamento e a prevenção do surgimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo os casos de abandono e mortalidade e aumentando a probabilidade de cura<sup>(25)</sup>.

De acordo com o Ministério da Saúde, o TDO consiste na observação supervisionada da ingestão de medicamentos, preferencialmente de segunda a sexta-feira. A utilização dessa estratégia aproxima os profissionais da saúde dos indivíduos ao incluir a necessidade de fortalecimento do vínculo e confiança do paciente com a equipe de saúde, facilitando ações de educação ao paciente e família e impactando nas questões de estigma tão enraizadas com a TB. A estratégia TDO propicia aos indivíduos diferentes momentos para esclarecimento de dúvidas e angústias sobre o tratamento permitindo sobremaneira a ampliação do foco terapêutico para além do diagnóstico médico e o tratamento medicamentoso<sup>(25)</sup>.

Aliado às recomendações previstas para a implantação do TDO, O PNCT enfatiza a importância do estabelecimento de uma rede descentralizada de diagnóstico e tratamento, integrada à APS, que objetiva horizontalizar as atividades de vigilância, prevenção e controle da doença<sup>(25,28)</sup>.

Na atenção à TB, no que concerne à descentralização das ações de controle da doença para a APS, merecem destaque dois pontos estruturantes para o bom desempenho das equipes de saúde. O primeiro é a organização da rede de serviços, isto é, às formas de organizar os serviços de modo a atender às demandas de saúde da população: compromisso político para o fortalecimento de recursos humanos e garantia de recursos financeiros, fornecimento e gestão eficaz do medicamento, retaguarda e agilidade no fluxo laboratorial, logística, eficiente comunicação entre os diversos pontos de atenção do sistema, provisão de insumos e sistema de informação. O segundo ponto relaciona-se à capacidade técnica dos profissionais e à

competência para manejo dos casos de TB<sup>(29)</sup>.

Nesse sentido, o TDO pode ser considerado uma política de controle da TB, na medida em que permite avaliar o modo como essa perpassa as esferas do cuidado, pois envolve questões de acesso à prestação de cuidados e a utilização dos serviços. Para o bom desempenho da execução do TDO é necessário uma estrutura mínima para a atuação das equipes de saúde e da integração dos esforços entre os diferentes atores no controle da TB, tendo como finalidade a otimização de recursos e o desempenho do profissional consciente.

Frente a isso, avaliar a estrutura e o processo de trabalho dos serviços da APS é fundamental e reveste de importância a realização desse tipo de estudo, na medida em que viabiliza localizar problemas relacionados à oferta e ao manejo dos casos, equidade no acesso; integração dos serviços; possíveis dissonâncias e carências de treinamento e construção de competências<sup>(1,25,30)</sup>.

Sendo assim, e tendo em consideração que alguns parâmetros devem ser estabelecidos no percurso da avaliação, vários autores recomendam explicitar o sistema que se pretende avaliar antes de iniciar qualquer tipo de observação sistemática<sup>(23,24,30)</sup>.

Para tanto, sugerem o modelo lógico como forma de orientar e explicitar o programa ou serviço a ser avaliado e servir de comparação dos eventos observados com os eventos teoricamente previstos<sup>(23,30)</sup>.

A base do monitoramento qualificado é, seguramente, a utilização de instrumentos e metodologias de produção de informações validadas<sup>(21)</sup>. Tais necessidades revestem de importância a expressão do modelo lógico do Programa Municipal de Controle da TB de Porto Alegre e a abordagem, no próximo tópico, de alguns dos principais estudos de avaliação da qualidade das ações de controle da TB no território brasileiro.

### 3.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TB

No Brasil, estudos de avaliação de Programa de Controle da Tuberculose (PCT) ainda são em número reduzido. Destacam-se os estudos de avaliabilidade do PCT e a viabilidade de construção de modelo avaliativo<sup>(33)</sup>, a elaboração e validação de instrumento de avaliação de PCT<sup>(34)</sup> e as intervenções de controle da TB nos programas em Niterói, no Rio de Janeiro<sup>(30)</sup>, Amazônia Legal<sup>(35)</sup> e Cabedelo, na Paraíba<sup>(10)</sup>.

Concernente à avaliabilidade de PCT, Coelho e colaboradores<sup>(33)</sup> afirmam em seus estudos que esse é um programa avaliável a partir de seus elementos estruturantes e, por conseguinte, a definição de indicadores de estrutura e processo podem contribuir na produção

de conhecimentos e na qualificação das ações de controle, maximização da imagem social do PCT e redução de danos. Para criação da matriz de julgamento o estudo levou em consideração o modelo lógico do PCT local e os componentes: planejamento e administração, atenção à saúde, informações estratégicas, desenvolvimento institucional e humano e comunicação e mobilização social. Esses se subdividiram em três subdimensões e dezessete indicadores. Para validação dos indicadores foi utilizada a técnica de grupo nominal com oito especialistas entre profissionais do PCT e pesquisadores na área de avaliação.

Sobre a elaboração e validação de instrumentos de avaliação da estrutura dos serviços da APS no tratamento da TB, Scatena e colaboradores<sup>(34)</sup> afirmam que esse pode ser o primeiro passo para a construção de indicadores relevantes para a avaliação de desempenho. Foi construído um instrumento estruturado com trinta e nove questões fechadas que compuseram três componentes avaliativos do PCT: recursos humanos, recursos físicos e organização do serviço. Esse foi aplicado a 1.037 profissionais de saúde (entre médico – clínico geral e da família, enfermeiro/auxiliar/técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde) por meio de entrevista. Os dados foram analisados por técnicas descritivas e vinte dos 39 itens inicialmente propostos foram validados. O grupo considerou o instrumento viável de aplicação e potencialmente capaz de avaliar a estrutura de serviços de saúde para tratamento da TB.

Em relação à avaliação do PCT e sua integração com o programa médico de família, Oliveira e Natal<sup>(30)</sup> desenvolveram pesquisa por meio de estudo de caso único com abordagens quantitativas e qualitativas que considerou a estrutura e as atividades desenvolvidas no diagnóstico e no tratamento dos doentes em um município do Rio de Janeiro. Para a construção da matriz de julgamento, as autoras levaram em consideração as dimensões (e subdimensões) contexto externo (vulnerabilidade social, compromisso político e condições socioeconômicas), contexto político organizacional (autonomia político financeira, ações intersetoriais e gerência), contexto de implementação (cobertura e acolhimento, diagnóstico, assistência clínica e laboratorial, tratamento e assistência farmacêutica, integralidade e vigilância epidemiológica) e contextos de efeito (resultados de tratamento e satisfação do usuário). A partir desses contextos criaram-se trinta e dois indicadores de julgamento. A medida de sucesso da integração com o PCT e o Programa Médico de Saúde da Família (PMSF) no controle da TB foi o desenvolvimento das ações de diagnóstico e supervisão do tratamento da doença de maneira conjunta e eficaz.

Um estudo de avaliação do grau de implantação do PCT foi desenvolvido no cenário amazônico por Heufemann e colaboradores<sup>(35)</sup>. A matriz de julgamento abordava sete

dimensões de avaliação: contexto externo, contexto organizacional, estrutura (UBS), recursos humanos, vigilância epidemiológica, operacionalização das ações do PCT e efetividade, resultando em quarenta e oito indicadores. As dimensões foram pontuadas segundo critérios e indicadores de avaliação programática, podendo alcançar o máximo de 100 pontos, em caso de desempenho plenamente satisfatório. A pontuação de cada dimensão levou em consideração sua relativa importância nas rotinas do PCT<sup>(35)</sup>.

Outra pesquisa avaliou o desempenho dos serviços da APS para o tratamento da TB por meio de entrevistas com os profissionais de saúde em Cabedelo, município do nordeste brasileiro, utilizando um instrumento estruturado que continha cinco indicadores de estrutura e quatro indicadores de processo. Os indicadores do componente estrutura foram número de profissionais, capacitação, acesso a instrumentos de registro, disponibilidade de insumos e articulação de serviço com outros níveis de atenção. Já os indicadores de referência do componente processo foram informações sobre a TB, TDO, ações externas para o controle da TB e referência e contra referência para outros serviços de saúde. Por meio de equação matemática, foi calculado um indicador para cada unidade de saúde que resultou numa escala para o desempenho dos serviços da APS para o tratamento da TB com valores de: insatisfatório, regular, satisfatório<sup>(10)</sup>.

O contexto da organização da rede de cuidado ao paciente com TB em Porto Alegre, com altos índices de incidência, baixos coeficientes de cura e altos de abandono é favorável à emergência da TB como importante problema de saúde pública. Paralelamente, a escassez de literatura voltada para a avaliação de ações de controle da TB em municípios em que essa doença representa grave problema sanitário também reforça a justificativa para a elaboração de um instrumento de avaliação da assistência ao paciente com TB na APS que permita a realização de avaliações com rigor e qualidade no cenário municipal.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo de validação de conteúdo de um instrumento de avaliação da assistência ao paciente com TB na APS. Para Tanaka e Melo<sup>(21)</sup>, a avaliação parte da análise e do conhecimento existente da situação que se quer avaliar. Este estudo foi uma iniciativa de avaliar o PCT das unidades da APS, por meio de um instrumento de avaliação padronizado, a fim de conhecer a situação da assistência e identificar e monitorar os indicadores que levam à mudança dos desfechos de tratamentos de TB.

### **4.2 LOCAL DE ESTUDO**

A pesquisa foi realizada em duas unidades da APS de Porto Alegre e a amostra foi escolhida por conveniência.

### **4.3 ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO AVALIATIVO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**

Para a elaboração do conteúdo do instrumento avaliativo foram desenvolvidas as seguintes etapas: construção do modelo lógico presumido do PMCT de Porto Alegre, revisão bibliográfica, identificação das dimensões e subdimensões, elaboração de indicadores, aplicação da Técnica Delfos e atribuição de valor aos indicadores.

#### **4.3.1 Construção do modelo lógico presumido**

A descrição clara e encadeada dos eventos esclarece a missão e os objetivos do programa que está sendo avaliado. Por isso, as descrições devem ser suficientemente resumidas para garantir a compreensão de estratégias e metas do programa já que servirão de referência para todas as decisões subsequentes da avaliação(26,31).

### 4.3.2 Revisão bibliográfica

Nesta etapa foi realizada uma busca por instrumentos de avaliação. As fontes consultadas foram: as bases de dados/bibliotecas: *National Library of Medicine* (Pubmed) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Para identificação dos trabalhos foram utilizados diferentes descritores combinados ou não entre si: Avaliação em Saúde, Avaliação de Programas e Projetos de Saúde, Tuberculose e Atenção Primária em saúde, identificados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH).

Os critérios de inclusão foram artigos que contemplassem a construção ou utilização de instrumentos de avaliação de ações de controle da TB; com resumos e textos completos gratuitos disponíveis eletronicamente nos idiomas português, inglês e espanhol, nos últimos 10 anos.

### 4.3.3 Identificação das dimensões e subdimensões

Com base na revisão da literatura buscou-se identificar os atributos ou as principais linhas de ação estratégicas<sup>(22)</sup>, isto é, as dimensões dos 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?

Uma vez 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.

### 4.3.4 Construção dos indicadores

A partir da definição das dimensões e subdimensões que se pretende avaliar foram desenvolvidas perguntas chaves que pudessem esclarecer o quanto de uma situação inicial poderia ser transformada por certo tipo de intervenção.

A partir disso, identificaram-se os dados e as fontes de dados do PCT disponíveis que respondem a essas perguntas e então essas foram transformadas em indicadores que pudessem ser analisados e comparados por meio de julgamento de valor.

Foi elaborada uma ficha de cada indicador contendo a nome do indicador, o objetivo, a fonte de dados, como ele deve ser calculado e o padrão de resposta esperado.

#### 4.3.5 Aplicação da técnica Delfos

Para este trabalho, a técnica Delfos teve como objetivo envolver pessoas chaves responsáveis pelos pontos de atenção da rede de saúde ao paciente com TB. Tal método foi escolhido por entender que ele pode ser uma ferramenta para auxiliar na validação de conteúdo do instrumento de monitoramento e avaliação do PCT para as unidades da APS.

A técnica foi aplicada a fim de que os especialistas avaliassem a pertinência das dimensões, das subdimensões e dos indicadores contidos no instrumento bem como atribuíssem valores aos indicadores.

Os critérios para seleção dos especialistas foram definidos tendo em vista a valorização do conhecimento oriundo do campo prático, como forma de reforçar o foco político, gerencial e assistencial do instrumento avaliativo. Também foram definidos de modo a envolver os profissionais da gestão e da assistência aos pacientes com TB como forma de reconhecimento dos seus saberes, valorizando as particularidades locais, e atingir os objetivos propostos por essa pesquisa.

Os especialistas foram selecionados quando atendessem a, no mínimo, um dos critérios abaixo:

- experiência assistencial em TB de, no mínimo, dois anos;
- experiência em gestão de PCT de, no mínimo, dois anos;
- experiência em gestão de APS de, no mínimo, dois anos;
- possuir especialização em área clínica relevante à assistência ao paciente com TB;
- ser reconhecido localmente por seu conhecimento e experiência na área da TB ou área afim;

Importante destacar que essa pesquisa levou em consideração um painel de especialistas, com experiência em clínica, em gestão e/ou com habilidades técnicas reconhecidas. Não houve a pretensão de selecionar apenas expertos (com especialização acadêmica e publicações em periódicos indexados), pois o produto dessa pesquisa tem, sobretudo, foco assistencial, gerencial e político.

Foi considerado perda de amostra os especialistas que não aceitassem participar da pesquisa ou não retornassem o instrumento da pesquisa preenchido no prazo de 20 dias a partir da data da entrega.

Os especialistas foram consultados sobre seu interesse em participar do estudo por meio de contato telefônico e, posteriormente, foram convidados a participarem de um

encontro presencial via convite por correio eletrônico com texto introdutório sobre os objetivos da proposta e esclarecimentos sobre o processo de construção de consenso utilizando a Técnica Delfos (ANEXO I). Também foi informado nessa mensagem que no encontro presencial sua participação consistiria em pontuar de acordo com a sua opinião (1=não importante, 2=pouco importante, 3=moderadamente importante, 4=muito importante, 5=extremamente importante) a pertinência das dimensões, subdimensões e indicadores de uma proposta de instrumento avaliativo das ações de controle da TB. Também foi avisado que seria solicitado o preenchimento do TCLE (ANEXO II) e o preenchimento de alguns dados de perfil profissional (ANEXO III).

A análise da consistência interna dos indicadores foi realizada pelo coeficiente de confiabilidade alfa de Cronbach. O ponto de corte escolhido foi 0,75 e se justificou pelo nível de concordância de 75% entre os especialistas a fim de proporcionar maior consistência e aplicabilidade dos indicadores na prática assistencial<sup>(36,37)</sup>.

Findada a análise da relevância das dimensões, subdimensões e indicadores, foi adaptada uma nova versão do instrumento de avaliação (de acordo com as críticas e sugestões dos especialistas) pela proponente da pesquisa e atribuído valores aos indicadores. Essa versão do instrumento foi enviada aos especialistas para nova avaliação, via correio eletrônico, os quais deveriam concordar ou não com os valores atribuídos aos indicadores e analisar qualitativamente os indicadores e os critérios/padrões de resposta. Ademais, havia um campo para que os especialistas registrassem novas sugestões, críticas e observações em relação ao instrumento.

Os especialistas tiveram 20 dias para dar retorno dessa avaliação por e-mail. Àqueles que não retornaram a avaliação dentro de 15 dias foi enviado uma nova mensagem eletrônica lembrando a atividade para que não houvesse perdas na amostra de especialistas.

Após a concordância da valoração dos indicadores, foi realizada uma discussão de cunho qualitativo pela proponente da pesquisa e a professora orientadora e finalizado o instrumento avaliativo que incluía as dimensões, subdimensões e indicadores.

#### 4.4 TESTE PILOTO

O teste piloto do instrumento de avaliação foi realizado em duas unidades da APS da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre a fim de verificar a qualidade dos indicadores, seu grau de compreensão, a disposição das pessoas para responder além da clareza das instruções e as dificuldades enfrentadas pelo pesquisador.

A amostra foi determinada pelos pesquisadores por conveniência. Uma unidade sabidamente conhecida por ter práticas exitosas em TB (busca pelo paciente sintomático respiratório, busca de faltosos e tratamento concluídos) e organização bem intencionada do cuidado na atenção aos casos de TB e outra com indicadores insatisfatórios para os critérios acima definidos. Para fins organizacionais e de sigilo profissional, a US sabidamente conhecida por ter práticas exitosas em TB foi denominada unidade de saúde A (USA); já a outra US foi denominada unidade de saúde B (USB).

Os profissionais responsáveis por tais unidades foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e foram convidados a participar fornecendo informações sobre os indicadores definidos no instrumento de avaliação. Mediante concordância, foram solicitados a assinarem o TCLE.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Os especialistas e os profissionais das unidades de saúde da APS que aceitaram participar da pesquisa, mediante a assinatura do TCLE, receberam um termo contendo informações sobre a mesma. Foi esclarecido que as informações registradas no instrumento de coleta de dados seriam mantidas pela pesquisadora em confidencialidade e anonimato<sup>(38)</sup>.

Este trabalho poderá ser utilizado para a realização de investigações científicas pertencentes ao contexto acadêmico da construção de conhecimento, como também no contexto cotidiano da prática e da gestão da APS. Em ambos os cenários, preceitos éticos comuns devem ser seguidos para sua aplicação.

Para tanto, o Projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e, como coparticipante, pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, parecer 2.272.867.

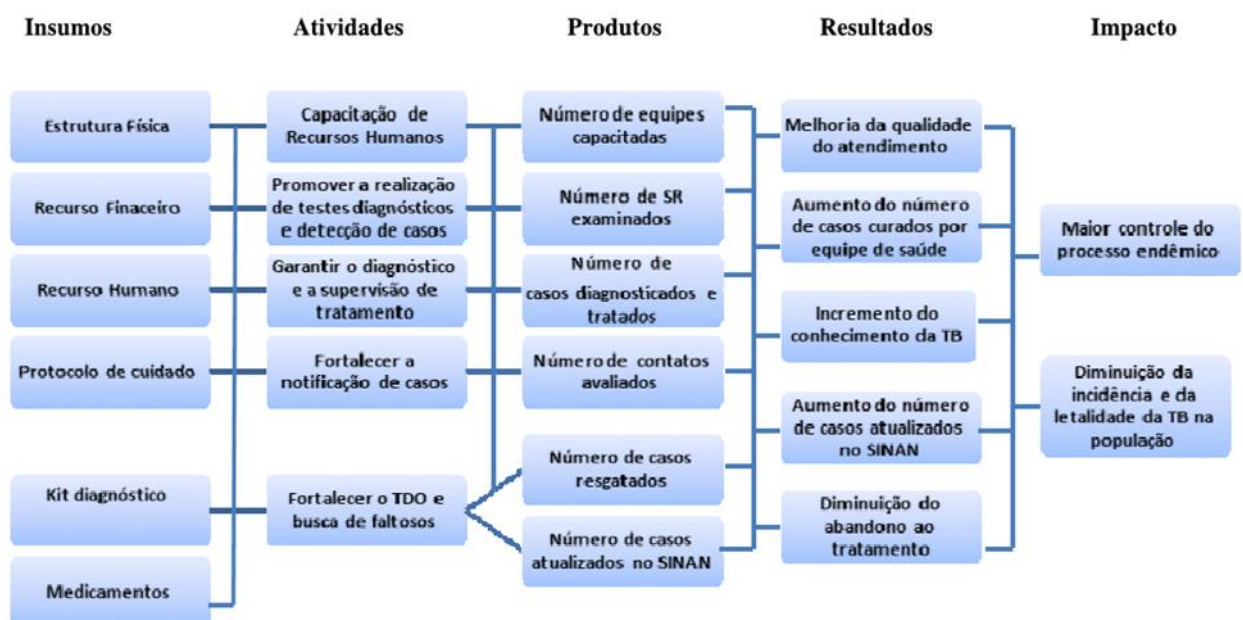
## 5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados de acordo com as etapas descritas na metodologia e divididos em construção do modelo lógico presumido do PMCT de Porto Alegre, revisão bibliográfica, identificação das dimensões e subdimensões, construção dos indicadores, aplicação da Técnica Delfos e teste piloto.

### 5.1 CONSTRUÇÃO DO MODELO LÓGICO PRESUMIDO

O modelo lógico presumido visa fornecer explicação da sequência causal que articula os meios e fins gerados pelo programa. O modelo lógico de como o Programa Municipal de Controle da Tuberculose de Porto Alegre deveria funcionar pode ser explicitado conforme a Figura 1 e leva em consideração os insumos e as atividades necessárias para se alcançar os produtos, os resultados e impacto esperados.

Figura 1 - Modelo Lógico Presumido do Programa Municipal de Controle da Tuberculose de Porto Alegre.



Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

### 5.2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Foi realizada uma revisão extensiva da literatura para encontrar os estudos de

avaliação da assistência ao paciente com TB na APS. Importante mencionar que não foi realizada uma revisão sistemática, porém buscou-se identificar o maior número de estudos. Na busca da literatura foram encontrados 117 artigos. Após a leitura dos títulos e dos resumos de interesse para a pesquisa foram selecionados 15 artigos.

Foi elaborado uma tabela contendo o ano de publicação, o título, os autores, a revista de publicação e o objetivo de cada estudo bem como as dimensões e subdimensões utilizadas na avaliação relacionada à assistência do paciente com TB (QUADRO 1).

Com exceção de um estudo realizado em Cuba, todos os outros eram nacionais. Chama a atenção que dos 14 artigos brasileiros, nove<sup>(39-47)</sup> tinham como participantes pesquisadores da Universidade de São Paulo, na cidade de Ribeirão Preto. Entre os cinco artigos brasileiros restantes, dois<sup>(48,49)</sup> foram escritos por pesquisadores da Fundação Osvaldo Cruz, no Rio de Janeiro.

Um artigo<sup>(50)</sup> caracterizava-se por ser uma revisão integrativa da análise dos atributos da APS na atenção à TB no Brasil, outro<sup>(46)</sup> tratava-se de estudo de validação de instrumento para avaliação de serviços que tratam TB por profissionais de saúde das regiões nordeste e sudeste do país. Todos os demais<sup>(39-45,47-49,51-53)</sup> eram relativos à avaliação das ações de controle da TB na APS em nível municipal.

O Grupo de Ribeirão Preto destaca-se pelo estudo de validação de instrumento para avaliação de serviços que tratam TB<sup>(46)</sup> e também pela realização de estudos avaliativos dos serviços da APS que tratam TB em cenários municipais<sup>(39-45,47)</sup>. Três estudos<sup>(39,40,53)</sup> avaliaram por meio de questionários as ações de controle da TB sob a perspectiva de pacientes em tratamento para TB. Nove artigos<sup>(40-45,47,48,53)</sup> eram referentes à aplicação de questionários para captação da percepção dos profissionais de saúde em relação às ações de controle da TB.

Um outro artigo<sup>(51)</sup> avaliou a descentralização do PCT do nível secundário para o nível primário do sistema de saúde por meio de utilização de fonte de dados secundários. Nesse, os autores registram a dificuldade em realizar levantamentos nos registros dos serviços de saúde devido à falta de sistematização das informações.

Dois artigos<sup>(49,52)</sup> avaliaram a qualidade das ações de controle da TB em nível municipal com enfoque nos componentes do sistema de saúde: estrutura, processo e resultado, tendo como referencial a descrição dos eventos previstos do programa de TB em que estavam inseridos, a saber, o PCT de Santiago de Cuba<sup>(52)</sup> e o PCT descentralizado em uma unidade de saúde de um município no Rio de Janeiro<sup>(49)</sup>. No estudo carioca foram utilizadas como ferramentas avaliativas entrevistas estruturadas e observações com registros em diário de campo<sup>(49)</sup>. Já o estudo avaliativo cubano levou em consideração essas duas ferramentas

somadas a análises documentais<sup>(52)</sup>.

Quadro 1 – Descrição dos artigos selecionados na revisão da literatura de avaliação relacionados à tuberculose em relação ao objetivo da avaliação, dimensão e subdimensões utilizadas.

	Ano	Título	Autor	Publicação	Objetivo	Dimensão	Subdimensão
1 <sup>(39)</sup>	2017	Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: um estudo de caso	Andrade, Heuler S. et al.	Saúde debate	Avaliar o grau de implantação do Programa de Controle da Tuberculose, no componente da atenção à saúde, em Divinópolis (Minas Gerais).	Contexto Organizacional Contexto técnico	Gestão e Planejamento Serviços de Referência e Insumos Vigilância Epidemiológica Diagnóstico Assistência Prevenção
2 <sup>(40)</sup>	2017	Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços	Wysocki, Anneliese D. et al.	Revista Brasileira de Epidemiologia	Avaliar o desempenho dos serviços da Atenção Primária à Saúde no tratamento da tuberculose.	Recursos humanos Recursos físicos Organização do serviço	Participação dos profissionais no atendimento aos pacientes com tuberculose Capacitação dos profissionais Acesso a instrumentos de registro Disponibilidade de insumos Articulação com outros níveis de atenção Informações sobre a tuberculose Tratamento Diretamente Observado Ações externas para o controle da tuberculose Referência e contra referência
3 <sup>(41)</sup>	2016	A coordenação da assistência no controle da tuberculose na visão da equipe de enfermagem	Almeida, Janaina B. et al.	Revista de enfermagem da UFPE	Analisar a coordenação da assistência aos portadores de tuberculose pela equipe de enfermagem	Organização da atenção à TB Articulação com a comunidade Autocuidado apoiado Suporte à decisão Desenho do sistema de prestação de serviços Sistemas de informação clínica Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB	Não se aplica
4 <sup>(42)</sup>	2015	Análise dos atributos da atenção primária à saúde na atenção à tuberculose no Brasil: uma revisão integrativa	Lopes, Lívia M. et al.	Revista de Enfermagem do Centro.-Oeste Mineiro	Analisar como os atributos essenciais e derivados da atenção primária à saúde estão sendo trabalhados nas ações de controle da tuberculose no Brasil	Atenção ao primeiro contato Longitudinalidade Integralidade Coordenação da atenção	Não se aplica

5 <sup>(43)</sup>	2015	Tuberculose na atenção primária em saúde: identificando casos prioritários em um município do sul do Brasil	Härter, Jenifer et al.	Acta Scientiarum	Analisar o desempenho da Unidade Básica de Saúde Tradicional e da Unidade Saúde da Família na detecção de casos de tuberculose e verificar a capacidade dos serviços de saúde para atenção aos sintomas respiratórios, de acordo com as duas modalidades de organização.	Equipe	Não se aplica
						Facilidades e equipamentos	Não se aplica
						Organização	Não se aplica
						Reconhecimento/conhecimento do problema	
						Manejo	Individual Coletivo
6 <sup>(44)</sup>	2015	Validação e confiabilidade: instrumento para avaliação de serviços que tratam tuberculose	Scatena, Lucia M. et al.	Revista de Saúde Pública	Analisar a validade e confiabilidade de instrumentos de avaliação de estrutura dos serviços de atenção básica para o tratamento da tuberculose.	Estrutura do sistema	Recursos físicos Recursos humanos Organização dos serviços
7 <sup>(45)</sup>	2014	Avaliação de desempenho de Serviços da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose	Silva, Daiane M. et al.	Revista da escola de enfermagem da USP	Avaliar o desempenho dos serviços de Atenção Básica para o tratamento da tuberculose segundo o referencial de avaliação dos serviços de saúde (estrutura/processo) em Cabedelo, município portuário da Paraíba.	Estrutura do sistema	Recursos físicos Recursos humanos Organização dos serviços
8 <sup>(46)</sup>	2014	Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose: avaliação da estrutura dos serviços	Balderrama, Priscila et al.	Revista Eletrônica de Enfermagem	Avaliar a estrutura dos serviços que atuam como porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose	Capacidade e Estrutura	Pessoal Instalações e equipamentos Organização Acesso
9 <sup>(47)</sup>	2013	Qualidade da execução do Programa Nacional de Controle da Tuberculose na Policlínica Universitária José Martí	Duarte, Serguei et al.	Medisan	Avaliar a qualidade da execução do Programa Nacional de Controle da Tuberculose na área de saúde da Policlínica Universitária “José Martí” de Santiago de Cuba, durante o ano de 2010.	Estrutura	Recursos humanos Recursos materiais
						Processo	Qualidade técnica científica – Competência profissional dos médicos Qualidade técnica científica – Competência profissional das enfermeiras Indicadores operacionais do programa
10 <sup>(48)</sup>	2013	Diagnóstico da tuberculose: atenção básica ou pronto atendimento?	Andrade, Rubia L. et al.	Revista de Saúde Pública	Avaliar a qualidade dos serviços de saúde de atenção básica e pronto atendimento quanto ao diagnóstico da tuberculose pulmonar.	Oferta de atenção	Reconhecimento do problema
11 <sup>(49)</sup>	2012	Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia Saúde da Família em Jardim Catarina – São Gonçalo (Rio de Janeiro)	Cunha, Natasha V. et al.	Caderno de Saúde Coletiva	Realizar um diagnóstico situacional do processo de descentralização do controle da Tuberculose para a Saúde da Família no bairro Jardim Catarina.	Estrutura	Estrutura das Unidades de Saúde da Família Percepção dos profissionais de saúde sobre as atividades de controle da tuberculose
						Processo	Capacitação de recursos humanos

12 <sup>(50)</sup>	2012	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	Cardoso, Gisela et al.	Caderno de Saúde Coletiva	Avaliar a conformidade como categoria explicativa de implementação do tratamento diretamente observado para tuberculose, na perspectiva dos profissionais de saúde	Estrutura das unidades Recursos Atividades do programa de controle da tuberculose e do tratamento diretamente observado	Não se aplica
13 <sup>(51)</sup>	2010	Avaliação da descentralização do programa de controle da tuberculose do nível secundário para o nível primário do sistema de saúde de Dourados-MS.	Amaral, Arino S. et al.	Saúde e sociedade	Avaliar a descentralização das ações do controle da tuberculose do nível secundário para o nível primário do sistema de saúde de Dourados-MS, realizado através da implantação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, no período de 2003 a 2006.	Estrutura Processo Resultados	Não se aplica
14 <sup>(52)</sup>	2010	Coordenação dos serviços de atenção primária em saúde no controle da tuberculose em um município da Bahia	Silva, Elisângela M. et al.	Revista Baiana de Saúde Pública	Avaliar a coordenação dos serviços de Atenção Primária em Saúde no Controle da Tuberculose sob a ótica dos doentes e profissionais de saúde em Feira de Santana (Bahia).	Coordenação do cuidado	Profissional encaminha ao especialista Profissional discute referência Profissional auxilia marcação com especialista Comprovante de marcação Informações escritas para referência Discussão da consulta especializada Interesse no atendimento especializado Profissional usa prontuário Resultados de exames disponíveis Aviso sobre agendamento Recebe contra referência
15 <sup>(53)</sup>	2009	Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose.	Figueiredo Tania MRM. et al.	Revista de Saúde Pública	Analisar o acesso ao tratamento para tuberculose em serviços de saúde vinculados ao Programa Saúde da Família e em ambulatório de referência.	Acesso	Não se aplica

### 5.3 IDENTIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES E SUBDIMENSÕES

A partir da revisão de literatura, e frente à articulação com a decisão metodológica do estudo, ressaltou-se que a oferta/organização de serviços de saúde pressupõe a existência de recursos físicos, recursos humanos e capacidade técnica.

A dimensão recurso físico 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. Também foi incluído na dimensão recursos físicos 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. Pressupõe-se que a necessidade de investimento em recursos físicos de saúde perpassa tanto a necessidade de saúde da população como pela capacidade da unidade de saúde em manter essa oferta, além de direcionar a realocação pela gestão de recursos existentes para atender às necessidades de adequação das unidades de saúde<sup>(48,53)</sup>.

A dimensão recurso humano diz respeito ao conjunto e perfil dos trabalhadores oferecido aos usuários, que definem, em grande parte, a qualidade, a efetividade, a oportunidade, assim como o real acesso da população aos serviços de saúde<sup>(45,51,53)</sup>.

Além das dimensões recursos físicos e recursos humanos, levou-se em consideração a capacidade técnica das equipes para atendimento dos pacientes com TB. Essa diz respeito à formação/preparação para o trabalho, isto é, às questões relativas ao sistema de utilização de recursos humanos e físicos. A dimensão capacidade técnica presume que a qualidade da informação, associada à educação permanente dos trabalhadores, pode evitar o uso ou reuso de serviços desnecessários<sup>(43,47,49)</sup>. 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.

Sendo assim, foram selecionadas para a realização desse estudo as dimensões: recursos físicos, recursos humanos e capacidade técnica. A partir disso, essas foram subdivididas em categorias de menor complexidade conforme apresentado no Quadro 2:

Quadro 2 – Dimensões e subdimensões propostas pelos autores para o instrumento avaliativo da assistência ao paciente com tuberculose na Atenção Primária em Saúde.

<b>Dimensão</b>	<b>Subdimensão</b>
Recursos Físicos	Estrutura Física
	Insumos
	Fatores facilitadores de adesão
Recursos Humanos	Profissionais capacitados
Capacidade Técnica	Diagnóstico
	Tratamento
	Alcance das ações

#### 5.4 CONSTRUÇÃO DOS INDICADORES

A partir da definição das dimensões e subdimensões foram elaboradas as seguintes questões: “A unidade de saúde (US) possui estrutura física adequada para o atendimento de pacientes com TB?”; “A US possui os insumos necessários para o atendimento de pacientes com TB?”; “A US dispõe de fatores facilitadores de adesão para pacientes com TB?”; “A US dispõe de profissionais capacitados para atendimento de pacientes com TB?”; “A US consegue realizar o diagnóstico de pacientes com TB?”; “A US consegue realizar o tratamento de pacientes com TB?”; e por fim, “Qual o alcance das ações do serviço junto à população?”. A partir desses questionamentos foram selecionados indicadores que pudessem responder a essas questões e contemplar adequadamente a finalidade e os objetivos da avaliação e, também, que pudessem ser analisados e comparados por meio de julgamento de valor.

Para cada indicador foi elaborada uma ficha contendo a nome do indicador, o objetivo, a fonte de dados, como ele deve ser calculado e o padrão de resposta esperado. Esse instrumento foi denominado Instrumento 1 (ANEXO V).

Foram identificados 20 indicadores para a dimensão recursos físicos, seis para a dimensão recursos humanos e 19 para a dimensão capacidade técnica, totalizando 45 indicadores conforme pode ser visualizado no Quadro 3.

Quadro 3 - Resumo dos indicadores, subdimensões e dimensões do Instrumento de avaliação da assistência ao paciente com tuberculose na Atenção Primária a Saúde – Versão 1 apresentado no encontro presencial com especialistas.

<b>Dimensão</b>	<b>Subdimensão</b>	<b>Indicadores</b>
Recursos Físicos	Estrutura Física	3
	Insumos	15
	Fatores facilitadores de adesão	2
Recursos Humanos	Profissionais capacitados	6
Capacidade Técnica	Diagnóstico	3
	Tratamento	8
	Alcance das ações	8
<b>Total</b>		<b>45</b>

## 5.5 APLICAÇÃO DA TÉCNICA DELFOS

A etapa seguinte da construção do instrumento de avaliação da assistência ao paciente com TB na APS refere-se à submissão desse instrumento ao julgamento de especialistas por meio da aplicação da Técnica Delfos. Essa etapa foi subdividida em duas fases.

### 5.5.1 Primeira fase

A primeira fase teve como objetivo realizar a avaliação da pertinência e relevância do instrumento e a descrição do perfil dos profissionais.

Seguindo os critérios de inclusão e exclusão da amostra de especialistas, foram selecionados por amostragem por conveniência dez especialistas do município, aos quais foi enviada a proposta de trabalho e convite para participação de um encontro presencial em outubro de 2017. Sete especialistas compareceram ao encontro. Entre os faltantes, uma pessoa alegou problemas pessoais e outras duas não deram retorno.

O tempo de duração estimado para esse encontro foi de 1 hora e 30 minutos, dividido entre as seguintes etapas: 15 minutos para apresentação da proposta de trabalho, 15 minutos para a apresentação do instrumento avaliativo, 30 minutos para apreciação do instrumento pelos especialistas e 30 minutos para uma rodada de discussão sobre aspectos relacionados à pertinência e relevância das dimensões e subdimensões do instrumento avaliativo. Nesse momento também foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

e que os especialistas respondessem algumas perguntas sobre o seu perfil profissional no formato de questionário.

Em relação ao perfil profissional dos especialistas que participaram do estudo, cinco entre eles estavam na faixa etária entre 31 e 39 anos e dois nos extremos da faixa entre 48 e 64 anos. Um profissional era farmacêutico, um médico e cinco eram enfermeiros. Em relação ao tempo de graduação, dois especialistas possuíam entre quatro e cinco anos de tempo de formação e os demais entre nove e 41 anos. Todos os sete assinalaram ter realizado pós-graduação, dois em nível de mestrado e cinco em nível de especialização. Todos os especialistas eram trabalhadores de instituições públicas de saúde, com tempo de instituição variando entre três e 33 anos. Cinco desses profissionais trabalhavam diretamente com a assistência ao pacientes com TB e dois com gestão de serviços de saúde na Atenção Primária. Questionados sobre a realização de pesquisas, três especialistas responderam possuir pesquisas em andamento na área de TB.

No Quadro 4 é apresentado a média dos valores atribuídos por cada especialista às dimensões recursos físicos, recursos humanos e capacidade técnica.

Quadro 4 - Valor médio atribuído pelos especialistas para as dimensões propostas no instrumento de avaliação da assistência do paciente com tuberculose na Atenção Primária a Saúde.

<b>Dimensão</b>	<b>Média</b>	<b>Arredondamento</b>
Recursos físicos	2,42	<b>2,5</b>
Recursos humanos	3,14	<b>3,0</b>
Capacidade técnica	4,42	<b>4,5</b>
<b>Soma</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

No tocante a avaliação relacionada à pertinência e à relevância dos indicadores do instrumento avaliativo, os extremos dos valores médios atribuídos aos indicadores pelos especialistas variaram entre 3,28 e 5,00 e a média resultou em 4,37 pontos. Já 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, conforme pode ser visualizado no ANEXO VI.

Em relação à análise da relevância dos indicadores pela Escala Likert nenhum indicador foi excluído do instrumento.

Ademais, os especialistas fizeram considerações qualitativas sobre o Instrumento 1 (ANEXO V) que foram discutidas pelo grupo durante o encontro. A partir dessas

considerações foi adequada a redação dos indicadores, das fontes de dados e dos critérios/padrão resposta. Além disso, houve aglutinação de dois indicadores, exclusão de um indicador e inclusão de um indicador.

Em relação à dimensão recursos físicos, subdimensão estrutura física, dos três indicadores inicialmente apresentados, um teve o padrão da resposta alterado, dois foram aglutinados e um foi acrescentado.

No indicador “disponibilidade de local para coleta de escarro” foi adequado o padrão de resposta, ao invés de “disponibilidade de local para coleta de escarro que esteja de acordo com o Manual de Recomendações para Projetos de Arquitetura de Ambientes de Tratamento da TB”, o padrão resposta mudou para “satisfatório para local que esteja em conformidade com as normas de biossegurança”. Já os indicadores “disponibilidade de sala para atendimento de enfermagem” e “disponibilidade de sala para atendimento médico” foram conjugados em um único indicador, resultando em “disponibilidade de sala para atendimento individual multiprofissional”. Ainda na subdimensão estrutura física, foi incluído o indicador “disponibilidade de local adequado para TDO”.

Para a dimensão recursos físicos, subdimensão insumos, foram apresentados inicialmente 15 indicadores. Todos os indicadores foram mantidos apenas com adequação do padrão de resposta do indicador “disponibilidade de medicamentos para tratamento da TB”, em que foi acrescentada a disponibilidade de Hidrazida para padrão resposta satisfatório. Ainda na mesma dimensão recursos físicos, em relação à subdimensão “Fatores facilitadores de adesão”, foram apresentados dois indicadores e esses foram mantidos pelos especialistas.

Na dimensão “recursos humanos”, na subdimensão “Profissionais capacitados”, foram apresentados seis indicadores. Desses, cinco foram mantidos e o indicador “Presença de outros profissionais envolvidos com as questões da TB” foi suprimido tendo em vista a pré-definição da composição das equipes de saúde da atenção primária em saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde).

Na dimensão “capacidade técnica”, subdimensão “diagnóstico”, foram apresentados três indicadores e, desses, dois foram mantidos sem alterações. O indicador “Percentual de oferta de consulta médica em 24 horas para início de tratamento em pacientes com confirmação laboratorial no último quadrimestre” foi modificado para “Percentual de oferta de consulta médica em até 24 horas para início de tratamento em pacientes com confirmação laboratorial no último quadrimestre”.

Para a subdimensão “tratamento”, foram apresentados inicialmente oito indicadores. Desses, dois foram adequados após análise dos especialistas, a saber: “Percentual de oferta de

consulta médica em 24 horas para manejo de para efeitos no último quadrimestre” foi adequado para “Percentual de oferta de consulta médica em até 24 horas para manejo de para efeitos no último quadrimestre” e “Realização de Tratamento Diretamente Observado” foi adequado para “Oferta de 100% de tratamento diretamente observado”.

Ainda na dimensão “capacidade técnica”, subdimensão “alcance”, foram apresentados inicialmente oito indicadores. Desses dois foram adequados após análise dos especialistas: em “Capacidade em percentual de realização de Tratamento Diretamente Observado”, o padrão de resposta foi modificado para “Satisfatório quando atingir 80% de realização de TDO no último quadrimestre em populações vulneráveis e em caso de retratamento”. E o indicador “Capacidade em percentual de retratamento de casos faltosos da própria Unidade de Saúde” foi adequado para “Capacidade em percentual de busca de casos faltosos e retomada do tratamento no território”.

### 5.5.2 Segunda fase

A segunda fase da aplicação da Técnica Delfos teve como objetivo a atribuição de valor aos indicadores e uma nova versão foi adaptada resultando no Instrumento 2 (ANEXO VII).

Nessa etapa também foram sugeridos pelas pesquisadoras os valores para as subdimensões e indicadores resultando na distribuição dos valores, conforme Quadro 5.

Quadro 5 - Valores atribuídos para as dimensões, subdimensões e indicadores do instrumento de avaliação da assistência ao paciente com tuberculose na Atenção Primária em Saúde.

Dimensão	Valor Dimensão	Subdimensão	Valor subdimensão	Número de Indicadores	Valor (número de indicadores)
Recursos físicos	2,5	Estrutura	0,6	3	0,2 (3)
		Insumos	1,7	15	0,1 (13) 0,2 (2)
		Facilitadores de adesão	0,2	2	0,1 (2)
Recursos humanos	3,0	Profissionais capacitados	3,0	5	0,7 (1) 0,5 (1) 0,8 (1) 0,6 (1) 0,4 (1)
Capacidade técnica	4,5	Diagnóstico	1,5	3	0,5 (3)
		Tratamento	2,2	8	0,3 (4) 0,2 (3) 0,4 (1)
		Alcance	0,8	8	0,1 (8)

Essa versão do instrumento foi enviada aos especialistas para nova avaliação, via correio eletrônico, para que concordassem ou não com os valores atribuídos às subdimensões

e indicadores, bem como com a redação final dos indicadores, a descrição da fonte de dados e os critérios/padrões de resposta. Ademais, havia um campo para que os especialistas registrassem novas sugestões, críticas e observações em relação ao instrumento. Todos os sete especialistas retornaram as avaliações.

A partir do retorno, foi realizada uma revisão de cunho qualitativo pela proponente da pesquisa e a professora orientadora em que foram discutidos todos indicadores em que pelo menos um especialista havia realizado alguma observação.

## 5.6 TESTE PILOTO

A fim de facilitar a organização do pesquisador na execução dessa etapa foi elaborado um roteiro de pesquisa de campo para a aplicação do instrumento nas unidades de saúde selecionadas (ANEXO IX).

As unidades de saúde USA e USB ficam localizadas na Gerência Distrital Leste e Nordeste, uma das gerências com maior incidência de casos de TB em Porto Alegre e que apresenta uma das maiores taxas de abandono de tratamento da cidade<sup>(5)</sup>. As duas unidades são estratégia de saúde da família e são compostas por equipes duplas de saúde.

Na ocasião das visitas nas unidades de saúde foi solicitado conhecer suas instalações e alguns insumos disponíveis, verificar o Livro de Sintomático Respiratório e o Livro de Acompanhamento dos Casos de TB assim como foi realizado uma entrevista com o coordenador da US. A partir dos nomes dos pacientes em tratamento registrados no Livro de Acompanhamento de Casos de TB, foi acessado o prontuário eletrônico do usuário via E-SUS. As informações sobre a investigação dos sintomáticos respiratórios e sobre os tratamentos dos pacientes em acompanhamento na unidade foram registradas nos anexos do roteiro de pesquisa de campo.

A primeira visita foi na USA. Essa ocorreu no mês de maio e foi previamente agendada. O tempo de duração da aplicação do instrumento foi de cerca de uma hora e trinta minutos e o processo transcorreu de forma tranquila. Houve duas interrupções no momento da entrevista em que a enfermeira foi solicitada para resolver questões relativas ao atendimento dos usuários.

No momento da visita, apesar de ser caracterizada por ser equipe dupla de saúde (dois médicos, duas enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem e oito agentes comunitários de saúde), durante a entrevista a enfermeira coordenadora relatou que a USA apresentava um quadro de recursos humanos composto por um médico, dois enfermeiros, quatro técnicos de

enfermagem, sete agentes comunitários de saúde e um agente de endemias o qual divide suas atividades com outra unidade de saúde. Essa equipe atende a uma população de cerca de 4.100 habitantes.

Em relação à aplicação do instrumento de avaliação da assistência na USA, na dimensão recursos físicos, dos vinte indicadores propostos, a unidade pontuou integralmente seis indicadores e três indicadores parcialmente resultando no alcance de 40% da nota máxima dessa dimensão, isto é 1.0 ponto. Em relação à dimensão recursos humanos, dos cinco indicadores propostos, quatro (80%) foram pontuados integralmente resultando em uma nota de 2.4 pontos. E 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 47,36% da nota máxima dessa dimensão.

Uma vez que quatro indicadores da dimensão capacidade técnica foram desconsiderados porque não tiveram condições de aplicação, para calcular o valor percentual (p) da dimensão capacidade técnica e ajustar a nota final (F), levou-se em consideração o valor da soma dos indicadores pontuados (A=1,8) dividido pelo valor da soma dos indicadores não aplicáveis (NA=0,7) subtraído do valor máximo da dimensão (D=4,5) que resultou na equação:

$$p = A / (D - NA)$$

$$p = 1,8 / (4,5 - 0,7)$$

$$p = 0,4746.$$

A nota final (F) da capacidade técnica ajustada foi a multiplicação de p (0,47) pelo valor máximo da dimensão (D), isto é 4,5 pontos, o que resultou em uma nota final de 2.1 pontos.

$$F = pD$$

$$F = 0,47 \times 4,5$$

$$F = 2,1.$$

A segunda visita foi à USB e teve duração de cerca de três horas e trinta minutos. Também foi previamente agendada e transcorreu de forma tranquila. O tempo de duração da visita foi maior que na USA, 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 de TB e revisão dos casos de TB da USB.

A USB atende a uma comunidade de cerca de 4.800 pessoas. Apesar de também ser caracterizada como equipe dupla, no momento da visita a equipe era composta de dois

enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, um médico e cinco agentes comunitários de saúde, segundo informações coletadas na entrevista.

A USB atingiu 69% da nota máxima da dimensão recursos físicos. A nota levou em consideração a pontuação integral de 11 indicadores, parcial de dois indicadores, quatro indicadores não pontuaram e três indicadores não foram passíveis de aplicação. Por haver presença de indicadores não aplicáveis, a nota final (F) foi ajustada para 1,73, segundo a mesma equação aplicada na USA:

$$p = A / (D - NA)$$

$$p = 1,45 / (2,5 - 0,4)$$

$$p = 0,69$$

$$F = pD$$

$$F = 0,69 \times 2,5$$

$$F = 1,73.$$

Já em relação à dimensão recursos humanos, a USB atingiu 36% da nota máxima, isto é, 1.1 ponto. Nessa categoria a unidade pontuou dois indicadores e não pontuou os outros três. Na dimensão capacidade técnica, a USB atingiu 25% da nota máxima por meio da pontuação de quatro indicadores integralmente, 11 não pontuaram e quatro não foram aplicáveis. Houve ajuste na nota final (F) dessa dimensão que resultou em 1.1 ponto.

O resultado da avaliação da assistência ao paciente com TB da USA e da USB pode ser visualizado na Tabela 1.

Tabela 1 - Resultado da avaliação da USA e USB a partir da aplicação do instrumento de avaliação da assistência ao paciente com tuberculose na Atenção Primária em Saúde.

<b>Dimensão</b>	<b>Nota máxima</b>	<b>Nota USA</b>	<b>Nota USB</b>
Recursos Físicos	2,5	1,0	1,1
Recursos Humanos	3,0	2,4	1,1
Capacidade Técnica	4,5	2,1	1,1
<b>Total</b>	<b>10,0</b>	<b>5,5</b>	<b>3,9</b>

Após a aplicação do teste piloto, verificou-se a necessidade de adaptação do instrumento de avaliação no que diz respeito a alguns indicadores, fonte de dados, critérios/padrão de resposta e julgamentos de valor.

O indicador número nove: “Disponibilidade de radiografia de tórax para pacientes

atendidos na APS em até sete dias no último quadrimestre” foi adequado para “Disponibilidade de radiografia de tórax para pacientes que necessitam de radiografia atendidos na APS em até sete dias no último quadrimestre” e a orientação/pergunta foi alterada para ao invés de “verificar data da coleta do escarro (início dos sintomas)” e comparar com “a data da realização da radiografia de tórax” foi adequado para “verificar data da consulta médica” e comparar com “a data da realização da radiografia de tórax”, pois é apenas o médico quem pode solicitar a radiografia de tórax.

No indicador 11: “Disponibilidade de livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios” o critério/padrão resposta foi alterado de “50% presença de Livro de Sintomáticos Respiratórios preenchido na unidade” para “50% presença de Livro de Sintomáticos Respiratórios preenchido na unidade de forma completa”.

Para os indicadores da dimensão recursos humanos 21, 22, 23, 24 e 25 foi incluído no critérios/padrão resposta “ter participado de capacitação técnica sobre TB nos últimos dois anos”. Percebeu-se que o indicador 25 somava automaticamente se algum dos outros indicadores dessa dimensão tivesse pontuado. Portanto, o critério /padrão de resposta foi modificado de “100% de participação de pelo menos um integrante da equipe nas capacitações da Secretaria Municipal da Saúde no último ano” para “100% de organização interna da US de pelo menos uma atividade de capacitação, discussão de manejo clínico e fluxos da TB no último ano”.

O indicador número 27: “Capacidade percentual de confirmação diagnóstica de TB nos sintomáticos respiratórios avaliados no último quadrimestre” que tinha como critério/padrão de resposta o cálculo “Número de casos confirmados dividido pelo número de sintomáticos avaliados” foi alterado para “número de casos confirmados entre os sintomáticos respiratórios dividido pelo número de sintomáticos respiratórios avaliados”. Também para esse indicador, a fonte de dados para verificação “Livro de Sintomáticos Respiratórios” foi acrescido da fonte “Observação no Livro de Sintomáticos Respiratórios e Livro de Acompanhamento de Casos de TB”.

O indicador 28: “Percentual de oferta de consulta médica em até 24 horas para início de tratamento em pacientes com confirmação laboratorial no último quadrimestre” foi alterado para “Percentual de oferta de consulta médica em até 24 horas para início de tratamento em pacientes com confirmação laboratorial identificados na US no último quadrimestre”. Frente a isso, o critério/padrão de resposta sofreu alteração de “100% de registro em prontuário de 100% de consultas médicas em até 24 horas para início de tratamento em pacientes com confirmação laboratorial no último quadrimestre” para “100%

de registro em prontuário de 100% de consultas médicas em até 24 horas para início de tratamento em pacientes com confirmação laboratorial no último quadrimestre com diagnóstico na US”.

O indicador 33: “Busca de faltosos” foi substituído por “Busca de faltosos no último quadrimestre”.

O indicador 42 foi alterado de “Percentual de pacientes que abandonaram o tratamento” para “Percentual de pacientes que abandonaram o tratamento no último ano”.

Em relação aos valores atribuídos aos indicadores, a partir percepção dos pesquisadores após o teste piloto, foi constatado que os indicadores 34 e 35 deveriam passar por ajustes de valoração tendo em vista sua relevância e fontes de verificação das respostas (entrevista). Frente a isso, os indicadores 34 e 35 passaram a ter peso 0,1, o indicador 37 passou para o valor de julgamento 0,3 e o indicador 38 passou a equivaler 0,2.

Ademais, 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. No entanto, 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 apresentação da situação NA, o valor desse indicador não aplicável 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, para ajuste da pontuação (p) foi levado em consideração o valor máximo da soma dos indicadores da dimensão (D), a soma dos valores dos indicadores não aplicáveis (NA) e a soma da nota dos indicadores aplicáveis (A) na equação:

$$P = A/(D-NA)$$

A nota final ajustada (F) será:

$$F = Pd.$$

O produto final após a realização do teste piloto resultou em um instrumento de avaliação da assistência ao paciente com TB na APS contendo as dimensões recursos físicos, recursos humanos e capacidade técnica. As subdimensões definidas foram: estrutura física, insumos e fatores facilitadores da adesão para a dimensão recursos físicos; profissionais capacitados para a dimensão recursos humanos; e diagnóstico, tratamento e alcance para a dimensão capacidade técnica; subdivididas em 44 indicadores.

O instrumento elaborado para a avaliação da assistência ao paciente com tuberculose na Atenção Primária a Saúde é o produto do Mestrado Profissional de Enfermagem.

Esse instrumento na sua totalidade resulta em uma nota máxima de dez pontos: a

dimensão recursos físicos, com três subdimensões e 20 indicadores, equivale a 2,5 pontos; a dimensão recursos humanos, com uma subdimensão e cinco indicadores, a 3,0 pontos; e a dimensão capacidade técnica, com três subdimensões e 19 indicadores, equivale 4,5 pontos (ANEXO XII).

## 6 DISCUSSÃO

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<sup>(39,40,42,45,49,52)</sup>. Apesar das possíveis vantagens da descentralização das ações de controle da TB para a APS, estudos<sup>(39-53)</sup> apontam algumas fragilidades encontradas pelos serviços de saúde nesse nível de atenção que podem prejudicar a operacionalização das atividades e assim dificultar esse processo.

O teste piloto do instrumento de avaliação da assistência ao paciente com TB revelou fragilidades em duas unidades de saúde da APS de um município que pretende reduzir a taxa de incidência de casos de TB. Pode ser mencionado principalmente 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: pessoas, parentes ou não, que coabitam com doentes de TB, o que também foi verificado nos resultados de outros estudos que avaliaram as ações de controle da TB<sup>(42,49,51)</sup>.

Em relação à estrutura física, os resultados do teste piloto apontaram para inadequações no que diz respeito aos critérios de biossegurança para atendimento de pacientes com doença de transmissão aérea. Os locais são pouco ventilados e com presença de basculantes dificultando a circulação do ar contaminado. Entretanto, sabe-se que essa situação não é exclusiva do município investigado e é também descrita em outros estudos<sup>(42,49)</sup>.

No que se refere à existência de potes para coleta de escarro e formulários para a solicitação de exames, verificou-se que as duas unidades apresentavam esses insumos, apesar da baixa busca de sintomáticos respiratórios e da não garantia dos exames de acompanhamento dos tratamentos, da mesma forma como ocorre em municípios do sudeste do Brasil<sup>(44,48)</sup>.

Quanto à oferta de medicamentos, nas duas unidades as responsáveis afirmaram que não há falta desses, apesar de não disporem do quantitativo mínimo de medicamentos para início de tratamentos novos. Fornecer os medicamentos e esclarecer dúvidas em relação à ingestão desses fortalece as relações interpessoais, contribuindo na construção do vínculo e facilitando a identificação das necessidades do paciente acerca do processo de adoecimento, o que influencia na adesão ou não ao tratamento<sup>(50)</sup>. A descentralização do tratamento da TB deve ser pautado no planejamento da distribuição dos medicamentos para as unidades de

saúde, pois melhora o desempenho das ações de controle da TB<sup>(53)</sup>.

No que diz respeito aos recursos humanos, o fato de as equipes de saúde estarem incompletas, principalmente em relação aos profissionais médicos, pode induzir os outros profissionais de saúde a preferirem que o atendimento médico seja realizado no centro de referência, a fim de reduzir a sobrecarga de trabalho; fato já revelado em outros cenários do país<sup>(40-42,49)</sup>.

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<sup>(5)</sup>. Tais circunstâncias podem refletir uma assistência fragmentada que causa prejuízos para a adesão ao tratamento da TB 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 no Brasil<sup>(40,43,44)</sup>.

Prova disso é a ausência de revisão dos livros de registro de sintomáticos respiratórios e acompanhamento dos casos de TB na USA e USB. Tal fato revela indícios de que os serviços da APS se apropriam das informações relativas à TB 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. Para Lopes<sup>(50)</sup>, a continuidade da informação diz respeito à qualidade dos registros em saúde, seu manuseio e disponibilização, de modo a favorecer o acúmulo de conhecimento sobre o paciente por parte da equipe de saúde. Sendo assim, a ausência desse conhecimento, que é dinâmico, dificulta a conduta terapêutica e desfavorece a avaliação da assistência ao paciente com TB na APS.

Em saúde, contudo, esse fato pode não estar associado apenas à quantidade de recursos humanos, mas, sobretudo à capacidade técnica dessas equipes, como já foi apontado por outros pesquisadores<sup>(41-44,52,53)</sup>. Foi possível perceber nas visitas às unidades de saúde a ausência de treinamentos recentes e a falta de profissionais qualificados e motivados, além de adequada supervisão das ações realizadas em relação à TB.

Todavia, uma vez considerados esses elementos, estudos<sup>(42,49,51)</sup> apontam que uma solução de baixa complexidade para a resolução de problemas como esse pode ser a criação de espaços de discussão *in loco*, com supervisões contínuas, a fim de identificar as falhas e dificuldades no processo para investir-se no aprimoramento das habilidades adquiridas.

A disposição de recursos humanos e recursos materiais suficientes e qualificados, nos momentos certos e nos lugares oportunos, constituem elementos decisivos da influência da estrutura dos serviços em relação à efetividade desses<sup>(41,52,53)</sup>.

Já a capacidade técnica diz respeito ao comprometimento e a responsabilidade dos profissionais da saúde em relação às demandas dos doentes e ao compromisso com um atendimento eficiente e de qualidade<sup>(40,52)</sup>. É preciso reconhecer a necessidade de capacitações dos membros das equipes de saúde<sup>(43-45)</sup>.

A capacitação torna-se 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)<sup>(40,43,44,51)</sup>.

O instrumento de avaliação da assistência ao paciente com TB na APS e as dimensões escolhidas para a avaliação ressaltam a necessidade de ampliar estratégias que envolvam a TB como um problema de saúde pública. Conforme já apontado por diferentes autores, no caso da TB no Brasil, 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<sup>(40,41,45,52)</sup>.

Revisando a literatura referente ao tema proposto por este estudo, apenas o artigo cubano assemelhou-se mais fortemente com os questionamentos realizados pela proponente dessa pesquisa: as ações de controle da TB são executadas de forma correta? E ainda, os recursos e a competência dos profissionais de saúde estão adequados para atender a esse agravo? A escassez da literatura nacional reforça a necessidade de elaboração de um instrumento de avaliação da assistência ao paciente com TB na APS que contemple características locais do município de Porto Alegre, bem como a lógica da descentralização do serviço para a APS.

Ademais, reveste de importância esse estudo o fato de que essa elaboração se deu acompanhada pela experiência prévia e pluralidade de formação profissional dos especialistas que contribuíram para a elaboração do instrumento avaliativo. Cada um deles, ao expor seu parecer em relação ao instrumento, conferiam diferentes olhares sobre o conteúdo de acordo com as atividades desempenhadas por cada um e as dificuldades encontradas por eles na prática cotidiana em cada nível assistencial em que transitavam.

A escolha de especialistas locais pode ser considerada uma limitação desse estudo, uma vez que seja capaz de imprimir um caráter mais regional. Entretanto, os especialistas escolhidos possuem vivência prática em APS e TB e por isso acredita-se que o instrumento

proposto possa ser aplicado também em outras realidades. De qualquer maneira, enfatiza-se que o instrumento atende a demanda atual de organização dos serviços de saúde da APS e, que com o passar do tempo, esse necessita de atualizações de acordo com os contextos de inserção dos programas de TB.

A partir do teste piloto do instrumento, os indicadores propostos demonstraram que é possível medir efetivamente o objeto de estudo baseando-se em dados disponíveis e de fácil acesso. A amostra, que foi determinada pelos pesquisadores por conveniência, demonstrou que a unidade sabidamente conhecida por ter práticas exitosas em TB e organização bem intencionada do cuidado na atenção aos casos de TB teve maior nota que a outra com indicadores insatisfatórios para esses critérios. Entretanto, ambas as notas refletem que ainda é muito frágil a organização das ações de controle da TB nessas unidades.

Além disso, o instrumento de avaliação mostrou-se uma ferramenta de capacitação *in loco*, tendo em vista que muitas dúvidas foram sanadas pela pesquisadora durante a realização da pesquisa de campo na USB. 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 conforme já destacado por outros autores<sup>(50,53)</sup>.

Durante a aplicação do teste piloto do instrumento na USA e USB foram percebidas e discutidas com os profissionais das unidades várias carências em relação à assistência ao paciente com TB na APS. A organização da atenção a esses pacientes mostrou-se fragmentada, resultante de um modo de trabalho parcelado. 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.

A aplicação do instrumento revelou que é possível alcançar novos objetivos e modos de agir para o Programa Municipal de Controle da TB. Tal fato se justifica uma vez que ações de avaliação e monitoramento podem trazer um outro sentido às práticas dos profissionais de saúde, motivados pelo desejo de redes de atenção integrais e transferência de cuidados efetiva.

Ademais, as visitas de monitoramento têm potencial para a produção de um serviço de suporte às equipes da APS, conforme também destacado em outros estudos de avaliação<sup>(47,51)</sup>. Tal fato ficou bastante evidenciado na visita à USB, e possibilita a aproximação da gestão com a assistência, para responder aos problemas de saúde do usuário buscando a cura como desfecho para o tratamento da TB.

Como contribuição para a implantação desse instrumento de avaliação pela gestão do município, sugere-se que o mesmo seja aplicado inicialmente a partir de um projeto piloto nas

unidades de saúde de uma gerência distrital. Sugere-se também capacitar os apoiadores institucionais dessa gerência para a aplicação do instrumento e para a avaliação e monitoramento das ações de controle da TB no território de forma sistematizada. Destaca-se também que futuramente esse instrumento possa ser aplicado em todas as unidades de saúde de Porto Alegre e, desta maneira, gerar um perfil da qualidade da assistência ao paciente com TB na APS permitindo uma avaliação global do município e também individual de cada US.

A avaliação e monitoramento das ações em saúde devem compreender alguma forma de continuidade, a fim de reconhecer problemas anteriores e novos<sup>(40,43,46)</sup>. Fica evidente que a busca pela avaliação da assistência ao paciente com TB na APS perpassa a necessidade de um instrumento de avaliação sistematizado que seja suficiente para subsidiar o redirecionamento das ações de saúde em direção à mudança do cenário epidemiológico local. Na medida em que é possível identificar lacunas na organização das ações de controle da TB e intervir positivamente nelas, em médio e longo prazo espera-se impactar os indicadores epidemiológicos de TB do município, reduzindo-se as taxas de abandono e aumentando os indicadores de cura do tratamento.

As informações geradas a partir de um instrumento de avaliação sistematizado poderão subsidiar o apoio à tomada de decisão pelos gestores sobre o cuidado de saúde dos usuários com TB. Além disso, esses dados ainda possibilitam a compreensão do uso de tecnologias e recursos disponíveis a esse nível de atenção e proporcionam uma análise contínua e prospectiva da evolução da rede de atenção ao paciente com TB, traçando cenários de alerta precoce de futuros problemas<sup>(41,46)</sup>.

São precisos esforços individuais da equipe e políticos municipais para que seja atingida a assistência ao paciente com TB na APS com qualidade. A divulgação de resultados como esse possibilita conhecimento da realidade local e, a partir dessa, identificar ações estratégicas de aprimoramento da assistência ao paciente com TB na APS.

## 7 CONCLUSÕES

O instrumento de avaliação da assistência ao paciente com TB na APS foi elaborado a partir de três dimensões: recursos físicos, recursos humanos e capacidade técnica e está subdividido em sete subdimensões e 44 indicadores.

Essa ferramenta apresentou viabilidade de aplicação e potencial para avaliar a organização dos serviços da APS no cuidado aos pacientes com TB. Além disso, os indicadores propostos demonstraram que são relevantes e capazes de identificar as fragilidades relacionadas à assistência ao paciente com TB na APS, apontando para o reconhecimento de questões limitantes e específicas de cada unidade de saúde relacionadas ao controle da TB e que podem influenciar os desfechos do tratamento.

Ressalta-se a importância deste tipo de estudo de validação de conteúdo, uma vez que esse pode produzir informações tanto para a melhoria das intervenções em saúde, como para o julgamento da efetividade das ações. A aplicação do instrumento possibilitou o conhecimento da realidade individual de duas unidades de saúde, podendo ser utilizado para o monitoramento da assistência, bem como um instrumento de gestão a partir da identificação de estratégias de melhorias da assistência do paciente com TB na APS.

Em conclusão, os serviços da APS apresentam fragilidades em relação às ações de controle da TB. Sendo assim, faz-se necessário uma visão mais ampliada da gestão em relação ao processo saúde-doença e também ao próprio serviço de saúde, o que requer a incorporação de tecnologias de avaliação e monitoramento.

A aplicação do instrumento resulta em uma nota máxima de dez pontos distribuída entre os indicadores. O fato de o instrumento gerar uma nota pode facilitar a compreensão dos gestores nos diferentes níveis de atenção a explorarem o potencial de atuação de cada serviço em consonância com os recursos (físicos e humanos) e capacidade técnica disponíveis.

É necessária a qualificação dos serviços da APS, caracterizados como porta de entrada para o sistema, para atender às diretrizes da política nacional que preconiza o controle da doença. Superar as deficiências quanto ao desempenho desses serviços no controle da TB requer que atores-chave dos espaços da assistência e da gestão se envolvam e se articulem para combater a fragmentação do cuidado existente.

## 8 REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
2. World Health Organization. Global tuberculosis report 2017 [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [acesso 2018 maio 01]. Disponível em <[http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/Main Text\\_13Nov2017.pdf](http://www.who.int/tb/publications/global_report/Main_Text_13Nov2017.pdf)>.
3. World Health Organization . Global tuberculosis report 2016 [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [acesso 2018 maio 01. Disponível em: <[http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en)>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
5. Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Relatório Anual de Gestão, 2016 [Internet]. Porto Alegre: Secretaria da Saúde; 2016 [acesso 2018 maio 01. Disponível em: <[http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/rag\\_final\\_2016.pdf](http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag_final_2016.pdf)>.
6. Porto Alegre. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Informe epidemiológico: tuberculose, 2017 [Internet]. Porto Alegre: Centro Estadual de Vigilância em Saúde; 2017 [acesso 2018 abr. 02. Disponível em: <<http://www.cevs.rs.gov.br/a-tuberculose-no-rio-grande-do-sul>>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Situação Epidemiológica da Tuberculose no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso 2018 maio 02]. Disponível em: <<http://blogdatuberculose.blogspot.com.br/p/acervo.html>>.
8. Porto Alegre. Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. Plano Municipal da Saúde 2018-2021 [Internet]. Porto Alegre: Secretaria da Saúde; 2018 [acesso 2018 maio 02]. Disponível em: <[http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/plano\\_municipal\\_de\\_saude\\_-\\_pms\\_2018-2021\\_-\\_revisado\\_em\\_16\\_01\\_18.pdf](http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_de_saude_-_pms_2018-2021_-_revisado_em_16_01_18.pdf)>.
9. Organização Pan-Americana da Saúde. O apoio à implementação da Estratégia de Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) para o combate à Tuberculose [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010 [acesso 2018 jun. 10]. Disponível em: <[file:///C:/Users/danielaw/Downloads/Serie\\_Boas\\_Praticas\\_Vol\\_04.pdf](file:///C:/Users/danielaw/Downloads/Serie_Boas_Praticas_Vol_04.pdf)>.
10. 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.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação em Saúde. Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
12. Maciel EL, Reis BS. Determinants of tuberculosis in Brazil: from conceptual framework to practical application. *Rev Panam Salud Publica*. 2015 Jul; 38(1): 28-34.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 Rio Grande do Sul: índice de desenvolvimento humano [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso 2018 maio 10]. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=431490&idtema=118&search=rio-grande-do-sul|porto-alegre|C3%8Dndice-de-desenvolvimento-humano-municipal-idhm>>.
14. Peruhype RC, Acosta LMW, Ruffino-Netto A, Oliveira MMC, Palha PF. Distribuição da tuberculose em Porto Alegre: análise da magnitude e coinfeção tuberculose-HIV. *Rev Esc Enferm USP*. 2014 Dez; 48(6): 1035-43.
15. Porto Alegre. Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. Relatório Anual de Gestão 2015 [Internet]. Porto Alegre: Secretaria da Saúde; 2015 [acesso 2018 mar. 10]. Disponível em: <[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/rag\\_2015.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag_2015.pdf)>.
16. Porto Alegre. Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. Plano Municipal da Saúde 2018-2021 [Internet]. Porto Alegre: Secretaria da Saúde; 2017 [acesso 2018 aio 02]. Disponível em: <[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/plano\\_municipal\\_de\\_saude\\_-\\_pms\\_2018-2021\\_-\\_revisado\\_em\\_16\\_01\\_18.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_de_saude_-_pms_2018-2021_-_revisado_em_16_01_18.pdf)>.
17. Rocha MS, Oliveira GP, Aguiar FP, Saraceni V, Pinheiro RS. Do que morrem os pacientes com tuberculose: causas múltiplas de morte de uma coorte de casos notificados e uma proposta de investigação de causas presumíveis. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(4).
18. Guimarães MCL, coordenador. Indicadores para avaliar a gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: um modelo em construção. Salvador: Núcleo de Estudos e Pesquisas em Assistência Farmacêutica, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal da Bahia; 2007.
19. Chiavenato I. Introdução à teoria geral da administração. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
20. Hartz ZMA, Prefácio. In: Santos EM, Cruz MM. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p 11-14.
21. Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: EDUSP/OPS; 2004.

22. Nirenberg O, Brawerman J, Ruiz V. *Evaluar para la transformación: innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales*. Buenos Aires: Paidós; 2007.
23. Pimenta-Júnior FG, Sabroza PC. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar o programa de controle da dengue no âmbito municipal. In: Santos EM, Cruz MM. *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p 33-60.
24. Tobar F, Yalour MR. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
26. Antes DL, Bernardo CO, Claas BM. Seis etapas para avaliação eficaz de programas. *Saúde Transform. Soc.* 2013; 4(4): 09-13.
27. Sousa MGG, Santos EM, Frias PG. Avaliação do grau de implementação do projeto nascer – maternidade relaciona à sífilis congênita em Pernambuco. In: Santos EM, Cruz MM. *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 61-94.
28. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(5): 2297-305.
29. Maciel MDS, Mendes PD, Gomes AP, Batista RS. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2013; 10(3): 226-30.
30. Oliveira LGD, Natal S. Avaliação da implantação do programa de controle da tuberculose e sua integração com o programa médico de família: estudo de caso em Niterói (RJ). In: Santos EM, Cruz MM *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 161-80.
31. Center for Disease Control. *Framework for Program Evaluation in Public Health*. Atlanta (US): MMWR; 1999.
32. Oliveira LGD, Natal S, Felisberto E, Alves CKA, Santos EM. Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010 Jun; 15: 997-1008.
33. Coelho AA, Martiniano CS, Brito EWG, Negrão OGC, Arcênio RA, Uchoa SAC. Tuberculosis care: an evaluability study. *Rev Latino-Am Enferm*. 2014; 22(5): 792-800.
34. Scatena LM, Wysocki AD, Beraldo AA, Magnabosco GT, Brunello MEF, Ruffino-Netto A, et al. Validação e confiabilidade: instrumento para avaliação de serviços que tratam tuberculose. *Rev Saúde Pública*. 2015; 49: 7.

35. Heufemann NEC, Gonçalves MJF, Garnello ML. Avaliação do programa de controle da tuberculose em cenário Amazônico: desafios em Coari. *Acta Amaz.* 2013; 43(1): 33-42.
36. Pasqualli L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Rio de Janeiro: Vozes; 2013.
37. Souza ACS, Alexandre NMC, Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017 Jul-Set; 26(3): 649-59.
38. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2012.
39. 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 Mar [acesso 2018 jun. 20]; 41(spe): 242-58. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000500242&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500242&lng=en)>.
40. 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 Mar [acesso 2018 jun. 20]; 20(1): 161-75. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2017000100161&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000100161&lng=en)>.
41. 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 2018 mar. 10]; 10(6): 111-8. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11250/12864>>.
42. Lopes LMG, Vieira NF, Lana FCF. Análise dos atributos da atenção primária à saúde na atenção à tuberculose no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev Enferm Cent O Min* [Internet]. 2015 [acesso 2018 jun. 10]; 5(2): 1684-703. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/678/870>>.
43. 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 [acesso 2018 jun. 20]; 37(2): 167-74. Disponível em: <[http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/25232/pdf\\_86](http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/25232/pdf_86)>.
44. Scatena LM, Wysocki AD, Beraldo AA, Magnabosco GT, Brunello MEF, Ruffino-Netto A, et al. Validity and reliability of a health care service evaluation instrument for tuberculosis. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2015 [acesso 2018 jun. 20]; 49:7. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102015000100213&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100213&lng=en)>. Epub Feb 27, 2015>.

45. 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 Dez [acesso 2018 jun. 29]; 48(6): 1044-53. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342014000601044&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342014000601044&lng=en)>.
46. Balderrama P, Vendramini SF, Santos ML SG, Ponce MAZ, Oliveira IC, Villa TCS, et al. Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose: avaliação da estrutura dos serviços. *Rev Eletronica Enferm*. 2014 jul-set; 163:511-9.
47. Duarte GS, Toledano GPY, Lafargue MD, Campo ME, Cuba GM. Calidad de la ejecución del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en el Policlínico Universitario José Martí. *Medisan* [Internet]. 2013 [acesso 2018 jun. 10]; 17(5): 828-37. Disponível em: <[http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013000500011&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000500011&lng=es)>.
48. Andrade RLP, 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 Dez. [acesso 2018 Jun. 29]; 47(6): 1149-58. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000601149&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601149&lng=en)>.
49. 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 Abr [acesso 2018 jun. 10]; 20(2): 177-87. Disponível em: <[http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012\\_2/artigos/csc\\_v20n2\\_177-187.pdf](http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_177-187.pdf)>.
50. 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 Saude Colet* [Internet]. 2012 [acesso 2018 jun. 10]; 20(2): 203-10. Disponível em: <[http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012\\_2/artigos/csc\\_v20n2\\_203-210.pdf](http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_203-210.pdf)>.
51. 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. *Saude Soc* [Internet]. 2010 Dez [acesso 2018 jun. 29]; 19(4): 794-802. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000400007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400007&lng=en)>.
52. 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 2018 jun. 10]; 34(2): 227-39. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n2/a1794.pdf>>.
53. Figueiredo TMRM, Villa TCS, Scatena LM, Gonzales RIC, Rufino-Netto A, Nogueira JA, Oliveira AR, Almeida SA. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2009 [acesso 2018 jun. 10]; 43(5): 825-31. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000500011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000500011)>.

## ANEXO I – Convite à Participação



Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre  
 Programa de Pós Graduação em Enfermagem  
 Mestrado Profissional  
 Rua Sarmento Leite, 245 - Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil - CEP 90050-170  
 Fone +55 (51) 3303-9000

### Convite à participação

Tendo em vista a relevância da tuberculose (TB) como emergência em saúde pública e o não alcance das metas de controle desse agravo em Porto Alegre, faz-se necessário agir em linhas específicas de gerenciamento de serviços. Os indicadores epidemiológicos de morbimortalidade não têm sido suficientes para estabelecer uma interpretação da real situação das ações de controle da TB no município, pois podem levar mais de um ano para serem calculados e refletirem as ações desenvolvidas.

Você está recebendo esse convite porque foi considerado pelos proponentes dessa pesquisa um especialista na área de TB, de Atenção Primária em Saúde (APS) ou área afim (HIV/ Gestão de Serviços de Saúde) e sua opinião é muito importante para essa pesquisa. Sendo assim, o presente estudo tem por objetivo realizar a validação de conteúdo de um instrumento de avaliação da assistência ao paciente com TB na APS, principal porta de entrada do sistema de saúde, que permita identificar as características da assistência que influenciam nos desfechos do tratamento.

A sua participação consistirá em preencher duas planilhas que receberá por e-mail e retornará também por e-mail às pesquisadoras. Uma das planilhas já está nos anexos dessa mensagem e outra será enviada posteriormente. A primeira planilha contém as dimensões, subdimensões e indicadores de uma proposta de instrumento avaliativo das ações de controle da TB na APS. Você deverá pontuar cada item de acordo com sua opinião (1= não importante, 2=pouco importante, 3=moderadamente importante, 4=muito importante, 5=extremamente importante). Num segundo momento, receberá uma nova planilha em que será solicitado a novamente atribuir valores para cada dimensão, subdimensão e indicador.

Devido ao cumprimento de prazos e dinamismo do processo, solicita-se que as respostas sejam enviadas às pesquisadoras com o prazo de vinte dias corridos. Em cada uma das etapas serão apresentadas as porcentagens de concordância entre os especialistas, respeitando o anonimato dos participantes.

Em caso de dúvidas estamos disponíveis para esclarecimentos por e-mail ou telefone.

Além disso, pedimos que assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e retorne por e-mail. Desde já agradecemos pela participação.

Atenciosamente,

Professora Doutora Carine Raque Blatt  
 UFCSA

Enfermeira Mestranda Daniela Wilhelm  
 UFCSA

Contato: R. Sarmento Leite, 245 - Centro Histórico, Porto Alegre - RS, 90050-170  
 E-mail: [daniela.wilhelm@yahoo.com.br](mailto:daniela.wilhelm@yahoo.com.br); [carine.blatt@gmail.com](mailto:carine.blatt@gmail.com)  
 Telefone: (51) 99635-2937 (51) 98333800

## ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para especialistas



Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre  
 Programa de Pós Graduação em Enfermagem  
 Mestrado Profissional  
 Rua Sarmento Leite, 245 - Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil - CEP 90050-170  
 Fone +55 (51) 3303-9000

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico do Mestrado Profissional de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, intitulada: “Validação de conteúdo de um instrumento de avaliação da assistência ao paciente com tuberculose na Atenção Primária em Saúde”, que tem como objetivo principal realizar a validação de conteúdo de um instrumento de avaliação da assistência ao paciente com tuberculose (TB) na Atenção Primária em Saúde (APS). O tema escolhido se justifica pela importância de ser necessário agir em linhas específicas de avaliação e monitoramento e criar indicadores, além daqueles de morbimortalidade, que possam refletir de forma mais rápida as ações de controle da TB desenvolvidas no território.

O trabalho está sendo realizado pela Enfermeira Mestranda Daniela Wilhelm e sob a supervisão e orientação da Professora Doutora Carine Raquel Blatt.

Para alcançar os objetivos do estudo a sua participação consistirá em preencher duas planilhas que receberá por e-mail e retornará também por e-mail às pesquisadoras. A primeira planilha contém as dimensões, subdimensões e indicadores de uma proposta de instrumento avaliativo das ações de controle da TB na APS. Você deverá pontuar cada item (para a mensuração da importância) de acordo com sua opinião (1= não importante, 2=pouco importante, 3=moderadamente importante, 4=muito importante, 5=extremamente importante). Num segundo momento, receberá uma nova planilha em que será solicitado a novamente atribuir valores para cada dimensão, subdimensão e indicador.

Os riscos de sua participação são mínimos, e podem estar relacionados ao tempo que você irá dedicar ao preenchimento dos dados. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo garantido o total sigilo e confidencialidade por meio da assinatura deste termo.

Os benefícios da pesquisa são indiretos e estão relacionados a elaboração de uma modelo de monitoramento da atenção ao paciente com tuberculose na APS.

Os proponentes se responsabilizam pelos danos que eventualmente podem ser causados aos entrevistados e que estejam comprovadamente relacionados a sua participação nesta pesquisa.

Eu \_\_\_\_\_ recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;

De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para minha atuação profissional;

Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão

utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;

Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Daniela Wilhelm, telefone (51) 996352937 ou pelo e-mail: daniela.wilhelm@yahoo.com.br.

Também que, se houver dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre para obter maiores informações pelo telefone (51) 3303-8804 e pelo respectivo endereço, Rua Sarmento Leite, 245, Porto Alegre-RS.

Declaro que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Professora Doutora Carine Raque Blatt  
UFCSPA

---

Enfermeira Daniela Wilhelm  
UFCSPA

---

Assinatura do participante/profissional  
Especialistas

### ANEXO III – Cadastro de Especialista



Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre  
Programa de Pós Graduação em Enfermagem  
Mestrado Profissional  
Rua Sarmento Leite, 245 - Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil - CEP  
90050-170 Fone +55 (51) 3303-9000

#### Cadastro do Especialista

Item	Preencher os campos de acordo com seus dados pessoais
1. Data de nascimento	
2. Profissão	
3. Ano em que se graduou	
4. Realizou Pós-Graduação? ( ) SIM ( ) NÃO Se assinalou "SIM" responda aos itens "a", "b" e "c". Se assinalou "NÃO" avance para o Item 5. a) Nível de Pós-Graduação: ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado b) Área em que realizou Pós-Graduação:..... c) Ano em que terminou a Pós-Graduação:.....	
5. Instituição em que trabalha	
6. Tempo (em anos) na Instituição	
7. Cargo na Instituição	
8. Tempo (em anos) de atuação em tuberculose	
9. Tempo (em anos) de atuação em área de a) ( ) Gestão de Serviços de Saúde b) ( ) Atenção Primária em Saúde c) ( ) HIV	
10. Realiza pesquisa na área de tuberculose? Qual enfoque da pesquisa? _____	( ) SIM ( ) NÃO

## ANEXO IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais das Unidades de Saúde



Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre  
Programa de Pós Graduação em Enfermagem  
Mestrado Profissional  
Rua Sarmiento Leite, 245 - Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil - CEP 90050-170  
Fone +55 (51) 3303-9000

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico do Mestrado Profissional de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, intitulada: “Validação de conteúdo de um instrumento de avaliação da assistência ao paciente com tuberculose na Atenção Primária em Saúde”, que tem como objetivo principal realizar a validação de conteúdo de um instrumento de avaliação da assistência ao paciente com tuberculose (TB) na Atenção Primária em Saúde (APS).

O tema escolhido se justifica pela importância de ser necessário agir em linhas específicas de avaliação e monitoramento e criar indicadores, além daqueles de morbimortalidade, que possam refletir de forma mais rápida as ações de controle da TB desenvolvidas no território.

O trabalho está sendo realizado pela Enfermeira Mestranda Daniela Wilhelm e sob a supervisão e orientação da Professora Doutora Carine Raquel Blatt.

Para alcançar os objetivos do estudo a sua participação consistirá em fornecer informações sobre as ações de controle da tuberculose da unidade de saúde em que trabalha com base em indicadores definidos por especialistas em um instrumento de avaliação das ações de controle da TB na APS.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/2012).

Os riscos de sua participação são mínimos, e podem estar relacionados ao tempo que você irá dedicar ao preenchimento dos dados. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo garantido o total sigilo e confidencialidade por meio da assinatura deste termo.

Os benefícios da pesquisa são indiretos e estão relacionados a elaboração de uma modelo de monitoramento da atenção ao paciente com tuberculose na APS.

Os proponentes se responsabilizam pelos danos que eventualmente podem ser causados aos entrevistados e que estejam comprovadamente relacionados a sua participação nesta pesquisa.

Eu \_\_\_\_\_ recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;

De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para minha atuação profissional;

Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;

Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Daniela Wilhelm, telefone 3289-2869, e-mail: daniela.wilhelm@yahoo.com.br e endereço Rua Sarmento Leite, 245 - Centro Histórico, Porto Alegre - RS, 90050-170.

Também que, se houver dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre para obter maiores informações pelo telefone (51) 3303-8804 e pelo respectivo endereço, Rua Sarmento Leite, 245, Porto Alegre-RS.

Declaro que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Professora Doutora Carine Raque Blatt  
UFCSPA

---

Enfermeira Daniela Wilhelm  
UFCSPA

---

Assinatura do participante/profissional

## ANEXO V – Instrumento 1

Quadro 6 – Instrumento de avaliação da assistência ao paciente com tuberculose na Atenção Primária a Saúde (versão 1)

Dimensão	Subdimensão	Indicador	Fonte de dados	Critério/Padrão de Resposta
Recursos Físicos	Estrutura Física	Disponibilidade de local para coleta de escarro	Observação	Satisfatório para adequação conforme Manual de Recomendações para Projetos de Arquitetura de Ambientes de Tratamento da TB
		Disponibilidade de sala para atendimento de enfermagem	Observação	Satisfatório para adequação conforme Manual de Recomendações para Projetos de Arquitetura de Ambientes de Tratamento da TB
		Disponibilidade de consultório médico para atendimento	Observação	Satisfatório para adequação conforme Manual de Recomendações para Projetos de Arquitetura de Ambientes de Tratamento da TB
	Insumos	Disponibilidade de fluxos para atendimento de pacientes Sintomáticos Respiratórios	Entrevista e observação	Satisfatório para disponibilidade de documento impresso ou digital.
		Disponibilidade de pote para coleta de escarro	Entrevista e observação	Satisfatório para disponibilidade de, no mínimo, de três potes.
		Disponibilidade de pedido de exame de escarro	Entrevista e observação	Satisfatório para disponibilidade de, no mínimo, três requisições.
		Disponibilidade de geladeira exclusiva para acondicionamento das amostras	Entrevista e observação	Satisfatório para disponibilidade de geladeira exclusiva para acondicionamento das amostras
		Disponibilidade de transporte para encaminhamento das amostras para o laboratório	Entrevista e informação da gestão da SMS	Satisfatório para quando a unidade fizer parte da rota de transporte de amostras da SMS para o laboratório.
		Disponibilidade de resultado de radiografia de tórax em até sete dias	Entrevista e informação da gestão da SMS	Satisfatório para disponibilidade de resultado de radiografia de tórax em até sete dias
		Recebimento dos resultados de exames de escarro na própria unidade de saúde em até 48 horas.	Entrevista	Satisfatório para recebimento dos resultados de exames de escarro na própria unidade de saúde.
		Disponibilidade de Livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios	Observação	Satisfatório para presença do livro preenchido na Unidade.
		Disponibilidade de ficha de notificação no SINAN	Entrevista observação	Satisfatório para disponibilidade de, no mínimo, uma ficha.
		Disponibilidade de livro de acompanhamento de casos de TB	Observação	Satisfatório para disponibilidade do livro adequadamente preenchido na Unidade
		Disponibilidade de teste rápido para HIV	Entrevista e observação	Satisfatório para disponibilidade de, no mínimo, dois testes em data de validade.
		Acesso a realização de exames laboratoriais	Entrevista	Satisfatório para disponibilidade de referência laboratorial para outros materiais (que não escarro).
Acesso para realização da prova tuberculínica	Entrevista	Satisfatório para quando há referência para realização da prova tuberculínica.		
Disponibilidade de fichas de acompanhamento do Tratamento	Entrevista e observação	Satisfatório para disponibilidade de, no mínimo, uma ficha impressa.		

Dimensão	Subdimensão	Indicador	Fonte de dados	Critério/Padrão de Resposta
		Diretamente Observado		
		Disponibilidade de medicamentos para tratamento da TB	Entrevista observação	Satisfatório para disponibilidade de, no mínimo, 60 comprimidos de RHZE e 60 comprimidos de RH em data de validade.
	Fatores facilitadores de adesão	Disponibilidade de lanche para Tratamento Diretamente Observado	Entrevista e observação	Satisfatório para disponibilidade de lanches oferecidos pela SMS.
		Disponibilidade de vale transporte	Entrevista e observação	Satisfatório para disponibilidade de vale transporte oferecidos pela SMS.
Recursos humanos	Profissionais capacitados	Presença de enfermeiro envolvido com as questões da TB	Entrevista	Satisfatório para presença de enfermeiro que participou de capacitação técnica sobre TB
		Presença de auxiliar/técnico de enfermagem envolvido com as questões de TB	Entrevista	Satisfatório para presença de auxiliar/técnico de enfermagem que participou de capacitação técnica sobre TB
		Presença de médico envolvido com as questões da TB	Entrevista	Satisfatório para presença de médico que participou de capacitação técnica sobre TB
		Presença de Agente Comunitário de Saúde ou Agente de Combate a Endemias envolvido com as questões da TB	Entrevista	Satisfatório para presença de Agente Comunitário de Saúde ou Agente de Combate a Endemias que participou de capacitação técnica sobre TB
		Presença de outros profissionais envolvidos com as questões da TB	Entrevista	Satisfatório para presença de outros profissionais que participaram de capacitação técnica sobre TB
		Realização de discussão técnica em serviço sobre TB no último ano	Entrevista e registros da Unidade de Saúde	Satisfatório para realização de uma reunião em serviço sobre manejo da TB
Capacidade técnica	Diagnóstico	Capacidade (%) de avaliação de Sintomáticos Respiratórios no último quadrimestre	Livro de sintomáticos respiratórios	Satisfatório para quando unidade atingir 80% ou mais de sintomáticos respiratórios avaliados (Número de sintomáticos respiratórios avaliados/ Número de sintomáticos respiratórios registrados).
		Capacidade de avaliação (%) de Sintomáticos Respiratórios com confirmação diagnóstica de TB no último quadrimestre	Livro de sintomáticos respiratórios	Satisfatório para quando a unidade atingir mais do que 4% de sintomáticos respiratórios avaliados com diagnóstico de TB confirmado (Número de casos confirmados/ Número de sintomáticos respiratórios avaliados).
		Oferta de consulta médica (%) em 24 horas para início de tratamento em pacientes com confirmação laboratorial no último quadrimestre.	Entrevista e prontuário	Satisfatório para registro em prontuário de 100% de consultas médicas em até 24 horas para início de tratamento em pacientes com confirmação laboratorial no último quadrimestre (Número de consultas médicas oferecidas em 24 horas/Número total de casos de TB com confirmação laboratorial) no último quadrimestre.
	Tratamento	Capacidade (%) de notificação de casos no SINAN no último quadrimestre	Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB e SINAN/CGVS	Satisfatório para 80% de casos notificados no SINAN (Número de casos registrados no SINAN/Número de casos registrados no Livro de Registro e acompanhamento)
		Oferta de consulta médica (%) em 24 horas para manejo de parafeitos no último quadrimestre	Entrevista e prontuário	Satisfatório para registro em prontuário de 100% de consultas médicas em até 24 horas para manejo de parafeitos no último quadrimestre (Número de consultas médicas oferecidas em 24 horas para manejo de parafeitos/Número total de casos de TB com parafeitos) no último quadrimestre.
		Realização de controle de exame de escarro	Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	Satisfatório para 80% de preenchimento de baciloscopia de acompanhamento no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB.

<b>Dimensão</b>	<b>Subdimensão</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fonte de dados</b>	<b>Critério/Padrão de Resposta</b>
		Realização de Tratamento Diretamente Observado	Entrevista	Satisfatório para 80% de realização de tratamento diretamente observado.
		Busca de faltosos	Entrevista e prontuário	Satisfatório para realização de, no mínimo, dois contatos registrados em prontuário para busca do faltoso em consulta médica.
		Presença de articulação com outros níveis de atenção na vigência de coinfeção TB/HIV	Entrevista e prontuário	Satisfatório se os profissionais da unidade conseguem agendar consultas e procedimentos em outros níveis de atenção.
		Presença de articulação com outros níveis de atenção quando há complicações no tratamento	Entrevista e prontuário	Satisfatório se os profissionais da unidade conseguem agendar consultas e procedimentos em outros níveis de atenção.
		Presença de discussões de casos de TB atendidos pela equipe no serviço	Entrevista e prontuário	Satisfatório quando são realizadas discussões sobre os planos terapêuticos dos pacientes com TB nas reuniões da unidade.
	Alcance	Capacidade (%) de avaliação de contatos	Observação no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	Satisfatório quando atingir 80% de contatos avaliados (Número de contatos avaliados/Número de contatos identificados).
		Capacidade (%) de testagem anti-HIV em casos de TB	Observação no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	Satisfatório quando atingir 80% de casos testados para o HIV (Número de casos que realizaram teste HIV/Número de casos totais de TB) no último quadrimestre.
		Capacidade (%) de realização de cultura em casos de retratamento	Observação no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	Satisfatório quando atingir 100% de realização de cultura em retratamentos (Número de casos de retratamento que realizaram cultura/Número de casos de retratamento) no último quadrimestre.
		Capacidade (%) de realização de Tratamento Diretamente Observado	Entrevista	Satisfatório quando atingir 80% de realização de tratamento diretamente observado (Número de casos em tratamento diretamente observado /Número de casos de TB) no último quadrimestre.
		Capacidade (%) de cura de casos novos	Observação no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	Satisfatório quando atingir 85% de cura em casos novos de TB (Número de casos novos curados/Número total de casos novos) no último ano.
		Percentual de pacientes que abandonaram o tratamento	Observação no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	Satisfatório quando atingir valor inferior a 5% de abandono em casos novos de TB (Número de casos que abandonaram/Número total de casos) no último quadrimestre.
		Capacidade (%) de retratamento de casos faltosos da própria Unidade de Saúde	Observação no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	Satisfatório quando 80% dos casos da unidade que tiveram desfecho abandono retomarem o tratamento na própria Unidade (número de casos que retomaram o tratamento/Número de casos em abandono) no último quadrimestre.
		Capacidade (%) de encerramento de casos	Observação no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	Satisfatório quando atingir 100% de casos encerrados no último ano (Número de casos encerrados/Número de casos sem informação)

Observação: instrumento elaborado pelas autoras a partir da revisão de literatura.

## ANEXO VI – Análise da consistência interna

Tabela 2 - Valor médio atribuído pelos especialistas para análise da pertinência e relevância dos indicadores propostos no instrumento de avaliação da assistência do paciente com tuberculose na Atenção Primária em Saúde e cálculo do coeficiente Alfa Cronbach para análise da consistência interna

Indicador	Valor médio atribuído pelo especialista	$\alpha$
1. Disponibilidade de local para coleta de escarro	3,28	0,80
2. Disponibilidade de sala para atendimento de enfermagem	3,85	0,81
3. Disponibilidade de consultório médico para atendimento	4,14	0,80
4. Disponibilidade de fluxos para atendimento de pacientes Sintomáticos Respiratórios	4,71	0,79
5. Disponibilidade de pote para coleta de escarro	4,71	0,78
6. Disponibilidade de pedido de exame de escarro	4,57	0,77
7. Disponibilidade de geladeira exclusiva para acondicionamento das amostras	3,42	0,81
8. Disponibilidade de transporte para encaminhamento das amostras para o laboratório	4,42	0,79
9. Disponibilidade de resultado de radiografia de tórax em até sete dias	5,00	0,80
10. Recebimento dos resultados de exames de escarro na própria unidade de saúde em até 48 horas.	4,57	0,79
11. Disponibilidade de Livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios	3,85	0,77
12. Disponibilidade de ficha de notificação no SINAN	4,57	0,77
13. Disponibilidade de Livro de acompanhamento de casos de tuberculose	3,85	0,77
14. Disponibilidade de teste rápido para HIV	4,14	0,80
15. Acesso à realização de exames laboratoriais	3,85	0,80
16. Acesso para realização da prova tuberculínica	3,85	0,81
17. Disponibilidade de fichas de acompanhamento do Tratamento Diretamente Observado	3,42	0,78
18. Disponibilidade de medicamentos para tratamento da tuberculose	5,00	0,80
19. Disponibilidade de lanche para Tratamento Diretamente Observado	4,42	0,81
20. Disponibilidade de vale transporte	4,51	0,80
21. Presença de enfermeiro envolvido com as questões da tuberculose	5,00	0,80
22. Presença de auxiliar/técnico de enfermagem envolvido com as questões de tuberculose	4,57	0,80
23. Presença de médico envolvido com as questões da tuberculose	5,00	0,80
24. Presença de Agente Comunitário de Saúde ou Agente de Combate a Endemias envolvido com as questões da tuberculose	5,00	0,80
25. Presença de outros profissionais envolvidos com as questões da tuberculose	4,42	0,80
26. Realização de discussão técnica em serviço sobre tuberculose no último ano	4,42	0,78

27. Capacidade em percentual de avaliação de Sintomáticos Respiratórios no último quadrimestre	4,57	0,80
28. Capacidade de avaliação em percentual de Sintomáticos Respiratórios com confirmação diagnóstica de tuberculose no último quadrimestre	4,28	0,80
29. Oferta de consulta médica em percentual em 24 horas para início de tratamento em pacientes com confirmação laboratorial no último quadrimestre.	4,28	0,77
30. Capacidade em percentual de notificação de casos no SINAN no último quadrimestre	4,14	0,77
31. Oferta de consulta médica em percentual em 24 horas para manejo de parafeitos no último quadrimestre	4,28	0,78
32. Realização de controle de exame de escarro	4,42	0,78
33. Realização de tratamento diretamente observado	4,57	0,81
34. Busca de faltosos	5,00	0,80
35. Presença de articulação com outros níveis de atenção na vigência de coinfeção tuberculose e HIV	4,28	0,80
36. Presença de articulação com outros níveis de atenção quando há complicações no tratamento	4,71	0,78
37. Presença de discussões de casos de tuberculose atendidos pela equipe no serviço	4,42	0,77
38. Capacidade em percentual de avaliação de contatos	4,42	0,78
39. Capacidade em percentual de testagem anti-HIV em casos de TB	4,28	0,80
40. Capacidade em percentual de realização de cultura em casos de retratamento	4,42	0,79
41. Capacidade em percentual de realização de tratamento diretamente observado	4,42	0,80
42. Capacidade em percentual de cura de casos novos	4,7	0,80
43. Percentual de pacientes que abandonaram o tratamento	5,00	0,80
44. Capacidade em percentual de retratamento de casos faltosos da própria Unidade de Saúde	4,28	0,79
45. Capacidade em percentual de encerramento de casos	4,42	0,78

Legenda:  $\alpha$  – Coeficiente de Alfa Cronbach.

## ANEXO VII – Instrumento 2

Quadro 7 – Instrumento de avaliação da assistência ao paciente com tuberculose na Atenção Primária a Saúde (versão 2)

Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Pontuação Sugerida	Concordo (1) Não concordo (2)	Observações
1. Disponibilidade de local para coleta de escarro	Observação	100% Local conforme normas de biossegurança (local aberto e arejado, preferencialmente com incidência de luz solar).	0.2		
2. Disponibilidade de sala de uso multiprofissional para atendimento individual	Observação	100% Sala conforme normas de biossegurança (local arejado e ventilado com presença de janela, preferencialmente com incidência de luz solar).	0.2		
3. Disponibilidade de local adequado para tratamento diretamente observado	Observação	100% Local em que o paciente tenha privacidade para a tomada do medicamento (lugar reservado para esclarecimento das dúvidas em relação ao tratamento).	0.2		
4. Disponibilidade de fluxo para atendimento de pacientes Sintomáticos Respiratórios	Observação	100% Disponibilidade de documento impresso ou digital.	0.1		
5. Disponibilidade de pote para coleta de escarro	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, de três potes.	0.1		
		50% Disponibilidade de menos do que três potes.			
6. Disponibilidade de pedido de exame de escarro	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, três requisições.	0.1		
		50% Disponibilidade de menos do que três requisições.			
7. Disponibilidade de geladeira exclusiva para acondicionamento das amostras	Observação	100% Disponibilidade de geladeira exclusiva para acondicionamento das amostras.	0.1		
		50% Disponibilidade de geladeira de uso não exclusivo			
8. Disponibilidade de transporte para encaminhamento das amostras para o laboratório	Entrevista	100% Unidade faz parte da rota de transporte de amostras da SMS para o laboratório.	0.1		
9. Disponibilidade de resultado de radiografia de tórax em até sete dias para os pacientes atendidos no último quadrimestre.	Observação no prontuário	100% Disponibilidade de resultado de radiografia de tórax em até sete dias para $\geq 75\%$ dos pacientes atendidos no período.	0.2		
		50% Disponibilidade de radiografia de tórax em até sete dias para $\geq 50\%$ dos pacientes atendidos no período.			
10. Recebimento dos resultados de exames de escarro na própria unidade de saúde em até 48 horas para os pacientes atendidos no último quadrimestre.	Observação no livro de sintomático respiratório.	100% Recebimento dos resultados de exames de escarro na própria unidade de saúde em até 48 horas para $\geq 75\%$ dos pacientes atendidos no período.	0.1		
		50% Recebimento dos resultados de exames de escarro na própria unidade de saúde em até 48 horas para $\geq 50\%$ dos pacientes atendidos no período.			
11. Disponibilidade de livro de Registro de Sintomáticos	Observação	100% Presença do livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios preenchido na Unidade de forma completa.	0.1		

<b>Indicador</b>	<b>Fonte de dados</b>	<b>Critério/ Padrão resposta</b>	<b>Pontuação Sugerida</b>	<b>Concordo (1) Não concordo (2)</b>	<b>Observações</b>
Respiratórios		50% Presença do livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios preenchido na Unidade de forma incompleta.			
12. Disponibilidade de ficha de notificação no SINAN	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, uma ficha de notificação no SINAN.	0.1		
13. Disponibilidade de livro de acompanhamento de casos de TB	Observação no livro de acompanhamento de casos de TB	100% Presença do livro de acompanhamento de casos de TB preenchido na Unidade de forma completa.	0.1		
		50% Presença do livro de acompanhamento de casos de TB preenchido na Unidade de forma incompleta.			
14. Disponibilidade de teste rápido para HIV	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, dois testes rápido para HIV com validade vigente.	0.1		
15. Acesso a realização de exames laboratoriais	Entrevista	100% Conhecimento de local de referência para realização de exames laboratoriais (que não escarro).	0.1		
16. Acesso para realização da prova tuberculínica	Entrevista	100% Conhecimento de centro de referência para realização da prova tuberculínica.	0.1		
17. Disponibilidade de fichas de acompanhamento do Tratamento Diretamente Observado	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, uma ficha impressa de acompanhamento do Tratamento Diretamente Observado	0.1		
18. Disponibilidade de medicamentos para tratamento da TB	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, 120 comprimidos de de RHZE, 120 comprimidos de RH e 90 comprimidos de Isoniazida em data de validade.	0.2		
		50% Disponibilidade de RHZE, RH e H para uma tratamento em número de dias não inferior a 15.			
19. Disponibilidade de lanche para pacientes em Tratamento Diretamente Observado (TDO)	Observação	100% Disponibilidade de 50% de lanches oferecidos pela SMS para TDO.	0.1		
		Cálculo = número de pacientes em TDO multiplicado pelo número de dias restantes em TDO do mês a partir da data da visita.			
20. Disponibilidade de vale transporte	Observação	100% Disponibilidade de Vale Transporte oferecidos pela SMS.	0.1		
		De 1 à 5 pacientes em tratamento = dois vale transporte			
		De 5 à 10 pacientes em tratamento = três vale transporte			
		Mais de 10 pacientes em tratamento = quatro vale transporte			
21. Presença de enfermeiro com capacitação envolvido com as questões da TB	Entrevista	100% Enfermeiro que participou de capacitação técnica sobre TB.	0.7		
22. Presença de auxiliar/técnico de enfermagem com capacitação envolvido com as questões de TB	Entrevista	100% Auxiliar/técnico de enfermagem que participou de capacitação técnica sobre TB	0.5		
23. Presença de médico com capacitação envolvido com as questões da TB	Entrevista	100% Médico que participou de capacitação técnica sobre TB	0.8		

<b>Indicador</b>	<b>Fonte de dados</b>	<b>Critério/ Padrão resposta</b>	<b>Pontuação Sugerida</b>	<b>Concordo (1) Não concordo (2)</b>	<b>Observações</b>
24. Presença de Agente Comunitário de Saúde ou Agente de Combate a Endemias com capacitação envolvido com as questões da TB	Entrevista	100% Agente Comunitário de Saúde ou Agente de Combate a Endemias que participou de capacitação técnica sobre TB	0.6		
25. Realização de discussão técnica em serviço sobre TB no último quadrimestre	Entrevista e registros de reunião de equipe	100% Participação de pelo menos um integrante da equipe nas capacitações da SMS no último ano.	0,4		
26. Capacidade (%) de avaliação de Sintomáticos Respiratórios no último quadrimestre	Observação no livro de sintomático respiratório	100% Avaliação de 80% ou mais dos sintomáticos respiratórios	0.5		
		50% Avaliação de 60 a 79% de sintomáticos respiratórios			
		Cálculo = total da população adscrita multiplicado por 1%.			
27. Capacidade (%) de confirmação diagnóstica de TB nos sintomáticos respiratórios avaliados no último quadrimestre	Observação no livro de sintomático respiratório	100% Confirmação laboratorial de diagnóstico de TB em no mínimo 4% dos sintomáticos respiratórios avaliados.	0.5		
		50% Confirmação laboratorial de diagnóstico de TB em no mínimo 2% dos sintomáticos respiratórios avaliados.			
		Cálculo = Número de casos confirmados dividido pelo Número de sintomáticos respiratórios avaliados			
28. Oferta de consulta médica (%) em até 24 horas para início de tratamento em pacientes com confirmação laboratorial no último quadrimestre.	Observação no prontuário	100% Registro em prontuário de 100% de consultas médicas em até 24 horas para manejo de efeitos adversos menores no último quadrimestre.	0,5		
29. Capacidade (%) de notificação de casos no SINAN no último quadrimestre	Observação no livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB e no banco de dados do SINAN/CGVS	100% satisfatório para registro de 80% de casos notificados no SINAN	0.2		
		50% satisfatório para registros entre 60 e 79% de casos notificados no SINAN			
		Cálculo = Número de casos registrados no SINAN dividido pelo número de casos registrados no Livro de Registro e acompanhamento			
30. Oferta de consulta médica (%) em até 24 horas para manejo de efeitos adversos no último quadrimestre	Observação no Prontuário	100% Registro em prontuário de 100% de consultas médicas em até 24 horas para manejo de efeitos adversos menores no último quadrimestre.	0.3		
31. Realização de controle de exame de escarro	Observação no livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Registro de 80% de preenchimento de baciloscopia de acompanhamento no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB.	0.3		
		50% Registro entre 60 e 79% de preenchimento de baciloscopia de acompanhamento no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB.			

Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Pontuação Sugerida	Concordo (1) Não concordo (2)	Observações
32. Oferta de 100% Tratamento Diretamente Observado	Entrevista	100% Oferta para realização de TDO para 100% dos pacientes.	0.3		
33. Busca de faltosos	Prontuário	100% Realização de, no mínimo, dois contatos registrados em prontuário, para busca do faltoso em consulta médica.	0.4		
34. Presença de articulação com outros níveis de atenção na vigência de coinfeção TB/HIV	Entrevista	100% Profissionais da US conseguem agendar consultas e procedimentos em outros níveis de atenção em até 7 dias.	0.2		
		50% Profissionais da US conseguem agendar consultas e procedimentos em outros níveis de atenção em mais de 7 dias.	0.2		
35. Presença de articulação com outros níveis de atenção quando há complicações no tratamento	Entrevista	100% Profissionais da US conseguem agendar consultas e procedimentos em outros níveis de atenção em até 7 dias.	0.3		
		50% Profissionais da US conseguem agendar consultas e procedimentos em outros níveis de atenção em mais de 7 dias.			
36. Presença de discussões de casos de TB atendidos pela equipe no serviço no último quadrimestre.	Entrevista	100% Discussões sobre os planos terapêuticos dos pacientes com TB nas reuniões da Unidade.	0.2		
37. Capacidade (%) de avaliação de contatos	Observação de livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Avaliação de pelo menos 80% de contatos.	0.1		
		50% Avaliação de pelo menos 50% de contatos.			
		Cálculo = Número de contatos avaliados dividido pelo número de contatos identificados.			
38. Capacidade (%) de testagem anti-HIV em casos de TB no último quadrimestre	Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Teste para o HIV em 80% dos pacientes com TB	0.1		
		50% Teste para o HIV em 50% dos pacientes com TB			
		Cálculo= Número de casos que realizaram teste HIV dividido pelo número de casos totais de TB.			
39. Capacidade (%) de realização de cultura em casos de retratamento no último quadrimestre.	Observação no livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Realização de cultura em 80% dos retratamentos	0.1		
		50% Realização de cultura em 50% dos retratamentos			
		Cálculo= Número de casos de retratamento que realizaram cultura/Número de casos de retratamento			
40. Capacidade (%) de realização de Tratamento Diretamente Observado no último quadrimestre.	Entrevista	100% Realização de TDO em 80% da população vulnerável	0.1		
		50% Realização de TDO em 50% da população vulnerável			
		Cálculo= Número de casos em TDO dividido pelo número de casos de TB em população vulnerável (PSR, PVHA, retratamentos, casos de difícil adesão).			
41. Capacidade (%) de cura de casos novos no último ano.	Observação no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Cura em 85% dos casos novos de TB	0.1		
		50% Cura em 65% dos casos novos de TB			
		Cálculo = Número de casos novos curados dividido pelo número total de casos novos.			
42. Percentual de pacientes que	Observação no Livro de	100% Abandono do tratamento inferior a 5% nos casos novos de TB	0.1		

<b>Indicador</b>	<b>Fonte de dados</b>	<b>Critério/ Padrão resposta</b>	<b>Pontuação Sugerida</b>	<b>Concordo (1) Não concordo (2)</b>	<b>Observações</b>
abandonaram o tratamento no último quadrimestre.	Registro e Acompanhamento de Casos de TB	Cálculo = Número de abandonos entre os casos novos de TB dividido pelo número de casos novos total do período.			
43. Capacidade (%) de retratamento de casos faltosos da Unidade de Saúde no próprio território no último quadrimestre.	Observação no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Quando 80% dos pacientes da unidade que tiveram desfecho abandono retomarem o tratamento no território	0.1		
		Cálculo = número de casos que retomaram o tratamento dividido pelo número de casos em abandono.			
44. Capacidade (%) de encerramento de casos no último ano.	Observação no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Informação do desfecho do tratamento em 100% dos pacientes atendidos no último ano	0.1		
		Cálculo = Número de casos com desfechos reportado dividido pelo número total de casos			

Observação: instrumento modificado após a primeira fase do painel de especialistas e encaminhado para a segunda fase do painel de especialistas.

### ANEXO VIII – Instrumento 3

Quadro 8 – Instrumento de avaliação da assistência ao paciente com Tuberculose na Atenção Primária em Saúde (versão 3).

Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Pontuação	Orientação para a coleta de dados	Pontuação	Observações
1. Disponibilidade de local para coleta de escarro	Observação	100% Local conforme normas de biossegurança (local aberto e arejado, preferencialmente com incidência de luz solar).	0,2	Verificar condições do ambiente (local aberto e arejado, preferencialmente com incidência de luz solar)		
2. Disponibilidade de sala de uso multiprofissional para atendimento individual	Observação	100% Sala conforme normas de biossegurança (local arejado e ventilado com presença de janela, preferencialmente com incidência de luz solar).	0,2	Verificar se há uma sala conforme normas de biossegurança (local arejado e ventilado com presença de janela, preferencialmente com incidência de luz solar).		
3. Disponibilidade de local adequado para TDO	Observação	100% Local em que o paciente tenha privacidade para a tomada do medicamento (lugar reservado para esclarecimento das dúvidas em relação ao tratamento).	0,2	Há um local em que o paciente tenha privacidade para a tomada do medicamento? Quais as condições?		
4. Disponibilidade de fluxo para atendimento de pacientes Sintomáticos Respiratórios	Observação	100% Disponibilidade de documento impresso ou digital.	0,1	Verificar se há documento impresso ou digital do fluxo de atendimentos de pacientes sintomáticos respiratórios		
5. Disponibilidade de pote para coleta de escarro	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, de três potes.	0,1	Verificar quantos potes para coleta de escarro estão disponíveis na unidade.		
		50% Disponibilidade de menos do que três potes.				
6. Disponibilidade de pedido de exame de escarro	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, três requisições.	0,1	Verificar quantos pedidos de exame de escarro estão disponíveis na unidade		
		50% Disponibilidade de menos do que 3três requisições.				
7. Disponibilidade de geladeira exclusiva para acondicionamento das amostras	Observação	100% Disponibilidade de geladeira exclusiva para acondicionamento das amostras.	0,1	Verificar se há disponibilidade de uma geladeira exclusiva ou não para acondicionamento de amostras de escarro. Quais as condições?		
		50% Disponibilidade de geladeira de uso não exclusivo				
8. Disponibilidade de transporte para encaminhamento das amostras para o laboratório	Entrevista	100% Unidade faz parte da rota de transporte de amostras da SMS para o laboratório.	0,1	Perguntar se a unidade faz parte da rota de transporte da SMS		

Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Pontuação	Orientação para a coleta de dados	Pontuação	Observações
9. Disponibilidade de resultado de radiografia de tórax em até sete dias para os pacientes atendidos na APS que precisam do Rx no último quadrimestre.	Observação no prontuário	100% Disponibilidade de resultado de radiografia de tórax em até sete dias para $\geq 75\%$ dos pacientes atendidos no período.	0,2	Verificar data da coleta do escarro (início dos sintomas). Verificar data da consulta médica inicial.		
		50% Disponibilidade de radiografia de tórax em até sete dias para $\geq 50\%$ dos pacientes atendidos no período.		Verificar a data da realização da radiografia de tórax		
10. Recebimento dos resultados de exames de escarro na própria unidade de saúde em até 48 horas para os pacientes atendidos no último quadrimestre.	Observação no livro de sintomático respiratório.	100% Recebimento dos resultados de exames de escarro na própria unidade de saúde em até 48 horas para $\geq 75\%$ dos pacientes atendidos no período.	0,1	Data de inscrição dos sintomáticos respiratórios no livro de sintomáticos respiratórios		
		50% Recebimento dos resultados de exames de escarro na própria unidade de saúde em até 48 horas para $\geq 50\%$ dos pacientes atendidos no período.		Verificar a data do recebimento do resultado do exame de escarro		
11. Disponibilidade de livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios	Observação	100% Presença do livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios preenchido na Unidade de forma completa.	0,1	Numero de sintomáticos respiratórios listados		
		50% Presença do livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios preenchido na Unidade de forma incompleta.		Numero de sintomáticos respiratórios com situação completa		
12. Disponibilidade de ficha de notificação no SINAN	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, uma ficha de notificação no SINAN.	0,1	Verificar se há ficha do SINAN disponível na unidade		
13. Disponibilidade de livro de acompanhamento de casos de TB	Observação no livro de acompanhamento de casos de TB	100% Presença do livro de acompanhamento de casos de TB preenchido na Unidade de forma completa.	0,1	Numero total de casos em acompanhamento		
		50% Presença do livro de acompanhamento de casos de TB preenchido na Unidade de forma incompleta.		Numero de casos com situação completa		
14. Disponibilidade de teste rápido para HIV	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, dois testes rápido para HIV com validade vigente.	0,1	Verificar quantos testes para HIV estão disponíveis e a validade		
15. Acesso a realização de exames laboratoriais	Entrevista	100% Conhecimento de local de referência para realização de exames laboratoriais (que não escarro).	0,1	Você sabe qual é o local de referência para realização de exames laboratoriais (que não escarro)?		
16. Acesso para realização da prova tuberculínica	Entrevista	100% Conhecimento de centro de referência para realização da prova tuberculínica.	0,1	Você sabe qual o centro de referência para realização da prova tuberculínica?		
17. Disponibilidade de fichas de acompanhamento do Tratamento Diretamente Observado	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, uma ficha impressa de acompanhamento do Tratamento Diretamente Observado	0,1	Qual número de fichas impressas de acompanhamento do Tratamento Diretamente Observado?		

Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Pontuação	Orientação para a coleta de dados	Pontuação	Observações
18. Disponibilidade de medicamentos para tratamento da TB	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, 120 comprimidos de de RHZE, 120 comprimidos de RH e 90 comprimidos de Isoniazida em data de validade.	0,2	Quantos comprimidos de RHZE estão disponíveis e na validade?		
		50% Disponibilidade de no mínimo 60 comprimidos de RHZE, 60 comprimidos de RH e 45 comprimidos de Isoniazida para um tratamento em número de dias não inferior a 15.				
19. Disponibilidade de lanche para pacientes em Tratamento Diretamente Observado (TDO)	Observação	100% Disponibilidade de 50% de lanches oferecidos pela SMS para TDO.	0,1	Qual número de pacientes em TDO?		
		Cálculo = número de pacientes em TDO multiplicado pelo número de dias restantes em TDO do mês a partir da data da visita.		Quantos lanches estão disponíveis na unidade?		
20. Disponibilidade de vale transporte	Observação	100% Disponibilidade de Vale Transporte oferecidos pela SMS.	0,1	Qual número de pacientes em acompanhamento na unidade?		
		De 1 à 5 pacientes em tratamento = 2 vale transporte		Quantos vale transporte estão disponíveis na unidade?		
		De 5 à 10 pacientes em tratamento = 3 vale transporte				
		Mais de 10 pacientes em tratamento = 4 vale transporte				
21. Presença de enfermeiro com capacitação envolvido com as questões da TB	Entrevista	100% Enfermeiro que participou de capacitação técnica sobre TB.	0,7	Na sua unidade existe um enfermeiro capacitado pela SMS para atuar com as questões de TB?		
22. Presença de auxiliar/técnico de enfermagem com capacitação envolvido com as questões de TB	Entrevista	100% Auxiliar/técnico de enfermagem que participou de capacitação técnica sobre TB	0,5	Na sua unidade existe um auxiliar ou técnico de enfermagem capacitado pela SMS para atuar com as questões de TB?		
23. Presença de médico com capacitação envolvido com as questões da TB	Entrevista	100% Médico que participou de capacitação técnica sobre TB	0,8	Na sua unidade existe um médico capacitado pela SMS para atuar nas questões de TB?		
24. Presença de Agente Comunitário de Saúde ou Agente de Combate a Endemias com capacitação envolvido com as questões da TB	Entrevista	100% Agente Comunitário de Saúde ou Agente de Combate a Endemias que participou de capacitação técnica sobre TB	0,6	Na sua unidade existe um Agente Comunitário de Saúde ou Agente de Combate a Endemias capacitado pela SMS para atuar nas questões de TB?		
25. Realização de capacitação técnica sobre TB no último ano	Entrevista	100% Participação de pelo menos um integrante da equipe nas capacitações da SMS no último ano.	0,4	Algum integrante da equipe participou de capacitação técnica sobre TB no último ano?		
26. Capacidade (%) de avaliação de Sintomáticos Respiratórios no	Observação no livro de	100% Avaliação de 80% ou mais dos sintomáticos respiratórios	0,5	População adscrita		

Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Pontuação	Orientação para a coleta de dados	Pontuação	Observações
último quadrimestre	sintomático respiratório	50% Avaliação de 60 a 79% de sintomáticos respiratórios Cálculo = total da população adscrita multiplicado por 1%.		Número de sintomáticos avaliados no ultimo quadrimestre		
27. Capacidade (%) de confirmação diagnóstica de TB nos sintomáticos respiratórios avaliados no último quadrimestre	Observação no livro de sintomático respiratório	100% Confirmação laboratorial de diagnóstico de TB em no mínimo 4% dos sintomáticos respiratórios avaliados.	0,5	Numero de casos confirmados de TB no último quadrimestre		
		50% Confirmação laboratorial de diagnóstico de TB em no mínimo 2% dos sintomáticos respiratórios avaliados.		Número de sintomáticos avaliados no ultimo quadrimestre		
		Cálculo = Número de casos confirmados dividido pelo Número de sintomáticos respiratórios avaliados				
28. Oferta de consulta médica (%) em até 24 horas para início de tratamento em pacientes com confirmação laboratorial no último quadrimestre.	Observação no prontuário	100% Registro em prontuário de 100% de consultas médicas em até 24 horas para início de tratamento em pacientes com confirmação laboratorial no último quadrimestre.	0,5	Verificar a data do resultado do exame de escarro		
				Verificar a data de início de tratamento		
29. Capacidade (%) de notificação de casos no SINAN no último quadrimestre	Observação no livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB e no banco de dados do SINAN/CGVS	100% satisfatório para registro de pelo menos 80% de casos notificados no SINAN	0,2	Número de casos registrados no SINAN no último quadrimestre (ver ano todo)		
		50% satisfatório para registros entre 60 e 79% de casos notificados no SINAN		Número de casos registrados no livro de acompanhamento de casos de TB		
		Cálculo = Número de casos registrados no SINAN dividido pelo número de casos registrados no Livro de Registro e acompanhamento				
30. Oferta de consulta médica (%) em até 24 horas para manejo de efeitos adversos no último quadrimestre	Observação no Prontuário	100% Registro em prontuário de 100% de consultas médicas em até 24 horas para manejo de efeitos adversos menores no último quadrimestre.	0,3	Verificar data de efeitos adversos		
				Verificar data de atendimento médico		
31. Realização de controle de exame de escarro	Observação no livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Registro de 80% de preenchimento de baciloscopia de acompanhamento no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB.	0,3	Numero total de casos registrados no livro de acompanhamento de casos de TB		
		50% Registro entre 60 e 79% de preenchimento de baciloscopia de acompanhamento no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB.		Número de casos de TB com acompanhamento mensal de controle de BK completo		
32. Oferta de 100% Tratamento Diretamente Observado	Entrevista	100% Oferta para realização de TDO para 100% dos pacientes.	0,3	Você oferta o TDO para 100% dos pacientes?		
33. Busca de faltosos	Prontuário	100% Realização de, no mínimo, dois contatos	0,4	Número de pacientes faltosos		

Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Pontuação	Orientação para a coleta de dados	Pontuação	Observações
		registrados em prontuário, para busca do faltoso em consulta médica.		Número de contatos realizados e registrados em prontuário		
34. Presença de articulação com outros níveis de atenção na vigência de coinfeção TB/HIV	Entrevista	100% Profissionais da unidade conseguem agendar consultas e procedimentos em outros níveis de atenção em até sete dias.	0,2	Você consegue agendar consultas em outros níveis de atenção em até sete dias na vigência de coinfeção TB/HIV?		
		50% Profissionais da unidade conseguem agendar consultas e procedimentos em outros níveis de atenção em mais de sete dias.		Você consegue agendar procedimentos (PPD) em outros níveis de atenção em até sete dias na vigência de coinfeção TB/HIV?		
35. Presença de articulação com outros níveis de atenção quando há complicações no tratamento	Entrevista	100% Profissionais da unidade conseguem agendar consultas e procedimentos em outros níveis de atenção em até sete dias.	0,3	Você consegue agendar consultas em outros níveis de atenção em até sete dias na vigência de complicações de tratamento?		
		50% Profissionais da unidade conseguem agendar consultas e procedimentos em outros níveis de atenção em mais de sete dias.		Você consegue agendar procedimentos em outros níveis de atenção em até sete dias na vigência de complicações de tratamento?		
36. Presença de discussões de casos de TB atendidos pela equipe no serviço no último quadrimestre.	Entrevista	100% Discussões sobre os planos terapêuticos dos pacientes com TB nas reuniões da Unidade.	0,2	Há discussões sobre os planos terapêuticos dos pacientes com TB nas reuniões da Unidade?		
37. Capacidade (%) de avaliação de contatos	Observação de livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Avaliação de pelo menos 80% de contatos.	0,1	Numero de contatos identificados		
		50% Avaliação de pelo menos 50% de contatos.		Numero de contatos avaliados		
		Cálculo = Número de contatos avaliados dividido pelo número de contatos identificados.				
38. Capacidade (%) de testagem anti-HIV em casos de TB no último quadrimestre	Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Teste para o HIV em 80% dos pacientes com TB	0,1	Número de casos totais de TB		
		50% Teste para o HIV em 50% dos pacientes com TB		Número de casos que realizaram teste HIV		
		Cálculo= Número de casos que realizaram teste HIV dividido pelo número de casos totais de TB.				
39. Capacidade (%) de realização de cultura em casos de retratamento no último quadrimestre.	Observação no livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Realização de cultura em 80% dos retratamentos	0,1	Número de casos de retratamento		
		50% Realização de cultura em 50% dos retratamentos		Numero de casos que realizaram cultura		

Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Pontuação	Orientação para a coleta de dados	Pontuação	Observações
		Cálculo= Número de casos de retratamento que realizaram cultura/Número de casos de retratamento				
40. Capacidade (%) de realização de Tratamento Diretamente Observado (TODO) no último quadrimestre.	Entrevista	100% Realização de TDO em pelo menos 80% da população vulnerável	0,1	Numero de casos de pacientes em TDO		
		50% Realização de TDO em 50% da população vulnerável				
		Cálculo= Número de casos em TDO dividido pelo número de casos de TB em população vulnerável (PSR, PVHA, retratamentos, casos de difícil adesão).		Número de casos de pacientes vulneráveis		
41. Capacidade (%) de cura de casos novos no último ano.	Observação no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Cura em 85% dos casos novos de TB	0,1	Numero de casos novos curados no ultimo ano		
		50% Cura em 65% dos casos novos de TB				
		Cálculo = Número de casos novos curados dividido pelo número total de casos novos.		Número total de casos no ultimo ano		
42. Percentual de pacientes que abandonaram o tratamento	Observação no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Abandono do tratamento inferior a 5% nos casos novos de TB	0,1	Número de pacientes que abandonaram o tratamento		
		Cálculo = Número de abandonos entre os casos novos de TB dividido pelo número de casos novos total do período.		Número total de casos		
43. Capacidade (%) de retratamento de casos faltosos da Unidade de Saúde no próprio território	Observação no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Quando 80% dos pacientes da unidade que tiveram desfecho abandono retomarem o tratamento no território	0,1	Número de casos que retomaram o tratamento		
		Cálculo = número de casos que retomaram o tratamento dividido pelo número de casos em abandono.		Número de casos em abandono		
44. Capacidade (%) de encerramento de casos no último ano.	Observação no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Informação do desfecho do tratamento em 100% dos pacientes atendidos no último ano	0,1	Número de casos com desfechos reportado		
		Cálculo = Número de casos com desfechos reportado dividido pelo número total de casos		Número total de casos		

Observação: instrumento modificado após segunda fase com os especialistas e utilizada no estudo piloto.

## ANEXO IX – Roteiro para Visita de Campo

Roteiro para visita em campo para a avaliação da assistência ao paciente com Tuberculose na Atenção Primária a Saúde.

1. Contatar apoiador distrital para definição da (s) unidade(s).
2. Verificar a disponibilidade do enfermeiro da unidade em participar da aplicação do instrumento de avaliação da assistência ao paciente com TB na APS. Em caso positivo, agendar visita.
3. Ao comparecimento na unidade, explicar a proposta do trabalho e solicitar a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Levar impressa duas cópias do instrumento de avaliação.
4. Solicitar que o enfermeiro apresente as instalações da unidade. Verificar instalações físicas (ambiente para coleta de escarro, tipos de janelas, ventilação nos ambientes, posicionamento do mobiliário dos consultórios) e possíveis insumos que estejam “ao alcance dos olhos” (potes para coleta de escarro, solicitações de exame de escarro, geladeira para acondicionamento das amostras e medicamentos).
5. Solicitar que, durante o reconhecimento da unidade, o enfermeiro explique o trajeto que o Sintomático Respiratório faz nas dependências da unidade (desde a investigação até o possível tratamento diretamente observado).
6. Solicitar um espaço tranquilo para realizar a entrevista.
7. Solicitar verificar os itens que não foram observados durante a visita (medicamentos, testes rápidos para HIV, fichas de notificação, fichas para controle de tratamento diretamente observado, lanches e cartões de vale-transporte).
8. Registrar dados sobre a investigação dos Sintomáticos respiratórios na unidade no APÊNDICE A.
9. Registrar dados de acompanhamento de casos de TB no APÊNDICE B por meio de consulta ao Livro de Acompanhamento dos casos de TB e pelo prontuário E-SUS.
10. Agradecer a participação no estudo.
11. Compilar os dados coletados e atribuir pontuação aos indicadores.
12. Agendar nova visita a unidade em menos de 15 dias para apresentação e discussão dos resultados encontrados.

## APÊNDICE A – Registros de investigação de Sintomáticos Respiratórios na Unidade de Saúde

Unidade de Saúde: Enfermeira Responsável:

Data:

Entrevistador:

Sintomático Respiratório Avaliado	Data do início dos sintomas	Data do resultado da 1ª amostra	Resultado da 1ª amostra	Data do resultado da 2ª amostra	Resultado da 2ª amostra	Tempo transcorrido entre a coleta e o recebimento do resultado (em dias)	Observações
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							

**APÊNDICE B – Registros dos dados de acompanhamento de casos de TB por meio de consulta ao Livro de Acompanhamento dos casos de TB e pelo prontuário E-SUS**

Unidade de Saúde: Enfermeira Responsável:

Data:

Entrevistador:

Nome	Data da 1ª Consulta Médica	Resultado do RX	Tempo entre solicitação e recebimento RX	Resultado Exame de Escarro diagnóstico	Tempo entre solicitação e recebimento do resultado do exame de escarro	Anti- HIV	Data de início do tratamento	Medicamentos	Presença de para efeitos?	Paciente faltoso? Foi realizado busca?	Situação de encerramento	Observações

## ANEXO X – Resultado da Aplicação do Instrumento na USA

Quadro 9 – Instrumento de avaliação da assistência ao paciente com Tuberculose na Atenção Primária em Saúde com os resultados da aplicação na USA.

Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Pontuação	Orientação para a coleta de dados	Resposta	Pontuação
1. Disponibilidade de local para coleta de escarro	Observação	100% Local conforme normas de biossegurança (local aberto e arejado, preferencialmente com incidência de luz solar).	0,2	Verificar condições do ambiente (local aberto e arejado, preferencialmente com incidência de luz solar)	Local adequado, porém não coletam escarro na unidade.	0,2
2. Disponibilidade de sala de uso multiprofissional para atendimento individual	Observação	100% Sala conforme normas de biossegurança (local arejado e ventilado com presença de janela, preferencialmente com incidência de luz solar).	0,2	Verificar se há uma sala conforme normas de biossegurança (local arejado e ventilado com presença de janela, preferencialmente com incidência de luz solar).	Sala com presença de basculante. Pouco ventilada.	0
3. Disponibilidade de local adequado para TDO	Observação	100% Local em que o paciente tenha privacidade para a tomada do medicamento (lugar reservado para esclarecimento das dúvidas em relação ao tratamento).	0,2	Há um local em que o paciente tenha privacidade para a tomada do medicamento? Quais as condições?	Sim, há a sala do acolhimento. Presença de janelas basculantes. Pouco ventilada	0
4. Disponibilidade de fluxo para atendimento de pacientes Sintomáticos Respiratórios	Observação	100% Disponibilidade de documento impresso ou digital.	0,1	Verificar se há documento impresso ou digital do fluxo de atendimentos de pacientes sintomáticos respiratórios	Não há.	0
5. Disponibilidade de pote para coleta de escarro	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, de 3 potes.	0,1	Verificar quantos potes para coleta de escarro estão disponíveis na US?	Caixa cheia de potes. Mais de 50 potes	0,1
		50% Disponibilidade de menos do que 3 potes.				
6. Disponibilidade de pedido de exame de escarro	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, 3 requisições.	0,1	Verificar quantos pedidos de exame de escarro estão disponíveis na US?	Bloco de pedidos. Mais de 30 folhas.	0,1
		50% Disponibilidade de menos do que 3 requisições.				
7. Disponibilidade de geladeira exclusiva para acondicionamento das amostras	Observação	100% Disponibilidade de geladeira exclusiva para acondicionamento das amostras.	0,1	Verificar se há disponibilidade de uma geladeira exclusiva ou não	Há mas não utilizam. Não coletam escarro na unidade.	0

Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Pontuação	Orientação para a coleta de dados	Resposta	Pontuação
		50% Disponibilidade de geladeira de uso não exclusivo		para acondicionamento de amostras de escarro. Quais as condições?		
8. Disponibilidade de transporte para encaminhamento das amostras para o laboratório	Entrevista	100% Unidade faz parte da rota de transporte de amostras da SMS para o laboratório.	0,1	Perguntar se a unidade faz parte da rota de transporte da SMS	Não faz parte da rota de coleta de escarro.	0
9. Disponibilidade de resultado de radiografia de tórax em até 7 dias para os pacientes atendidos na APS que precisam do Rx no último quadrimestre.	Observação no prontuário	100% Disponibilidade de resultado de radiografia de tórax em até 7 dias para $\geq 75\%$ dos pacientes atendidos no período.	0,2	Verificar data da coleta do escarro (início dos sintomas). Verificar data da consulta médica inicial.	Um paciente levou RX do CRTB e outro não fez RX. Um paciente fez e levou 7 dias. $\frac{1}{2}=50\%$	0,1
		50% Disponibilidade de radiografia de tórax em até 7 dias para $\geq 50\%$ dos pacientes atendidos no período.		Verificar a data da realização do RX tórax		
10. Recebimento dos resultados de exames de escarro na própria unidade de saúde em até 48 horas para os pacientes atendidos no último quadrimestre.	Observação no livro de sintomático respiratório.	100% Recebimento dos resultados de exames de escarro na própria unidade de saúde em até 48 horas para $\geq 75\%$ dos pacientes atendidos no período.	0,1	Data de inscrição dos SR no livro de SR	50% em até 48 horas (5/10) e 50% em mais de 48 horas.	0,05
		50% Recebimento dos resultados de exames de escarro na própria unidade de saúde em até 48 horas para $\geq 50\%$ dos pacientes atendidos no período.		Verificar a data do recebimento do resultado do exame de escarro		
11. Disponibilidade de livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios	Observação	100% Presença do livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios preenchido na Unidade de forma completa.	0,1	Numero de sintomáticos respiratórios listados	Nenhum sintomático respiratório listado tem a situação completa.	0
		50% Presença do livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios preenchido na Unidade de forma incompleta.		Numero de sintomáticos respiratórios com situação completa		
12. Disponibilidade de ficha de notificação no SINAN	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, 1 ficha de notificação no SINAN.	0,1	Verificar se há ficha do SINAN disponível na unidade	Sim. Mais de uma ficha	0,1
13. Disponibilidade de livro de acompanhamento de casos de TB	Observação no livro de acompanhamento de casos de TB	100% Presença do livro de acompanhamento de casos de TB preenchido na Unidade de forma completa.	0,1	Numero total de casos em acompanhamento - foto	Presença do livro preenchido de forma incompleta.	0,05

Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Pontuação	Orientação para a coleta de dados	Resposta	Pontuação
		50% Presença do livro de acompanhamento de casos de TB preenchido na Unidade de forma incompleta.		Numero de casos com situação completa		
14. Disponibilidade de teste rápido para HIV	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, 2 testes rápido para HIV com validade vigente.	0,1	Verificar quantos testes para HIV estão disponíveis e a validade	Muitos testes disponíveis em data de validade.	0,1
15. Acesso a realização de exames laboratoriais	Entrevista	100% Conhecimento de local de referência para realização de exames laboratoriais (que não escarro).	0,1	Você sabe qual é o local de referência para realização de exames laboratoriais (que não escarro)?	Sim. São 3 laboratórios e o paciente escolhe. Não há dificuldades.	0,1
16. Acesso para realização da prova tuberculínica	Entrevista	100% Conhecimento de centro de referência para realização da prova tuberculínica.	0,1	Você sabe qual o centro de referência para realização da prova tuberculínica?	Sim. CRTB Leno. Não há dificuldades.	0,1
17. Disponibilidade de fichas de acompanhamento do Tratamento Diretamente Observado	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, 1 ficha impressa de acompanhamento do Tratamento Diretamente Observado	0,1	Qual número de fichas impressas de acompanhamento do Tratamento Diretamente Observado?	Não há.	0
18. Disponibilidade de medicamentos para tratamento da TB	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, 120 cp de RHZE, 120cp de RH e 90 cp de Isoniazida em data de validade.	0,2	Quantos comprimidos de RHZE estão disponíveis e na validade?	H: 40 comprimidos, RH: 252 comprimidos e RHZE: 224 comprimidos	0
		50% Disponibilidade de no mínimo 60 RHZE, 60 RH e 45 H para 1 tratamento em número de dias não inferior a 15.				
19. Disponibilidade de lanche para pacientes em Tratamento Diretamente Observado (TDO)	Observação	100% Disponibilidade de 50% de lanches oferecidos pela SMS para TDO.	0,1	Qual número de pacientes em TDO?	Não há pacientes em TDO. Não há lanches disponíveis	0
		Cálculo = número de pacientes em TDO multiplicado pelo número de dias restantes em TDO do mês a partir da data da visita.		Quantos lanches estão disponíveis na US?		
20. Disponibilidade de vale transporte	Observação	100% Disponibilidade de Vale Transporte oferecidos pela SMS.	0,1	Qual número de pacientes em acompanhamento na US?	Não há pacientes em TDO. Não há vales disponíveis.	0
		De 1 à 5 pacientes em tratamento = 2 vale transporte		Quantos vale transporte estão disponíveis na US?		
		De 5 à 10 pacientes em tratamento = 3 vale transporte				

Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Pontuação	Orientação para a coleta de dados	Resposta	Pontuação
		Mais de 10 pacientes em tratamento =4 vale transporte				
21. Presença de enfermeiro com capacitação envolvido com as questões da TB	Entrevista	100% Enfermeiro que participou de capacitação técnica sobre TB.	0,7	Na sua unidade existe um enfermeiro capacitado pela SMS para atuar com as questões de TB?	Sim. Dois enfermeiros que atendem TB e fizeram capacitação na GD em junho de 2017.	0,7
22. Presença de auxiliar/técnico de enfermagem com capacitação envolvido com as questões de TB	Entrevista	100% Auxiliar/técnico de enfermagem que participou de capacitação técnica sobre TB	0,5	Na sua unidade existe um auxiliar ou técnico de enfermagem capacitado pela SMS para atuar com as questões de TB?	Sim. Quatro Técnicos de Enfermagem que realizaram capacitação na GD no primeiro semestre de 2017.	0,5
23. Presença de médico com capacitação envolvido com as questões da TB	Entrevista	100% Médico que participou de capacitação técnica sobre TB	0,8	Na sua unidade existe um médico capacitado pela SMS para atuar nas questões de TB?	Sim. Uma médica capacitada em junho de 2017.	0,8
24. Presença de Agente Comunitário de Saúde ou Agente de Combate a Endemias com capacitação envolvido com as questões da TB	Entrevista	100% Agente Comunitário de Saúde ou Agente de Combate a Endemias que participou de capacitação técnica sobre TB	0,6	Na sua unidade existe um ACS ou ACE capacitado pela SMS para atuar nas questões de TB?	São sete ACS e 1 ACE que é compartilhado com outra US. Não fazem capacitação há mais de dois anos.	0
25. Realização de capacitação técnica sobre TB no último ano	Entrevista	100% Participação de pelo menos 1 integrante da equipe nas capacitações da SMS no último ano.	0,4	Algum integrante da equipe participou de capacitação técnica sobre TB no último ano?	Sim, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.	0,4
26. Capacidade (%) de avaliação de Sintomáticos Respiratórios no último quadrimestre	Observação no livro de sintomático respiratório	100% Avaliação de 80% ou mais dos sintomáticos respiratórios	0,5	População adscrita	4.100 habitantes Meta (1%) =41/3quadrimestres = 13,66=14	0,3
		50% Avaliação de 60 a 79% de sintomáticos respiratórios		Número de sintomáticos avaliados no ultimo quadrimestre	10 (71,42% da meta)	
		Cálculo = total da população adscrita multiplicado por 1%.				
27. Capacidade (%) de confirmação diagnóstica de TB nos sintomáticos respiratórios avaliados no último quadrimestre	Observação no livro de sintomático respiratório	100% Confirmação laboratorial de diagnóstico de TB em no mínimo 4% dos SR avaliados.	0,5	Numero de casos confirmados de TB no último quadrimestre	Três casos confirmados: 1 no PABJ e 2 na unidade . Teste terapêutico não entra nessa estatística (caso do CRTB).	0,5
		50% Confirmação laboratorial de diagnóstico de TB em no mínimo 2% dos SR avaliados.		Número de sintomáticos avaliados no ultimo quadrimestre	10 (3/10=0,2 = 30%)	

Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Pontuação	Orientação para a coleta de dados	Resposta	Pontuação
		Cálculo = Número de casos confirmados dividido pelo Número de sintomáticos respiratórios avaliados				
28. Oferta de consulta médica (%) em até 24 horas para início de tratamento em pacientes com confirmação laboratorial no último quadrimestre.	Observação no prontuário	100% Registro em prontuário de 100% de consultas médicas em até 24 horas para início de tratamento em pacientes com confirmação laboratorial no último quadrimestre.	0,5	Verificar a data do resultado do exame de escarro	Nenhum paciente teve atendimento em menos de 24 horas	0.0
				Verificar a data de início de tratamento		
29. Capacidade (%) de notificação de casos no SINAN no último quadrimestre	Observação no livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB e no banco de dados do SINAN/CGVS	100% satisfatório para registro de pelo menos 80% de casos notificados no SINAN	0,2	Número de casos registrados no SINAN no último quadrimestre (ver ano todo)	Três estavam registrados no SINAN	0,2
		50% satisfatório para registros entre 60 e 79% de casos notificados no SINAN		Número de casos registrados no livro de acompanhamento de casos de TB		
		Cálculo = Número de casos registrados no SINAN dividido pelo número de casos registrados no Livro de Registro e acompanhamento				
30. Oferta de consulta médica (%) em até 24 horas para manejo de efeitos adversos no último quadrimestre	Observação no Prontuário	100% Registro em prontuário de 100% de consultas médicas em até 24 horas para manejo de efeitos adversos menores no último quadrimestre.	0,3	Verificar data de efeitos adversos	Não houveram efeitos adversos.	0,3
				Verificar data de atendimento médico		
31. Realização de controle de exame de escarro	Observação no livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Registro de 80% de preenchimento de baciloscopia de acompanhamento no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB.	0,3	Numero total de casos registrados no livro de acompanhamento de casos de TB	3	0,0
		50% Registro entre 60 e 79% de preenchimento de baciloscopia de acompanhamento no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB.	0,3	Número de casos de TB com acompanhamento mensal de controle de baciloscopia completo	0	
32. Oferta de 100% Tratamento Diretamente Observado	Entrevista	100% Oferta para realização de TDO para 100% dos pacientes.	0,3	Você oferta o TDO para 100% dos pacientes?	Não. Se não apresentar problema de adesão, os pacientes mesmo tomam.	0,0
33. Busca de faltosos	Prontuário	100% Realização de, no mínimo, dois contatos registrados em	0,4	Número de pacientes faltosos	Não há registro de paciente faltoso.	NA

Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Pontuação	Orientação para a coleta de dados	Resposta	Pontuação
		prontuário, para busca do faltoso em consulta médica.		Número de contatos realizados e registrados em prontuário		
34. Presença de articulação com outros níveis de atenção na vigência de coinfeção TB/HIV	Entrevista	100% Profissionais da unidade conseguem agendar consultas e procedimentos em outros níveis de atenção em até sete dias.	0,2	Você consegue agendar consultas em outros níveis de atenção em até 7seteseteadias na vigência de coinfeção TB/HIV?	Sim. É tranquilo em até sete dias.	0,2
		50% Profissionais da unidade conseguem agendar consultas e procedimentos em outros níveis de atenção em mais de sete dias.		Você consegue agendar procedimentos (PPD) em outros níveis de atenção em até sete dias na vigência de coinfeção TB/HIV?		
35. Presença de articulação com outros níveis de atenção quando há complicações no tratamento	Entrevista	100% Profissionais da unidade conseguem agendar consultas e procedimentos em outros níveis de atenção em até sete dias.	0,3	Você consegue agendar consultas em outros níveis de atenção em até sete dias na vigência de complicações de tratamento?	Sim. É tranquilo via CRTB ou AGHOS	0,3
		50% Profissionais da unidade conseguem agendar consultas e procedimentos em outros níveis de atenção em mais de sete dias.		Você consegue agendar procedimentos em outros níveis de atenção em até sete dias na vigência de complicações de tratamento?		
36. Presença de discussões de casos de TB atendidos pela equipe no serviço no ultimo quadrimestre.	Entrevista	100% Discussões sobre os planos terapêuticos dos pacientes com TB nas reuniões da Unidade.	0,2	Há discussões sobre os planos terapêuticos dos pacientes com TB nas reuniões da Unidade?	Sim, pois a médica é engajada nas questões de TB.	0,2
37. Capacidade (%) de avaliação de contatos	Observação de livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Avaliação de pelo menos 80% de contatos.	0,1	Numero de contatos identificados	Não há registro de contatos avaliados no livro de TB (apenas no prontuário E-SUS de 1 dos pacientes em tratamento).	0,0
		50% Avaliação de pelo menos 50% de contatos.		Numero de contatos avaliados		
		Cálculo = Número de contatos avaliados dividido pelo número de contatos identificados.				
38. Capacidade (%) de testagem anti-HIV em casos de TB no	Livro de Registro e Acompanhamento	100% Teste para o HIV em 80% dos pacientes com TB	0,1	Número de casos totais de TB	Três casos no ano	0,1

Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Pontuação	Orientação para a coleta de dados	Resposta	Pontuação
último quadrimestre	de Casos de TB	50% Teste para o HIV em 50% dos pacientes com TB Cálculo= Número de casos que realizaram teste HIV dividido pelo número de casos totais de TB.		Número de casos que realizaram teste HIV	3 = 100%	
39. Capacidade (%) de realização de cultura em casos de retratamento no último quadrimestre.	Observação no livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Realização de cultura em 80% dos retratamentos 50% Realização de cultura em 50% dos retratamentos Cálculo= Número de casos de retratamento que realizaram cultura/Número de casos de retratamento	0,1	Número de casos de retratamento Numero de casos que realizaram cultura	Todos casos eram VT 1 caso pela especificidade do caso	NA
40. Capacidade (%) de realização de Tratamento Diretamente Observado no último quadrimestre.	Entrevista	100% Realização de TDO em pelo menos 80% da população vulnerável 50% Realização de TDO em 50% da população vulnerável Cálculo= Número de casos em TDO dividido pelo número de casos de TB em população vulnerável (PSR, PVHA, retratamentos, casos de difícil adesão).	0,1	Numero de casos de pacientes em TDO Número de casos de pacientes vulneráveis	0 0	NA
41. Capacidade (%) de cura de casos novos no último ano.	Observação no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Cura em 85% dos casos novos de TB 50% Cura em 65% dos casos novos de TB Cálculo = Número de casos novos curados dividido pelo número total de casos novos.	0,1	Numero de casos novos curados no ultimo ano Número total de casos no ultimo ano	1 (1/2) 2 = 50%	0,0
42. Percentual de pacientes que abandonaram o tratamento	Observação no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Abandono do tratamento inferior a 5% nos casos novos de TB Cálculo = Número de abandonos entre os casos novos de TB dividido pelo número de casos novos total do período.	0,1	Número de pacientes que abandonaram o tratamento (fazer por mês) Número total de casos (fazer por mês)	Não houve abandono (0/2) 2	0,1
43. Capacidade (%) de retratamento de casos faltosos da Unidade de Saúde no próprio território	Observação no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Quando 80% dos pacientes da unidade que tiveram desfecho abandono retomarem o tratamento no território	0,1	Número de casos que retomaram o tratamento (por mês)	Não houve abandono	NA

<b>Indicador</b>	<b>Fonte de dados</b>	<b>Critério/ Padrão resposta</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Orientação para a coleta de dados</b>	<b>Resposta</b>	<b>Pontuação</b>
		Cálculo = número de casos que retomaram o tratamento dividido pelo número de casos em abandono.		Número de casos em abandono (por mês)		
44. Capacidade (%) de encerramento de casos no último ano.	Observação no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Informação do desfecho do tratamento em 100% dos pacientes atendidos no último ano	0,1	Número de casos com desfechos reportado	2	0,1
		Cálculo = Número de casos com desfechos reportado dividido pelo número total de casos		Número total de casos	2= 100%	

## ANEXO XI – Resultado da Aplicação do Instrumento na USB

Quadro 10 - Instrumento de avaliação da assistência ao paciente com Tuberculose na Atenção Primária em Saúde com os resultados da aplicação na USB.

Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Pontuação	Orientação para a coleta de dados	Resposta	Pontuação
1. Disponibilidade de local para coleta de escarro	Observação	100% Local conforme normas de biossegurança (local aberto e arejado, preferencialmente com incidência de luz solar).	0,2	Verificar condições do ambiente (local aberto e arejado, preferencialmente com incidência de luz solar)	Local adequado, porém não coletam escarro na unidade.	0,20
2. Disponibilidade de sala de uso multiprofissional para atendimento individual	Observação	100% Sala conforme normas de biossegurança (local arejado e ventilado com presença de janela, preferencialmente com incidência de luz solar).	0,2	Verificar se há uma sala conforme normas de biossegurança (local arejado e ventilado com presença de janela, preferencialmente com incidência de luz solar).	Sala com presença de basculante. Pouco ventilada.	0,00
3. Disponibilidade de local adequado para TDO	Observação	100% Local em que o paciente tenha privacidade para a tomada do medicamento (lugar reservado para esclarecimento das dúvidas em relação ao tratamento).	0,2	Há um local em que o paciente tenha privacidade para a tomada do medicamento? Quais as condições?	Sim, há a sala do acolhimento. Presença de janelas basculantes. Pouco ventilada	0,20
4. Disponibilidade de fluxo para atendimento de pacientes Sintomáticos Respiratórios	Observação	100% Disponibilidade de documento impresso ou digital.	0,1	Verificar se há documento impresso ou digital do fluxo de atendimentos de pacientes sintomáticos respiratórios	Não há.	0,0
5. Disponibilidade de pote para coleta de escarro	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, de 3 potes.	0,1	Verificar quantos potes para coleta de escarro estão disponíveis na unidade?	Caixa cheia de potes. Mais de 50 potes	0,1
		50% Disponibilidade de menos do que 3 potes.				
6. Disponibilidade de pedido de exame de escarro	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, 3 requisições.	0,1	Verificar quantos pedidos de exame de escarro estão disponíveis na unidade?	Bloco de pedidos. 10 folhas + arquivo digitalizado.	0,1
		50% Disponibilidade de menos do que 3 requisições.				
7. Disponibilidade de geladeira exclusiva para acondicionamento das amostras	Observação	100% Disponibilidade de geladeira exclusiva para acondicionamento das amostras.	0,1	Verificar se há disponibilidade de uma geladeira exclusiva ou não para acondicionamento de amostras de escarro. Quais as condições?	Há e está limpa.	0,1
		50% Disponibilidade de geladeira de uso não exclusivo				

Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Pontuação	Orientação para a coleta de dados	Resposta	Pontuação
8. Disponibilidade de transporte para encaminhamento das amostras para o laboratório	Entrevista	100% Unidade faz parte da rota de transporte de amostras da SMS para o laboratório.	0,1	Perguntar se a US faz parte da rota de transporte da SMS	Unidade faz parte da rota de coleta de escarro.	0,1
9. Disponibilidade de resultado de radiografia de tórax em até 7 dias para os pacientes atendidos na APS que precisam do Rx no último quadrimestre.	Observação no prontuário	100% Disponibilidade de resultado de radiografia de tórax em até 7 dias para >=75% dos pacientes atendidos no período.	0,2	Verificar data da coleta do escarro (início dos sintomas). Verificar data da consulta médica inicial.	Diagnóstico foi realizado no Hospital. Fez o RX lá.	NA
		50% Disponibilidade de radiografia de tórax em até 7 dias para >=50% dos pacientes atendidos no período.		Verificar a data da realização do RX tórax		
10. Recebimento dos resultados de exames de escarro na própria unidade de saúde em até 48 horas para os pacientes atendidos no último quadrimestre.	Observação no livro de sintomático respiratório.	100% Recebimento dos resultados de exames de escarro na própria unidade de saúde em até 48 horas para >=75% dos pacientes atendidos no período.	0,1	Data de inscrição dos SR no livro de SR	Todas as datas de registro coincidem com as datas dos resultados de 1ª e de 2ª amostra	0,0
		50% Recebimento dos resultados de exames de escarro na própria unidade de saúde em até 48 horas para >=50% dos pacientes atendidos no período.		Verificar a data do recebimento do resultado do exame de escarro		
11. Disponibilidade de livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios	Observação	100% Presença do livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios preenchido na Unidade de forma completa.	0,1	Numero de SR listados	9	0,05
		50% Presença do livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios preenchido na Unidade de forma incompleta.		Numero de SR com situação completa	6 6/9=66,6%	
12. Disponibilidade de ficha de notificação no SINAN	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, 1 ficha de notificação no SINAN.	0,1	Verificar se há ficha do SINAN disponível na US	Sim. Mais de 1 ficha	0,1
13. Disponibilidade de livro de acompanhamento de casos de TB	Observação no livro de acompanhamento de casos de TB	100% Presença do livro de acompanhamento de casos de TB preenchido na Unidade de forma completa.	0,1	Numero total de casos em acompanhamento	1	0,1
		50% Presença do livro de acompanhamento de casos de TB preenchido na Unidade de forma incompleta.		Numero de casos com situação completa - foto	1	
14. Disponibilidade de teste rápido para HIV	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, 2 testes rápido para HIV com validade vigente.	0,1	Verificar quantos testes para HIV estão disponíveis e a validade	12 testes disponíveis em data de validade.	0,1
15. Acesso a realização de exames laboratoriais	Entrevista	100% Conhecimento de local de referência para realização de exames laboratoriais (que não escarro).	0,1	Você sabe qual é o local de referência para realização de exames laboratoriais (que não escarro)?	Sim. São 2 laboratórios. Não há dificuldades.	0,1

Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Pontuação	Orientação para a coleta de dados	Resposta	Pontuação
16. Acesso para realização da prova tuberculínica	Entrevista	100% Conhecimento de centro de referência para realização da prova tuberculínica.	0,1	Você sabe qual o centro de referência para realização da prova tuberculínica?	Sim. CRTB Leno. Não há dificuldades.	0,1
17. Disponibilidade de fichas de acompanhamento do Tratamento Diretamente Observado	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, 1 ficha impressa de acompanhamento do Tratamento Diretamente Observado	0,1	Qual número de fichas impressas de acompanhamento do Tratamento Diretamente Observado?	Não há. Mas improvisam	0,0
18. Disponibilidade de medicamentos para tratamento da TB	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, 120 comprimidos de RHZE, 120 comprimidos de RH e 90 comprimidos de Hidrazida em data de validade.	0,2	Quantos comprimidos de RHZE estão disponíveis e na validade?	RHZE: 112 comprimidos, RH: 78 comprimidos e Hidrazida: 200 comprimidos	0,1
		50% Disponibilidade de no mínimo 60 RHZE, 60 RH e 45 H para 1 tratamento em número de dias não inferior a 15.				
19. Disponibilidade de lanche para pacientes em Tratamento Diretamente Observado (TDO)	Observação	100% Disponibilidade de 50% de lanches oferecidos pela SMS para TDO.	0,1	Qual número de pacientes em TDO?	Não há pacientes em TDO. Não há lanches disponíveis	NA
		Cálculo = número de pacientes em TDO multiplicado pelo número de dias restantes em TDO do mês a partir da data da visita.		Quantos lanches estão disponíveis na unidade?		
20. Disponibilidade de vale transporte	Observação	100% Disponibilidade de Vale Transporte oferecidos pela SMS.	0,1	Qual número de pacientes em acompanhamento na unidade?	Não há pacientes em TDO. Não há vales disponíveis.	NA
		De 1 à 5 pacientes em tratamento = 2 vale transporte		Quantos vale transporte estão disponíveis na unidade?		
		De 5 à 10 pacientes em tratamento = 3 vale transporte				
		Mais de 10 pacientes em tratamento = 4 vale transporte				
21. Presença de enfermeiro com capacitação envolvido com as questões da TB	Entrevista	100% Enfermeiro que participou de capacitação técnica sobre TB.	0,7	Na sua unidade existe um enfermeiro capacitado pela SMS para atuar com as questões de TB?	Sim. Dois enfermeiros que atendem TB e fizeram capacitação na GD em junho de 2017.	0,7
22. Presença de auxiliar/técnico de enfermagem com capacitação envolvido com as questões de TB	Entrevista	100% Auxiliar/técnico de enfermagem que participou de capacitação técnica sobre TB	0,5	Na sua unidade existe um auxiliar ou técnico de enfermagem capacitado pela SMS para atuar com as questões de TB?	São quatro técnicos de enfermagem que não realizaram capacitação sobre TB.	0,0

Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Pontuação	Orientação para a coleta de dados	Resposta	Pontuação
23. Presença de médico com capacitação envolvido com as questões da TB	Entrevista	100% Médico que participou de capacitação técnica sobre TB	0,8	Na sua unidade existe um médico capacitado pela SMS para atuar nas questões de TB?	Sim, mas não capacitam há mais de 2 anos	00
24. Presença de Agente Comunitário de Saúde ou Agente de Combate a Endemias com capacitação envolvido com as questões da TB	Entrevista	100% Agente Comunitário de Saúde ou Agente de Combate a Endemias que participou de capacitação técnica sobre TB	0,6	Na sua unidade existe um ACS ou ACE capacitado pela SMS para atuar nas questões de TB?	São 5 ACS e 1 ACE que é compartilhado com outra US. Não fazem capacitação há mais de dois anos.	0,0
25. Realização de capacitação técnica sobre TB no último ano	Entrevista	100% Participação de pelo menos 1 integrante da equipe nas capacitações da SMS no último ano.	0,4	Algum integrante da equipe participou de capacitação técnica sobre TB no último ano?	Sim, 2 enfermeiros.	0,4
26. Capacidade (%) de avaliação de Sintomáticos Respiratórios no último trimestre	Observação no livro de sintomático respiratório	100% Avaliação de 80% ou mais dos sintomáticos respiratórios	0,5	População adscrita	4797 Meta anual: 48/3 trimestre=16	0,0
		50% Avaliação de 60 a 79% de sintomáticos respiratórios		Número de sintomáticos avaliados no último trimestre	9 pacientes listados, 6 com situação completa (6/16 =37,5% meta)"	
		Cálculo = total da população adscrita multiplicado por 1%.				
27. Capacidade (%) de confirmação diagnóstica de TB nos sintomáticos respiratórios avaliados no último trimestre	Observação no livro de sintomático respiratório	100% Confirmação laboratorial de diagnóstico de TB em no mínimo 4% dos SR avaliados.	0,5	Numero de casos confirmados de TB no último trimestre	0	0,0
		50% Confirmação laboratorial de diagnóstico de TB em no mínimo 2% dos SR avaliados.		Número de sintomáticos avaliados no último trimestre	6	
		Cálculo = Número de casos confirmados dividido pelo Número de sintomáticos respiratórios avaliados				
28. Oferta de consulta médica (%) em até 24 horas para início de tratamento em pacientes com confirmação laboratorial no último trimestre.	Observação no prontuário	100% Registro em prontuário de 100% de consultas médicas em até 24 horas para início de tratamento em pacientes com confirmação laboratorial no último trimestre.	0,5	Verificar a data do resultado do exame de escarro	Paciente iniciou tratamento no hospital Vila Nova	NA
				Verificar a data de início de tratamento		
29. Capacidade (%) de notificação de casos no SINAN no último trimestre	Observação no livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB e no banco de dados do	100% satisfatório para registro de pelo menos 80% de casos notificados no SINAN	0,2	Número de casos registrados no SINAN no último trimestre (ver ano todo)	1	0,2
		50% satisfatório para registros entre 60 e 79% de casos notificados no SINAN		Número de casos registrados no livro de acompanhamento	1 100%	

Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Pontuação	Orientação para a coleta de dados	Resposta	Pontuação
	SINAN/CGVS	Cálculo = Número de casos registrados no SINAN dividido pelo número de casos registrados no Livro de Registro e acompanhamento		de casos de TB		
30. Oferta de consulta médica (%) em até 24 horas para manejo de efeitos adversos no último quadrimestre	Observação no Prontuário	100% Registro em prontuário de 100% de consultas médicas em até 24 horas para manejo de efeitos adversos menores no último quadrimestre.	0,3	Verificar data de efeitos adversos Verificar data de atendimento médico	Não houve efeitos adversos. Não se aplica.	NA
31. Realização de controle de exame de escarro	Observação no livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Registro de 80% de preenchimento de baciloscopia de acompanhamento no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB.	0,3	Numero total de casos registrados no livro de acompanhamento de casos de TB	1	0,0
		50% Registro entre 60 e 79% de preenchimento de baciloscopia de acompanhamento no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB.		Número de casos de TB com acompanhamento mensal de controle de BK completo	1	
32. Oferta de 100% Tratamento Diretamente Observado	Entrevista	100% Oferta para realização de TDO para 100% dos pacientes.	0,3	Você oferta o TDO para 100% dos pacientes?	Não. Se não apresentar problema de adesão, os pacientes mesmo tomam.	0,0
33. Busca de faltosos	Prontuário	100% Realização de, no mínimo, dois contatos registrados em prontuário, para busca do faltoso em consulta médica.	0,4	Número de pacientes faltosos	Não há registro de paciente faltoso. Não se aplica	NA
				Número de contatos realizados e registrados em prontuário		
34. Presença de articulação com outros níveis de atenção na vigência de coinfeção TB/HIV	Entrevista	100% Profissionais da US conseguem agendar consultas e procedimentos em outros níveis de atenção em até 7 dias.	0,2	Você consegue agendar consultas em outros níveis de atenção em até 7 dias na vigência de coinfeção TB/HIV?	Sim. É tranquilo em até sete dias.	0,2
		50% Profissionais da US conseguem agendar consultas e procedimentos em outros níveis de atenção em mais de 7 dias.		Você consegue agendar procedimentos (PPD) em outros níveis de atenção em até 7 dias na vigência de coinfeção TB/HIV?		
35. Presença de articulação com outros níveis de atenção quando há complicações no tratamento	Entrevista	100% Profissionais da US conseguem agendar consultas e procedimentos em outros níveis de atenção em até 7 dias.	0,3	Você consegue agendar consultas em outros níveis de atenção em até 7 dias na vigência de complicações de tratamento?	Sim. É tranquilo via CRTB ou AGHOS	0,3

Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Pontuação	Orientação para a coleta de dados	Resposta	Pontuação
		50% Profissionais da US conseguem agendar consultas e procedimentos em outros níveis de atenção em mais de 7 dias.		Você consegue agendar procedimentos em outros níveis de atenção em até 7 dias na vigência de complicações de tratamento?		
36. Presença de discussões de casos de TB atendidos pela equipe no serviço no último quadrimestre.	Entrevista	100% Discussões sobre os planos terapêuticos dos pacientes com TB nas reuniões da Unidade.	0,2	Há discussões sobre os planos terapêuticos dos pacientes com TB nas reuniões da Unidade?	Não. As discussões são caso a caso diretamente com enfermeiro ou médico	0,0
37. Capacidade (%) de avaliação de contatos	Observação de livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Avaliação de pelo menos 80% de contatos.	0,1	Numero de contatos identificados	0	0,0
		50% Avaliação de pelo menos 50% de contatos.		Numero de contatos avaliados	Não há registro de contatos avaliados no livro de TB. Mas foi coletado escarro de todos. Estavam no livro de SR	
		Cálculo = Número de contatos avaliados dividido pelo número de contatos identificados.				
38. Capacidade (%) de testagem anti-HIV em casos de TB no último quadrimestre	Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Teste para o HIV em 80% dos pacientes com TB	0,1	Número de casos totais de TB	1	0,1
		50% Teste para o HIV em 50% dos pacientes com TB		Número de casos que realizaram teste HIV	1 100%	
		Cálculo= Número de casos que realizaram teste HIV dividido pelo número de casos totais de TB.				
39. Capacidade (%) de realização de cultura em casos de retratamento no último quadrimestre.	Observação no livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Realização de cultura em 80% dos retratamentos	0,1	Número de casos de retratamento	0	NA
		50% Realização de cultura em 50% dos retratamentos		Numero de casos que realizaram cultura	0	
		Cálculo= Número de casos de retratamento que realizaram cultura/Número de casos de retratamento				
40. Capacidade (%) de realização de Tratamento Diretamente Observado no último quadrimestre.	Entrevista	100% Realização de TDO em pelo menos 80% da população vulnerável	0,1	Numero de casos de pacientes em TDO	0	0,0
		50% Realização de TDO em 50% da população vulnerável				
		Cálculo= Número de casos em TDO dividido pelo número de casos de TB em população vulnerável (PSR, PVHA, retratamentos, casos de difícil adesão).		Número de casos de pacientes vulneráveis	1 paciente (alcoolista)	

<b>Indicador</b>	<b>Fonte de dados</b>	<b>Critério/ Padrão resposta</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Orientação para a coleta de dados</b>	<b>Resposta</b>	<b>Pontuação</b>
41. Capacidade (%) de cura de casos novos no último ano.	Observação no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Cura em 85% dos casos novos de TB	0,1	Número de casos novos curados no último ano	Não há nenhum registro de paciente no livro de acompanhamento de casos até junho de 2018.	0,0
		50% Cura em 65% dos casos novos de TB		Número total de casos no último ano	5 pacientes registrados no SINAN	
		Cálculo = Número de casos novos curados dividido pelo número total de casos novos.				
42. Percentual de pacientes que abandonaram o tratamento	Observação no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Abandono do tratamento inferior a 5% nos casos novos de TB	0,1	Número de pacientes que abandonaram o tratamento (fazer por mês)	Não há nenhum registro de paciente no livro de acompanhamento de casos até junho de 2018	0,0
		Cálculo = Número de abandonos entre os casos novos de TB dividido pelo número de casos novos total do período.		Número total de casos	0	
43. Capacidade (%) de retratamento de casos faltosos da Unidade de Saúde no próprio território	Observação no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Quando 80% dos pacientes da unidade que tiveram desfecho abandono retomarem o tratamento no território	0,1	Número de casos que retomaram o tratamento (por mês)	Não há nenhum registro de paciente no livro de acompanhamento de casos até junho de 2018.	0,0
		Cálculo = número de casos que retomaram o tratamento dividido pelo número de casos em abandono.		Número de casos em abandono (por mês)		
44. Capacidade (%) de encerramento de casos no último ano.	Observação no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Informação do desfecho do tratamento em 100% dos pacientes atendidos no último ano	0,1	Número de casos com desfechos reportado	Não há nenhum registro de paciente no livro de acompanhamento de casos até junho de 2018.	0,0
		Cálculo = Número de casos com desfechos reportado dividido pelo número total de casos		Número total de casos	0	

## ANEXO XII – Instrumento Final

Quadro 11 – Instrumento de avaliação da assistência ao paciente com Tuberculose na Atenção Primária em Saúde (versão final)

Dimensão	Subdimensão	Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Valor do item	Item	Pontuação
Recursos Físicos	Estrutura física	Disponibilidade de local para coleta de escarro	Observação	100% Local conforme normas de biossegurança (local aberto e arejado, preferencialmente com incidência de luz solar).	0,2	Verificar condições do ambiente (local aberto e arejado, preferencialmente com incidência de luz solar)	
Recursos Físicos	Estrutura física	Disponibilidade de sala de uso multiprofissional para atendimento individual	Observação	100% Sala conforme normas de biossegurança (local arejado e ventilado com presença de janela, preferencialmente com incidência de luz solar).	0,2	Verificar se há uma sala conforme normas de biossegurança (local arejado e ventilado com presença de janela, preferencialmente com incidência de luz solar).	
Recursos Físicos	Estrutura física	Disponibilidade de local adequado para TDO	Observação	100% Local em que o paciente tenha privacidade para a tomada do medicamento (lugar reservado para esclarecimento das dúvidas em relação ao tratamento).	0,2	Há um local em que o paciente tenha privacidade para a tomada do medicamento? Quais as condições?	
Recursos Físicos	Insumos	Disponibilidade de fluxo para atendimento de pacientes Sintomáticos Respiratórios	Observação	100% Disponibilidade de documento impresso ou digital.	0,1	Verificar se há documento impresso ou digital do fluxo de atendimentos de pacientes sintomáticos respiratórios	
Recursos Físicos	Insumos	Disponibilidade de pote para coleta de escarro	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, de três potes.	0,1	Verificar quantos potes para coleta de escarro estão disponíveis na US?	
				50% Disponibilidade de menos do que três potes.			
Recursos Físicos	Insumos	Disponibilidade de pedido de exame de escarro	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, 3 requisições.	0,1	Verificar quantos pedidos de exame de escarro estão disponíveis na US?	
				50% Disponibilidade de menos do que três requisições.			
Recursos Físicos	Insumos	Disponibilidade de geladeira exclusiva para acondicionamento das	Observação	100% Disponibilidade de geladeira exclusiva para acondicionamento das amostras.	0,1	Verificar se há disponibilidade de uma geladeira exclusiva ou	

Dimensão	Subdimensão	Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Valor do item	Item	Pontuação
Recursos Físicos	Insumos	amostras		50% Disponibilidade de geladeira de uso não exclusivo		não para acondicionamento de amostras de escarro. Quais as condições?	
Recursos Físicos	Insumos	Disponibilidade de transporte para encaminhamento das amostras para o laboratório	Entrevista	100% Unidade faz parte da rota de transporte de amostras da SMS para o laboratório.	0,1	Perguntar se a US faz parte da rota de transporte da SMS	
Recursos Físicos	Insumos	Disponibilidade de resultado de radiografia de tórax em até sete dias para os pacientes atendidos na APS que precisam do Rx no último quadrimestre.	Observação no prontuário	100% Disponibilidade de resultado de radiografia de tórax em até sete dias para $\geq 75\%$ dos pacientes atendidos no período.	0,2	Verificar data da consulta médica inicial.	
Recursos Físicos	Insumos			50% Disponibilidade de radiografia de tórax em até sete dias para $\geq 50\%$ dos pacientes atendidos no período.		Verificar a data da realização do RX tórax	
Recursos Físicos	Insumos	Recebimento dos resultados de exames de escarro na própria unidade de saúde em até 48 horas para os pacientes atendidos no último quadrimestre.	Observação no livro de Registro de SR	100% Recebimento dos resultados de exames de escarro na própria unidade de saúde em até 48 horas para $\geq 75\%$ dos pacientes atendidos no período.	0,1	Data de inscrição dos SR no livro de SR	
				50% Recebimento dos resultados de exames de escarro na própria unidade de saúde em até 48 horas para $\geq 50\%$ dos pacientes atendidos no período.		Verificar a data do recebimento do resultado do exame de escarro	
Recursos Físicos	Insumos	Disponibilidade de livro de Registro de SR	Observação	100% Presença do livro de Registro de SR preenchido na Unidade de forma completa.	0,1	Numero de SR listados	
Recursos Físicos				50% Presença do livro de Registro de SR preenchido na Unidade de forma completa.		Numero de SR com situação completa	
Recursos Físicos	Insumos	Disponibilidade de ficha de notificação no SINAN	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, 1 ficha de notificação no SINAN.	0,1	Verificar se há ficha do SINAN disponível na US	
Recursos Físicos	Insumos	Disponibilidade de livro de acompanhamento de casos de TB	Observação no livro de acompanhamento de casos de TB	100% Presença do livro de acompanhamento de casos de TB preenchido na Unidade de forma completa.	0,1	Numero total de casos em acompanhamento	
Recursos Físicos				50% Presença do livro de acompanhamento de casos de TB preenchido na Unidade de forma completa.		Numero de casos com situação completa	
Recursos Físicos	Insumos	Disponibilidade de teste rápido para HIV	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, dois testes rápido para HIV com validade vigente.	0,1	Verificar quantos testes para HIV estão disponíveis e a validade	

Dimensão	Subdimensão	Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Valor do item	Item	Pontuação
Recursos Físicos	Insumos	Acesso a realização de exames laboratoriais	Entrevista	100% Conhecimento de local de referência para realização de exames laboratoriais (que não escarro).	0,1	Você sabe qual é o local de referência para realização de exames laboratoriais (que não escarro)?	
Recursos Físicos	Insumos	Acesso para realização da prova tuberculínica	Entrevista	100% Conhecimento de centro de referência para realização da prova tuberculínica.	0,1	Você sabe qual o centro de referência para realização da prova tuberculínica?	
Recursos Físicos	Insumos	Disponibilidade de fichas de acompanhamento do TDO	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, uma ficha impressa de acompanhamento do TDO.	0,1	Qual o número de fichas impressas de acompanhamento do TDO?	
Recursos Físicos	Insumos	Disponibilidade de medicamentos para tratamento da TB	Observação	100% Disponibilidade de, no mínimo, 120 comprimidos de RHZE, 120 comprimidos de RH e 90 comprimidos de Isoniazida em data de validade.	0,2	Quanto comprimidos de RHZE, RH e Hidrazida estão disponíveis e na validade?	
				50% Disponibilidade de no mínimo 60 comprimidos de RHZE, 60 comprimidos de RH e 45 comprimidos de Hidrazida para um tratamento em número de dias não inferior a 15.			
Recursos Físicos	Fatores facilitadores de adesão	Disponibilidade de lanche para pacientes em TDO	Observação	100% Disponibilidade de 50% de lanches oferecidos pela SMS para TDO.	0,1	Qual número de pacientes em TDO?	
				Cálculo = número de pacientes em TDO multiplicado pelo número de dias restantes em TDO do mês a partir da data da visita.		Quanto lanches estão disponíveis na unidade?	
Recursos Físicos	Fatores facilitadores de adesão	Disponibilidade de vale transporte	Observação	100% Disponibilidade de Vale Transporte oferecidos pela SMS.	0,1	Qual número de pacientes em acompanhamento na unidade?	
				De 1 à 5 pacientes em tratamento = 2 vale transporte		Quanto vale transporte estão disponíveis na unidade?	
				De 5 à 10 pacientes em tratamento = 3 vale transporte			
				Mais de 10 pacientes em tratamento = 4 vale transporte			

Dimensão	Subdimensão	Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Valor do item	Item	Pontuação
Recursos humanos	Profissionais capacitados	Presença de enfermeiro com capacitação envolvido com as questões da TB	Entrevista	100% Enfermeiro que participou de capacitação técnica sobre TB nos últimos dois anos.	0,7	Na sua unidade existe um enfermeiro capacitado pela SMS para atuar com as questões de TB?	
Recursos humanos	Profissionais capacitados	Presença de auxiliar/técnico de enfermagem com capacitação envolvido com as questões de TB	Entrevista	100% Auxiliar/técnico de enfermagem que participou de capacitação técnica sobre TB nos últimos dois anos.	0,5	Na sua unidade existe um auxiliar ou técnico de enfermagem capacitado pela SMS para atuar com as questões de TB?	
Recursos humanos	Profissionais capacitados	Presença de médico com capacitação envolvido com as questões da TB	Entrevista	100% Médico que participou de capacitação técnica sobre TB nos últimos dois anos.	0,8	Na sua unidade existe um médico capacitado pela SMS para atuar nas questões de TB?	
Recursos humanos	Profissionais capacitados	Presença de ACS ou ACE com capacitação envolvido com as questões da TB	Entrevista	100% ACS ou ACE que participou de capacitação técnica sobre TB nos últimos dois anos.	0,6	Na sua unidade existe um ACS ou ACE capacitado pela SMS para atuar nas questões de TB?	
Recursos humanos	Profissionais capacitados	Realização de capacitação técnica sobre TB no último ano	Entrevista	“100% de organização interna da US de pelo menos uma atividade de capacitação, discussão de manejo clínico e fluxos da TB no último ano”	0,4	Quando foi a última vez em que realizaram uma atividade de capacitação, discussão de manejo clínico e fluxos da TB?	
Capacidade Técnica	Diagnóstico	Capacidade (%) de avaliação de SR último quadrimestre	Observação no livro de SR	100% Avaliação de 80% ou mais dos SR	0,5	População adscrita	
				50% Avaliação de 60 a 79% de SR		Número de SR avaliados no ultimo quadrimestre	
				Cálculo = total da população adscrita multiplicado por 1%.			
Capacidade Técnica	Diagnóstico	Capacidade (%) de confirmação diagnóstica de TB nos SR avaliados no último quadrimestre	Observação no livro de SR e Livro de Acompanhamento de Casos de TB	100% Confirmação laboratorial de diagnóstico de TB em no mínimo 4% dos SR avaliados.	0,5	Numero de casos de SR avaliados e confirmados de TB no último quadrimestre	
				50% Confirmação laboratorial de diagnóstico de TB em no mínimo 2% dos SR avaliados.		Número de SR avaliados no ultimo quadrimestre	
				Cálculo = Número de casos confirmados entre os SR dividido pelo Número de SR avaliados			

Dimensão	Subdimensão	Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Valor do item	Item	Pontuação
Capacidade técnica	Diagnóstico	Oferta de consulta médica (%) em até 24 horas para início de tratamento em pacientes com confirmação laboratorial identificados na US no último quadrimestre.	Observação no prontuário	100% Registro em prontuário de 100% de consultas médicas em até 24 horas para início de tratamento em pacientes com confirmação laboratorial no último quadrimestre com diagnóstico na US.	0,5	Verificar a data do resultado do exame de escarro	
						Verificar a data de início de tratamento	
Capacidade técnica	Tratamento	Capacidade (%) de notificação de casos no SINAN no último quadrimestre	Observação no livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB e no banco de dados do SINAN	100% satisfatório para registro de pelo menos 80% de casos notificados no SINAN	0,2	Número de casos registrados no SINAN no último quadrimestre (ver ano todo)	
				50% satisfatório para registros entre 60 e 79% de casos notificados no SINAN		Número de casos registrados no livro de acompanhamento de casos de TB (ver ano todo)	
				Cálculo = Número de casos registrados no SINAN dividido pelo número de casos registrados no Livro de Registro e acompanhamento			
Capacidade técnica	Tratamento	Oferta de consulta médica (%) em até 24 horas para manejo de efeitos adversos no último quadrimestre	Observação no Prontuário	100% Registro em prontuário de 100% de consultas médicas em até 24 horas para manejo de efeitos adversos menores no último quadrimestre.	0,3	Verificar data de efeitos adversos	
						Verificar data de atendimento médico	
Capacidade técnica	Tratamento	Realização de controle de exame de escarro	Observação no livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Registro de 80% de preenchimento de baciloscopia de acompanhamento no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB.	0,3	Numero total de casos registrados no livro de acompanhamento de casos de TB	
				50% Registro entre 60 e 79% de preenchimento de baciloscopia de acompanhamento no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB.		Número de casos de TB com acompanhamento mensal de controle de BK completo	
Capacidade técnica	Tratamento	Oferta de 100% de TDO	Entrevista	100% Oferta para realização de TDO para 100% dos pacientes.	0,3	Você oferta o TDO para 100% dos pacientes?	
Capacidade técnica	Tratamento	Busca de faltosos, no último ano.	Prontuário	100% Realização de, no mínimo, dois contatos registrados em prontuário, para busca do faltoso em consulta médica.	0,4	Número de pacientes faltosos	
						Número de contatos realizados e registrados em prontuário	
Capacidade técnica	Tratamento	Presença de articulação com outros níveis de atenção na vigência de coinfeção TB/HIV	Entrevista	100% Profissionais da US conseguem agendar consultas e procedimentos em outros níveis de atenção em até 7 dias.	0,2	Você consegue agendar consultas em outros níveis de atenção em até 7 dias na vigência de coinfeção TB/HIV?	
				50% Profissionais da US conseguem agendar consultas e procedimentos em outros níveis de atenção em mais de 7 dias.			

Dimensão	Subdimensão	Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Valor do item	Item	Pontuação
Capacidade técnica	Tratamento	Presença de articulação com outros níveis de atenção quando há complicações no tratamento	Entrevista	100% Profissionais da US conseguem agendar consultas e procedimentos em outros níveis de atenção em até sete dias.	0,3	Você consegue agendar consultas em outros níveis de atenção em até sete dias na vigência de complicações de tratamento?	
				50% Profissionais da US conseguem agendar consultas e procedimentos em outros níveis de atenção em mais de sete dias.		Você consegue agendar procedimentos em outros níveis de atenção em até sete dias na vigência de complicações de tratamento?	
Capacidade técnica	Tratamento	Presença de discussões de casos de TB atendidos pela equipe no serviço no ultimo quadrimestre.	Entrevista	100% Discussões sobre os planos terapêuticos dos pacientes com TB nas reuniões da Unidade.	0,2	Há discussões sobre os planos terapêuticos dos pacientes com TB nas reuniões da Unidade?	
Capacidade Técnica	Alcance	Capacidade (%) de avaliação de contatos	Observação de livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB e prontuário	100% Avaliação de pelo menos 80% de contatos.	0,1	Numero de contatos identificados	
				50% Avaliação de pelo menos 50% de contatos.		Numero de contatos avaliados	
				Cálculo = Número de contatos avaliados dividido pelo número de contatos identificados.			
Capacidade Técnica	Alcance	Capacidade (%) de testagem anti-HIV em casos de TB no último quadrimestre	Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB e prontuário	100% Teste para o HIV em 80% dos pacientes com TB	0,1	Número de casos totais de TB	
				50% Teste para o HIV em 50% dos pacientes com TB		Número de casos que realizaram teste HIV	
				Cálculo= Número de casos que realizaram teste HIV dividido pelo número de casos totais de TB.			
Capacidade Técnica	Alcance	Capacidade (%) de realização de cultura em casos de retratamento no último quadrimestre.	Observação no livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB e prontuário	100% Realização de cultura em 80% dos retratamentos	0,1	Numero de casos de retratamento (fazer por mês)	
				50% Realização de cultura em 50% dos retratamentos		Numero de casos que realizaram cultura	
				Cálculo= Número de casos de retratamento que realizaram cultura/Número de casos de retratamento			
Capacidade Técnica	Alcance	Capacidade (%) de realização de Tratamento	Entrevista	100% Realização de TDO em pelo menos 80% da população vulnerável	0,1	Numero de casos de pacientes em TDO	

Dimensão	Subdimensão	Indicador	Fonte de dados	Critério/ Padrão resposta	Valor do item	Item	Pontuação
		Diretamente Observado no último quadrimestre.		50% Realização de TDO em 50% da população vulnerável			
				Cálculo= Número de casos em TDO dividido pelo número de casos de TB em população vulnerável*		Número de casos de pacientes vulneráveis	
Capacidade Técnica	Alcance	Capacidade (%) de cura de casos novos no último ano.	Observação no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Cura em 85% dos casos novos de TB	0,1	Numero de casos novos curados no ultimo ano	
				50% Cura em 65% dos casos novos de TB		Número total de casos no ultimo ano	
				Cálculo = Número de casos novos curados dividido pelo número total de casos novos.			
Capacidade Técnica	Alcance	Percentual de pacientes que abandonaram o tratamento no último ano.	Observação no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Abandono do tratamento inferior a 5% nos casos novos de TB	0,1	Número de pacientes que abandonaram o tratamento	
				Cálculo = Número de abandonos entre os casos novos de TB dividido pelo número de casos novos total do período.		Número total de casos	
Capacidade Técnica	Alcance	Capacidade (%) de retratamento de casos faltosos da Unidade de Saúde no próprio território no último ano.	Observação no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Quando 80% dos pacientes da unidade que tiveram desfecho abandono retomarem o tratamento no território	0,1	Número de casos que retomaram o tratamento	
				Cálculo = número de casos que retomaram o tratamento dividido pelo número de casos em abandono.		Número de casos em abandono	
Capacidade técnica	Alcance	Capacidade (%) de encerramento de casos no último ano.	Observação no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB	100% Informação do desfecho do tratamento em 100% dos pacientes atendidos no último ano	0,1	Número de casos com desfechos reportado	
				Cálculo = Número de casos com desfechos reportado dividido pelo número total de casos		Número total de casos	

## Legenda:

ACE - Agente Comunitário de Endemias

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária em Saúde

H - Hidrazida

\*População vulnerável para tuberculose: pessoa vivendo em situação de rua, pessoa vivendo com HIV, casos de retratamento e casos com difícil adesão ao tratamento

RX - Radiografia de tórax

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória

SMS - Secretaria Municipal da Saúde

SR - Sintomático respiratório

TB - Tuberculose

TDO - Tratamento diretamente observado

US - Unidade de Saúde

