

**ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO - ESPPE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE
EM GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

MAURIANNY PALMEIRA DA COSTA

**DIAGNÓSTICO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO
MUNICÍPIO DE GOIANA.**

GOIANA, 2018.

MAURIANNY PALMEIRA DA COSTA

**DIAGNÓSTICO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO
MUNICÍPIO DE GOIANA.**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, como requisito para a obtenção do título de Sanitarista.

Orientador: Ms. Rafael Ferreira de França.

GOIANA, 2018.

**DIAGNÓSTICO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO
MUNICÍPIO DE GOIANA.**

**DIAGNOSIS OF THE TUBERCULOSIS CONTROL PROGRAM IN THE
MUNICIPALITY OF GOIANA.**

**DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
EN EL MUNICIPIO DE GOIANA.**

MAURIANNY PALMEIRA DA COSTA – ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO - ESPPE. Residente em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde. Email: maurianny_palmeira@hotmail.com

RAFAEL FERREIRA DE FRANÇA – SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO – SES. Mestre em Gestão e Economia da Saúde pela UFPE. Email: rafa_sus@yahoo.com.br

RESUMO: Objetivo: Levando em consideração a magnitude da Tuberculose no mundo, nas Américas, no Brasil e no estado de Pernambuco, este estudo se propõe a verificar o Programa de Controle da Tuberculose no município de Goiana – PE, com o intuito de revelar o nível que se encontra as unidades de saúde da família. **Métodos:** Trata-se de um estudo de caráter descrito e transversal, sendo estudadas as (23) unidades do município, para os componentes de estrutura e processo por meio da aplicação de um questionário. Para análise dos dados foi utilizado o Programa Microsoft Excel 2010. **Resultados:** Revelam fragilidades no componente vigilância e mostra unidades classificadas em nível baixo para o componente educação, com mínimo e máximo variando de (0) a (100). **Conclusão:** Esta classificação constitui importante ferramenta para tomada de decisão tanto pela gestão como pelas equipes de saúde potencializando o processo de trabalho.

Palavras Chave: Tuberculose, Programa de Controle da Tuberculose, Saúde Pública.

ABSTRACT: Objective: Taking into account the magnitude of Tuberculosis in the world, in the Americas, in Brazil and in the state of Pernambuco, this study proposes to verify the Program of Control of Tuberculosis in the city of Goiana – PE, with the aim of revealing the level of family health units. **Methods:** It is a study of described character and transversal, being studied the (23) units of the municipality for the components of structure and process by means of the application of a questionnaire. For data analysis, the Microsoft Excel 2010 were used. **Results:** Reveal weaknesses in the surveillance component and shows units classified at low level for the education component with minimum and maximum ranging from (0) to (100). **Conclusion:** This classification is an important tool for decision making both by the management and by the health teams, enhancing the work process.

Keywords: Tuberculosis, Tuberculosis Control Program, Public health.

Resumen: Objetivo: Tomando en consideración la magnitud de la Tuberculosis en el mundo, en las Américas, en Brasil y en el estado de Pernambuco, este estudio se propone verificar el Programa de Control de la Tuberculosis en el municipio de Goiana – PE, con el fin de revelar el nivel que se encuentra en las unidades de salud de la familia. **Métodos:** Se trata de un estudio de carácter descripto y transversal, siendo estudiadas las (23) unidades del municipio para los componentes de estructura y proceso mediante la aplicación de un cuestionario. Para el análisis de los datos se utilizó el Programa Microsoft Excel 2010. **Resultados:** Revelan fragilidades en el componente de vigilancia y muestra unidades clasificadas a nivel bajo para el componente de educación, con un mínimo y máximo que varía de (0) a (100). **Conclusión:** Esta

clasificación constituye una importante herramienta para la toma de decisiones tanto por la gestión y los equipos de salud que potencian el proceso de trabajo.

Palabras clave: Tuberculosis, Programa de Control de la Tuberculosis, Salud pública.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa de evolução crônica seu agente etiológico o *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK), afeta prioritariamente os pulmões, podendo acometer outros órgãos e sistemas. A forma pulmonar da TB, além de ser mais frequente é também a mais relevante, apresentando-se como a principal responsável pela transmissão da doença^{1,2}.

Estima-se que até o ano de 2020, um bilhão de pessoas sejam infectadas, duzentos milhões adoeçam e trinta e cinco milhões venham a óbito, com mais de oito milhões de casos novos a três milhões de mortes decorrentes da doença por ano. Em 2010 foram diagnosticados e notificados seis milhões de casos de tuberculose no mundo, sendo cinco milhões de casos novos, equivalentes a 65% dos casos estimados para o mesmo ano. A Índia e a China representam 40% dos casos notificados e o Brasil encontra-se entre os 22 países que concentram 82% dos casos de tuberculose no mundo³.

Em relação às prioridades estabelecidas, como à detecção precoce de casos, o tratamento do paciente e a cura do paciente³, o Brasil segue essa proposta. Mas para a efetivação desses passos é necessário que as atividades desenvolvidas estejam relacionadas a abordagens que visem à redução do estigma que ainda existe em torno da doença e à melhoria das estratégias para adesão ao tratamento, não perdendo de vista a necessidade de articulação com outras áreas, inclusive fora do setor da saúde.

O estado de Pernambuco ocupa o terceiro lugar em incidência, segundo lugar em mortalidade e o sexto lugar em abandono do tratamento de TB no Brasil. A capital Recife destaca-se ainda com o quarto lugar em incidência e o segundo lugar em mortalidade do estado. No período entre 2001 e 2014, foram registrados 57.015 casos novos de todas as formas de TB no território de Pernambuco, 6.473 desses casos obtiveram encerramento classificado como ‘abandono’ do tratamento, o que equivale a uma proporção de abandono total de 11,3%⁴.

Diante do caráter multifatorial que está envolvido o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), a busca pela integração na atenção a saúde não é tarefa fácil, pois abrange diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária), conta ainda com diversas fontes de financiamento, profissionais de distintas formações e especialidades, disparidade estrutural e de recursos tecnológicos, além de um público variado que utiliza desse sistema⁵.

Em virtude desse complexo sistema de saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), são estratégias de reestruturação, especialmente no que se refere à superação do modo fragmentado de operar a assistência e a gestão, assegurando ao usuário o conjunto de ações e serviços com maior efetividade e eficiência⁶.

Quando os sistemas de saúde se encontram fragmentados, há dificuldade em prestar uma assistência adequada aos pacientes de condições crônicas, onde é necessário acompanhamento em centros de referências por profissionais especializados e por equipe multidisciplinar, com articulação entre todos os níveis de atenção. Não existindo essa comunicação fica comprometida a assistência prestada⁷.

Como porta de entrada preferencial RAS, a Atenção Primária à Saúde (APS) pressupõe contato próximo e vínculo com a população do território, devendo possuir as

condições: identificar sintomáticos respiratórios; fazer diagnóstico da tuberculose pulmonar bacilífera; e realizar tratamento com esquema básico. No entanto, o diagnóstico da TB ainda é tardio e há necessidade de maior eficácia do acesso à saúde, configurando desta forma um obstáculo para cura e controle da doença⁸.

Diante desse cenário com o intuito de intensificar as ações contra a TB, no Brasil, elaborou-se um Plano de Ação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), fundamentando-se na descentralização das medidas de prevenção e controle para APS. Essa por sua vez, pauta na horizontalização das medidas de controle, vigilância e prevenção, fortalecendo-se especialmente por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), ampliando por conseguinte o acesso da população em geral e das populações mais vulneráveis ou sob risco acrescido de contrair a TB^{9,10}.

O estado de Pernambuco adotou como política de estado o Programa SANAR que tem como prioridade o enfrentamento das doenças negligenciadas, estas são doenças que expressam elevada taxa de morbimortalidade sendo passíveis de intervenção, causam incapacidades além de serem preveníveis e até mesmo podem ser eliminadas dentre elas encontra-se a tuberculose¹¹.

Levando em consideração a magnitude da TB no mundo, especialmente, no Brasil e no estado de Pernambuco, este estudo se propõe a avaliar o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) em um dos municípios prioritários no estado.

Goiana encontra-se entre os municípios do estado de Pernambuco que apresenta níveis críticos de controle da TB apresentando altas taxas de pacientes que abandonam o tratamento e baixa detecção de casos novos.

MÉTODOS

Estudo de caráter descritivo e transversal. Sendo realizado no município de Goiana, região metropolitana do estado de Pernambuco, sede da XII Região de Saúde, na qual abrange em sua composição dez municípios. Goiana apresenta em seu território 23 USF de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Foram utilizados dados primários na qual foram coletados de maio a dezembro de 2017. Por meio de um questionário estruturado e validado pela equipe da Gerência de Doenças Transmitidas por Micobactérias da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES - PE). O mesmo foi composto por dados de identificação da USF e do entrevistado e por 40 questões relacionadas à estrutura e ao processo de trabalho, referentes à tuberculose. A população deste estudo foi intencional constituída pelas vinte e três (23) Unidades de Saúde da Família do município.

Os componentes básicos do instrumento aplicado estão apresentados na tabela 1, este se subdivide em seis subcomponentes no total, contendo, em sua grande maioria, questões com respostas objetivas.

A tabela 1, a seguir, apresenta os componentes e subcomponentes que constituem o instrumento de coleta, e o modo com o qual estão agrupados.

Tabela 1. Componentes e subcomponentes do instrumento de coleta de dados.

COMPONENTES	SUBCOMPONENTES	PONTUAÇÃO ESPERADA
ESTRUTURA	Impressos	24
	Normatização	5
PROCESSO / VIGILÂNCIA / ASSISTÊNCIA	Assessoramento Técnico	4
	Diagnóstico e Acompanhamento	30
PROCESSO / INFORMAÇÃO / MOBILIZAÇÃO E EDUCAÇÃO	Informação e Mobilização da comunidade	9
	Educação Permanente	3
TOTAL		75

Fonte: Elaboração própria

Para a tabulação/organização/armazenamento e análise dos dados coletados foi utilizado o Software Microsoft Excel 2010.

Foram atribuídos valores numéricos para cada pergunta com o objetivo de gerar uma pontuação máxima para o instrumento e para cada componente e subcomponente.

Posteriormente foi elaborada uma tabela de visualização desses componentes e subcomponentes para cada unidade, contendo a pontuação esperada e a pontuação alcançada, assim como o resultado final (esperado e alcançado) em valor numérico e percentual.

Logo após, esses dados foram tabulados e classificados de acordo com a pontuação alcançada. Com os escores encontrados resultou a classificação das unidades, sendo definido como: **elevado** ($\geq 80\%$); **bom** (79 a 65%); **regular** (64 a 50%) e **baixo** (\leq a 49%). Para cada classificação foi utilizada ainda uma marcação por cores (elevado: verde; bom: amarelo; regular: vermelho; e baixo: preto)¹².

Esta classificação permite identificar o perfil de cada unidade estudada, retratando a realidade dos dados coletados, possibilita ainda uma análise do modo como cada componente se apresentou.

Através dos dados contidos nas tabelas foi possível empregar uma análise estatística descritiva por meio do Software Microsoft Excel 2010, obtendo o valor da média, do desvio padrão e valor mínimo e máximo de cada componente e subcomponente no grupamento das 23 unidades. Desta maneira, obteve-se o retrato do município no que tange o escopo das 23 unidades de saúde, possibilitando comparar os resultados obtidos com os esperados.

Este estudo foi previamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães conforme parecer nº 2.431.473, atendendo as recomendações contidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Cada entrevistado somente participou da pesquisa mediante a aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo garantido o anonimato dos sujeitos participantes.

RESULTADOS

Dos 23 profissionais entrevistados 2 eram do sexo masculino e 21 do sexo feminino o que corresponde a (91,30%) sendo mulheres e (8,70%) homens, com uma média de idade de (32,69). O município estudado apresenta (95,65%) de suas equipes de Saúde da Família completa.

Observando os componentes estudados estes foram divididos em três categorias de acordo com os componentes da tabela 1, na qual encontramos os subcomponentes por unidades de saúde e seus respectivos percentuais em relação ao subcomponente. A tabela 2, mostra as unidades de saúde do componente de Estrutura e seus respectivos subcomponentes (impressos e normatização).

Tabela 2. Componente Estrutura e seus subcomponentes, segundo Unidades de Saúde do município de Goiana - PE, 2017.

Subcomponentes	Impressos		Normatização		E*
Pontuação máxima	24		5		29
Unidade de Saúde	N	%	N	%	%
ATAPUZ	15	62,5	5	100	68,9
BALDO DO RIO	22	91,7	5	100	93,1
BARRO VERMELHO	22	91,7	2	40	82,7
BELA VISTA	16	66,7	3	60	65,5
BOA VISTA	14	58,3	2	40	55,1
BOM JESUS	14	58,3	4	80	62,1
BOM TEMPO	20	83,3	3	60	79,3
CARNE DE VACA	16	66,7	5	100	72,4
CARRAPICHO	22	91,7	5	100	93,1
CATUAMA	20	83,3	4	80	82,7
ENGENHO UBU	20	83,3	2	40	75,8
ESTRADA DE CIMA	22	91,7	5	100	93,1
FLEXEIRAS	24	100	5	100	100
GAMBÁ	22	91,7	3	60	86,2
MALVINAS	10	41,7	0	0	34,4
MELÕES	20	83,3	5	100	86,2
MUTIRÃO	21	87,5	2	40	79,3
NOVA DIVISÃO	10	41,7	0	0	34,4
NOVA GOIANA	22	91,7	4	80	89,6
PONTAS DE PEDRA	22	91,7	4	80	89,6
RUA DAS QUINTAS	18	75	5	100	79,3
SÃO LOURENÇO	20	83,3	4	80	82,7
TRÊS VIÚVAS	20	83,3	5	100	86,2
UNIDADES	432	78,2	82	71,3	77,1

Fonte: Elaboração própria.

E*: Componente Estrutura

Score ($\geq 80\%$): ● Score (79 a 65%): ● Score (64 a 50%): ● Score ($\leq 49\%$): ●

Observando a tabela acima, encontramos quinze (15) unidades classificadas em nível elevado com escore ($\geq 80\%$), com destaque para a unidade de saúde de Fleixeiras que atingiu pontuação máxima com escore de (100%). Classificados como bom tem-se cinco (5) unidades com escore (79 a 65%), já com escore regular de (64 a 50%) temos apenas uma (1) unidade de saúde, em relação ao escore baixo que apresenta percentual ($\leq 49\%$) encontramos duas (2) unidades com (41,7%).

No subcomponente normatização identificamos quatorze (14) unidades com percentual ($\geq 80\%$), mostrando nível elevado para o quesito normatização, dentre as unidades encontradas com escore elevado oito (8) revelam pontuação máxima de (100%). No escore (79 a 65%) não observamos nenhuma unidade, encontramos ainda três (3) unidades em nível regular, com escore (64 a 50%), já com escore ($\leq 49\%$)

encontramos seis (6) unidades com ênfase para a unidade Nova Divisão que apresentou a menor pontuação esperada (0%).

Tabela 3. Componente Vigilância Epidemiológica / Assistência e seus subcomponentes, segundo Unidades de Saúde do município de Goiana - PE, 2017.

Subcomponentes	Assessoramento Técnico		Diagnóstico e Assistência		P/V/A*
	N	%	N	%	
Pontuação máxima	4		30		34
Unidade de Saúde					
ATAPUZ	1	● 25	19	● 63,3	● 58,8
BALDO DO RIO	4	● 100	21	● 70	● 73,5
BARRO VERMELHO	4	● 100	20	● 66,7	● 70,5
BELA VISTA	4	● 100	20	● 66,7	● 70,5
BOA VISTA	2	● 50	13	● 43,3	● 44,1
BOM JESUS	4	● 100	21	● 70	● 73,5
BOM TEMPO	3	● 75	21	● 70	● 70,5
CARNE DE VACA	4	● 100	22	● 73,3	● 76,4
CARRAPICHO	4	● 100	22	● 73,3	● 76,4
CATUAMA	4	● 100	22	● 73,3	● 76,4
ENGENHO UBU	4	● 100	16	● 53,3	● 58,8
ESTRADA DE CIMA	3	● 75	20	● 66,7	● 67,6
FLEXEIRAS	4	● 100	24	● 80	● 82,3
GAMBÁ	4	● 100	22	● 73,3	● 76,4
MALVINAS	4	● 100	17	● 56,7	● 61,7
MELÕES	4	● 100	23	● 76,7	● 79,4
MUTIRÃO	4	● 100	15	● 50	● 55,8
NOVA DIVISÃO	0	● 0	16	● 53,3	● 47,1
NOVA GOIANA	3	● 75	25	● 83,3	● 82,3
PONTAS DE PEDRA	4	● 100	23	● 76,7	● 79,4
RUA DAS QUINTAS	4	● 100	23	● 76,7	● 79,4
SÃO LOURENÇO	2	● 50	20	● 66,7	● 64,7
TRÊS VIÚVAS	3	● 75	23	● 76,7	● 76,4
UNIDADES	77	● 83,6	468	● 67,8	● 69,6

Fonte: Elaboração própria.

P/V/A*: Componente Processo/Vigilância Epidemiológica/Assistência

Escore ($\geq 80\%$): ● Escore (79 a 65%): ● Escore (64 a 50%): ● Escore ($\leq 49\%$): ●

No subcomponente assessoramento técnico quinze (15) unidades estão classificadas em nível elevado com escore ($\geq 80\%$), quatro (4) unidades apresentando escore (79 a 65%), classificadas em nível bom, observamos duas (2) unidades em nível regular (64 a 50%) e por fim duas (2) unidades em nível de classificação baixo com escore ($\leq 49\%$), sendo essas as unidades: Atapuz (25%) e a unidade Nova Divisão (0%).

Em relação ao subcomponente diagnóstico e Assistência foi possível visualizar apenas duas (2) unidades com escore ($\geq 80\%$), classificadas em nível elevado, quinze (15) apresentando nível bom, cinco (5) em nível regular com escore (64 a 50%) e finalmente uma (1) unidade considerada em nível baixo apresentando um escore (\leq

49%). Considerando de forma geral o componente vigilância e assistência, este ficou classificado em nível bom.

Tabela 4. Componente Informação / Mobilização e Educação e seus subcomponentes, segundo Unidades de Saúde do município de Goiana – PE, 2017.

Subcomponentes	Informação e mobilização da comunidade		Educação Permanente		P/E*
	Pontuação máxima				
Unidade de Saúde	N	%	N	%	%
ATAPUZ	4	● 44	0	● 0	● 33,3
BALDO DO RIO	5	● 55,6	3	● 100	● 66,6
BARRO VERMELHO	7	● 77,7	3	● 100	● 83,3
BELA VISTA	3	● 33,3	0	● 0	● 25
BOA VISTA	4	● 44,4	0	● 0	● 33,3
BOM JESUS	2	● 22,2	3	● 100	● 41,6
BOM TEMPO	2	● 22,2	1	● 33,3	● 25
CARNE DE VACA	6	● 66,7	1	● 33,3	● 58,3
CARRAPICHO	6	● 66,7	3	● 100	● 75
CATUAMA	6	● 66,7	3	● 100	● 75
ENGENHO UBU	6	● 66,7	3	● 100	● 75
ESTRADA DE CIMA	5	● 55,6	3	● 100	● 66,6
FLEXEIRAS	5	● 55,6	1	● 33,3	● 50
GAMBÁ	5	● 55,6	2	● 66,7	● 58,3
MALVINAS	2	● 22,2	0	● 0	● 16,6
MELÕES	5	● 55,6	1	● 33,3	● 50
MUTIRÃO	4	● 44,4	1	● 33,3	● 41,6
NOVA DIVISÃO	2	● 22,2	2	● 66,7	● 33,3
NOVA GOIANA	1	● 11,1	2	● 66,7	● 25
PONTAS DE PEDRA	5	● 55,6	3	● 100	● 66,6
RUA DAS QUINTAS	4	● 44,4	2	● 66,7	● 50
SÃO LOURENÇO	4	● 44,4	2	● 66,7	● 50
TRÊS VIÚVAS	3	● 33,3	2	● 66,7	● 41,6
UNIDADES	96	● 46,3	41	● 59,4	● 49,6

Fonte: Elaboração própria.

P/E*: Componente Processo/Informação/Mobilização e Educação

Score ($\geq 80\%$): ● Score (79 a 65%): ● Score (64 a 50%): ● Score ($\leq 49\%$): ●

A tabela 4 apresenta o componente Informação, Mobilização e Educação com seus respectivos subcomponentes. Revelam-nos no subcomponente informação e mobilização cinco (5) unidades de saúde classificadas em nível bom com escore (79 a 65%), seis (6) unidades com nível regular com escore (64 a 50%) e por fim doze (12) unidades caracterizadas em nível baixo com um escore ($\leq 49\%$). No subcomponente educação encontramos oito (8) unidades com escore elevado ($\geq 80\%$), assinaladas, em nível bom com escore (79 a 65%) tem-se seis (6) unidades e finalmente nove (9) unidades classificadas no escore ($\leq 49\%$) em nível baixo. O componente apresentado na tabela 4, ficou classificado em nível baixo para a pontuação.

Tabela 5. Indicadores de estrutura e processo, segundo média, desvio padrão, mínimo e máximo por componentes e subcomponentes.

Variável	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Impressos	78,27	16,47	41,7	100
Normatização	71,30	31,81	0	100
ESTRUTURA	77,03	17,24	34,4	100
Assessoramento	83,70	27,81	0	100
Diagnóstico	67,81	10,29	43,3	83,3
PROCESSO / VIGILÂNCIA / ASSISTÊNCIA	69,66	10,75	44,1	82,3
Informação	46,36	17,95	11,1	77,7
Educação	59,42	37,55	0	100
PROCESSO / EDUCAÇÃO	49,60	19,06	16,6	83,3

A tabela acima revela a forma como encontramos a situação das unidades de saúde estudadas de acordo com os componentes e subcomponentes apresentados, segundo média, desvio padrão, mínimo e máximo. Temos o componente estrutura com maior média (77,03), no entanto com uma variação entre o mínimo e o máximo de (34,4 a 100) com desvio padrão (17,24). Para o componente processo / vigilância, temos uma média de (69,66), com uma variação (44,1 a 82,3) para o mínimo e máximo respectivamente destacando para o menor desvio padrão encontrado (10,75). Já o componente processo educação, observamos a menor média entre os componentes (49,60), o maior desvio padrão (19,06) com mínimo e máximo variando de (16,6 a 83,3).

Observando os mínimos e máximos da tabela 5, podemos inferir que existe discrepância entre as unidades quanto aos subcomponentes. Ao analisarmos o subcomponente normatização é possível perceber que existem unidades que apresentam pontuação (0), enquanto outras apresentam pontuação máxima (100). Também podemos

notar que nos subcomponentes assessoramento e educação constata-se unidades que pontuam com (0) para os itens estudados.

DISCUSSÃO

Outros estudos indicam que os serviços de saúde amparam-se em distintos aspectos envolvem-se tanto na definição e na análise do problema por parte dos profissionais de saúde para a tomada de decisão como no comprometimento dos profissionais e gestores para desenvolvimento dos serviços^{13,14}. Nessa perspectiva entrevistaram-se (23) enfermeiros das USFs do município de Goiana – PE, considerados atores chaves neste estudo.

Quanto ao perfil dos sujeitos, o resultado da pesquisa vai de encontro com outros achados na literatura que evidenciam predomínio de profissionais do sexo feminino. Em estudo realizado em São José do Rio Preto,¹⁵ foi possível afirmar que existe uma feminilização das profissões na área da saúde e, que é tendência em todo o território brasileiro.

Em relação aos impressos e normatização para desempenho das atividades nas unidades de saúde (65,2%) apresentaram classificação elevada para impressos e (60,8%) para normatização, mostrando ponto positivo para o controle da doença.

Analisando os mínimos e máximos apresentados na tabela 5, observamos um cenário de diferentes realidades dentro do município, pois encontramos unidades que atingem pontuação máxima para o subcomponente normatização bem como unidades que pontuam com zero, uma vez¹⁶ a falta dos instrumentos de registros afeta a integralidade da atenção além de comprometer a avaliação da adequação dos processos e dos resultados do PCT, mostrando-se também como barreira para análise da qualidade

do atendimento, além disso, tratando-se de TB, a responsabilidade não apenas pelo cuidado ao paciente, mas também pela qualificação dos registros.

Observando o componente vigilância podemos inferir que este encontra-se classificado em nível bom, já que as (23) unidades analisadas, (15) apresenta nível considerado elevado para o subcomponente assessoramento, que aborda o apoio da gestão no acompanhamento dos casos de TB, mas também revela que é possível encontrar unidades que pontuam com (0) para o item.

Em estudo realizado no estado da Paraíba¹⁷ constatou-se que quando há um descompromisso por parte dos gestores para o acompanhamento das ações do PCT. Além disso tem-se comprometimento na continuidade do tratamento e no controle da doença as atividades assistenciais do programa podem ser prejudicadas pela ausência de um modelo de gestão eficaz, pois doenças como a TB, necessitam de gerenciamento do cuidado a longo prazo, garantindo desta maneira um prosseguimento da assistência.

O subcomponente diagnóstico retrata a maneira como as unidades conseguem diagnosticar oportunamente e prestar assistência aos pacientes com TB, estando classificado em nível bom, que reflete a forma como as ações vêm sendo desenvolvidas no município, mas vale ressaltar que pode existir ainda uma subnotificação de casos no território já que tem unidade considerada em nível baixo para o subcomponente, de acordo com estudo realizado na cidade de Cabedelo na Paraíba¹⁸, que a dificuldade de inserção da busca ativa, seja de sintomáticos respiratórios, seja de doentes em tratamento e da realização da baciloscopia de controle pela Atenção Primária pode indicar deficiências organizacionais, podendo refletir no desempenho das equipes de saúde, já que neste nível de atenção as ações de vigilância, controle, prevenção e

tratamento da TB acabam sendo realizadas de maneira mais eficazes, pois lidam diretamente com o usuário e seu contexto de vida¹⁷.

Estudos afirmam que as ações de vigilância epidemiológica constituem-se em um conjunto de medidas essenciais para o sucesso do Programa. Em outros municípios brasileiros, pesquisas confirmaram que deficiências de ações de vigilância contribuíram para inadequação do processo do programa¹⁵.

No que se refere ao componente Educação ficou classificado como nível baixo com escore ($\leq 49\%$). Dessa forma pode demonstra a fragilidade desse componente nas unidades de saúde já que foram observados unidades com pontuação zero (0) visto que, no controle da TB, espera-se que as equipes da Saúde da Família realizem ações educativas no enfrentamento dos problemas relacionados ao processo saúde-doença¹⁹.

Vale destacar que as ações educativas devem ser desenvolvidas no âmbito individual e coletivo de modo a promover cura e reabilitação por meio do processo de sensibilização trazendo o usuário como aliado e ator principal do projeto terapêutico e das mobilizações pelo direito ampliado à saúde²⁰.

A realidade do município cenário deste estudo está incoerente com as diretrizes e políticas públicas vigentes, já que não atende às recomendações do Ministério da Saúde (MS), cujo objetivo é promover a aproximação democrática entre cidadão e órgão público, bem como o fortalecimento dos conceitos de educação permanente, controle social e participação popular²¹.

Observando as médias dos componentes estudados podemos inferir que o componente educação também se encontra com a menor média (49,6), e com maior desvio padrão no subcomponente educação permanente (37,55) revelando pouco interesse dos profissionais e da gestão no fortalecimento dessa prática. A partir das

análises realizadas¹⁸ sobre ações de educação em saúde, contextualizadas na estratégia Saúde da Família e enfrentamento da TB, foi possível identificar que essas práticas são incipientes e pouco expressivas no processo de trabalho dos profissionais corroborando com o nosso estudo.

CONCLUSÃO

Conclui-se, que o estudo possibilitou traçar um perfil das unidades de saúde estudadas no município de Goiana (PE), considerando os componentes estrutura (impressos e normatização) e processo (atenção proporcionada) envolvidos na atenção primária à saúde. Os resultados encontrados apontam a necessidade de adequação das atividades relacionadas ao diagnóstico e à assistência do paciente, bem como maior envolvimento das equipes e gestão no que tange a temática educação em saúde, pois esta repercute no processo de trabalho e assistência ao usuário.

Em virtude disso, nota-se a importância de estudos de avaliação já que podem oferecer informações tanto para a gestão quanto para as equipes de saúde, oferecendo subsídios para o aperfeiçoamento da intervenção. Reforçando a relevância deste tipo de estudo na área pública com o intuito de potencializar as políticas públicas em sua operacionalização para o alcance dos resultados.

AGRADECIMENTOS

À Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco; à Secretaria Municipal de Saúde de Goiana (PE); e à XII Regional de Saúde do estado de Pernambuco.

REFEÊNCIAS

1. Veronesi, F. Tratado de infectologia; 2010; 4 ed; cap. 68: 1263-1267.

2. Coca, AC. Marins M. Ferraz, RF.Costa, FAA. Tuberculose: formas clínicas e características epidemiológicas da população internada nos sanatórios de Campos do Jordão. Rev. Panamericana de Infectologia 2015.
3. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2015.
4. SES. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Programa Sanar. Doenças Negligenciadas. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/programa-sanar-doencas-negligenciadas>. Acessado em 27 mar. 2017.
5. Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHAL, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSF. Redes de Atenção à Saúde. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 2015.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Publicada no DOU de 31/12/2010, seção I, página 89. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
7. Mendes, E.V. Atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, Universidade Federal do Ceará; 2002. 92p.
8. Cavalcanti, Z.R., Albuquerque, M.F.P.M., Campelo, A.R.L., Ximenes, R., Montarroyos, U., Verçosa, M.K.A. Características da tuberculose em idosos no Recife (PE): contribuição para o programa de controle. *J. BrasPneumol.* 2006;32 (6):535-43. DOI: 10.1590/S1806.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília, 2011.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Avaliação da Gestão do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (versão eletrônica) / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

11. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Plano Integrado de Ações para o Enfretamento às Doenças Negligenciadas no Estado de Pernambuco/ SANAR – 2015 - 2018 / Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. – Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2015.
12. Champagne, F. et al. Avaliação global e Integrada do desempenho de Hospitais do Mato Grosso do Sul. Institut de Recherche em Santé Publique de l' Université de Montreal e Equipe do Conselho Nacional de Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul, 2012.
13. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006.
14. Ibanez, N. et al. Work Organization and Professional profile of the family health Program: a challenge in the basic attention restructuring. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v15, n.3, p 7-18, 2006.
15. Balderrama, P. Diagnóstico da Tuberculose: avaliação da estrutura dos serviços de saúde que atuam como porta de entrada. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. 14p. 2012.
16. Silva, D. M. et al. Avaliação de desempenho de Serviços da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose. *Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo*, v. 48, n. 6, p. 1044-53, dez. 2014.
17. Andrade, H. S.; Oliveira, V. C.; Gontijo, T. L.; Pessôa, M. T. C.; Guimarães, E. A. A. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: um estudo de caso. *Ver. Saúde Debate*. Rio de Janeiro, V. 41, N. ESPECIAL, P. 242-258, MAR 2017.
18. Silva, D.M. Tratamento da tuberculose na Atenção Básica: avaliação de estrutura e processo dos serviços de saúde. Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS. João Pessoa, 2013.

19. Sá, L.D. et al. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 356-63, abr. 2012.

20. Sá LD, Gomes ALC, Carmo JB, Souza KMJ, Palha PF, Alves RS, et al. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. Rev Eletr Enf. 2013.

21. Sá, L.D de, Andrade MN, Nogueira JA, et al. Implantação da estratégia DOTS no controle da Tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004). Ciência & Saúde Coletiva, 16(9):3917-3924, 2011.