

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Escola de Enfermagem

Pós-Graduação em Enfermagem

Rodrigo Pinheiro Fernandes de Queiroga

**AÇÕES PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO EM
SITUAÇÃO DE RUA: FATORES ASSOCIADOS E DESEMPENHO DE
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

BELO HORIZONTE
2018

Rodrigo Pinheiro Fernandes de Queiroga

**AÇÕES PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO EM
SITUAÇÃO DE RUA: FATORES ASSOCIADOS E DESEMPENHO DE
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e enfermagem

Linha de Pesquisa: Epidemiologia, políticas e práticas de saúde das populações

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Andréa Gazzinelli

BELO HORIZONTE
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Queiroga, Rodrigo Pinheiro Fernandes de.

Ações para o controle da tuberculose na população em situação de rua: fatores associados e desempenho de profissionais da atenção primária à saúde [manuscrito] / Rodrigo Pinheiro Fernandes de Queiroga. - 2018.

110 f.

Orientadora: Profª Drª Andréa Gazzinelli.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Tuberculose. 2. Pessoas em Situação de Rua. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Avaliação de Programas e Instrumentos de Pesquisa. I. Gazzinelli, Andréa. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III. Título.

RODRIGO PINHEIRO FERNANDES DE QUEIROGA

**AÇÕES PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO EM
SITUAÇÃO DE RUA: FATORES ASSOCIADOS E DESEMPENHO DE
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

BANCA DE DEFESA DA TESE DE DOUTORADO

Prof.^a Dr.^a Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira
Orientadora
Escola de Enfermagem – UFMG

Prof.^a Dr.^a Mariangela Leal Cherchiglia
Departamento de Medicina Preventiva e Social – UFMG

Prof.^a Dr.^a Mery Natali Silva Abreu
Escola de Enfermagem – UFMG

Prof.^a Dr.^a Paula Hino
Escola Paulista de Enfermagem - UNIFESP

Prof. Dr. Tarcísio Laerte Gontijo
Universidade Federal de São João Del-Rei - UFSJ

BELO HORIZONTE
2018

Apoio Financeiro

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior -
CAPES.

Dedicatória

À Prof.^a Dr.^a Lenilde Duarte de Sá

Por ter me acolhido e por abrir as portas do conhecimento ao longo de todo o meu processo de formação acadêmica: na extensão universitária, no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), na sala de aula, no grupo de pesquisa, na orientação do trabalho de conclusão de curso e da dissertação no mestrado.

Concebeste esse estudo, mas o Senhor quis que partiste antes de concluir mais essa orientação. O trabalho seguiu e espero que estejas orgulhosa com mais esse produto, fruto da sua competência, sabedoria e inquietude pela produção do conhecimento científico e construção de uma sociedade melhor.

Por tudo isso, só me resta agradecer e, como tantos outros amigos e colegas que tiveram o privilégio da sua convivência, seguir seus passos para cumprir a missão herdada com a docência exercendo-a, como a eterna professora, com honestidade, seriedade e responsabilidade.

Agradecimentos

A Deus, por ter me conduzido por mais essa empreitada. Por ter me dado a força necessária para seguir nos momentos difíceis e por ter me permitido chegar até aqui.

À Prof.^a Dr.^a Andrea Gazzinelli, minha orientadora. Obrigado por ter aceitado me orientar, por assumir comigo os riscos de um trabalho que foi sendo delineado ao longo de todo o processo formativo. Obrigado também por respeitar minhas escolhas e, principalmente, por estar presente e por me apoiar nos momentos mais difíceis dessa trajetória. Aprendi muito com a senhora, com a seriedade, competência e inteligência com que conduz a pesquisa científica.

Aos professores membros da banca examinadora, Dr.^a Mariangela Leal Cherchiglia, Dr.^a Mery Natali Silva Abreu, Dr.^a Paula Hino e Dr. Tarcísio Laerte Gontijo, por disporem seu tempo e conhecimento para aprimorar este estudo.

Aos professores Dr. José Ueleres Braga e Dr.^a Mery Natali Silva Abreu, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

À Fabrícia, meu amor, por me fazer perceber que eu sou capaz de ir além do que eu mesmo imaginava, por ser minha companheira em todas as circunstâncias dos últimos 16 anos, por ter sofrido junto comigo nos momentos de distância durante o estágio em Belo Horizonte, mas sempre me apoiando e me dando força. Sobrevivemos a mais essa etapa, estamos mais fortes...

Aos meus pais, Emanuel e Deiva, pelo exemplo de união, de superação e por sempre acreditarem em mim. A vocês que nunca mediram esforços pela educação dos filhos, espero, com a conclusão desse trabalho, estar retribuindo o esforço de toda uma vida. Amo vocês!

Às minhas irmãs tão queridas, Emanuela e Renata, e aos cunhados Jane Karte, Kamilla e Marcos, pela presença, apoio constante e amizade sincera.

Aos sobrinhos João Emanuel e Deiva Maria, a presença de vocês alega minha vida.

Aos meus padrinhos, Diógenes e Uila, e a tia Dulce, pelo apoio desde a graduação, me acolhendo em sua residência, me incentivando em todas as etapas de minha formação profissional e por ficarem felizes junto comigo com todas as conquistas.

Aos tios e primos, integrantes do meu bem maior, minha família. Impossível citar todos, mas em nome dos tios João, De Assis e Corrinha, e das primas Willa e Wilma, agradeço a todos pelo incentivo, amizade, conselhos e pelos bons momentos que tenho vivenciado na companhia de vocês.

À Francimário, Lalete, Cinalda, Meirinha, Ruth e Igor, integrantes da família Costa. Obrigado por me receberem tão bem nessa pequena grande família e por sempre me apoiarem.

Aos queridos amigos de Belo Horizonte, Marconi, Isis, Lilian, Ed Wilson, Rafael (Biscoito), Camila, Lucas e Luís Carlos. A acolhida e o carinho de vocês tornou minha estada em Belo Horizonte mais agradável. Um agradecimento mais que especial aos queridíssimos Gisele e Leonardo, minha gratidão pela convivência quase que diária, pelos ensinamentos e, principalmente, pela atenção, preocupação, respeito e carinho que vocês tiveram comigo. Não poderia ter escolhido um local melhor para estar longe de casa.

Aos também queridos amigos paraibanos. São muitos e aqui em nome de Daniel, Valquênia, Erik, Aluska, Sidney, Pamela, Igor Pordeus, Roberta, Bruno, Nathália, Paula, Lidercy, Yuri, Júlia, Lívia, Marquinhos, Alan, Fabíola, Rodrigo, Rogério e Felipe, quero agradecer por tê-los como amigos, uma verdadeira extensão da minha família que estão sempre presentes nos bons e maus momentos.

A Rômulo, pela disponibilidade e relevantes contribuições para o delineamento da análise estatística desse estudo.

À turma do DINTER, conseguimos nos fortalecer diante de tantas adversidades surgidas nessa caminhada. Juntos, conseguimos vencer todas as etapas. Juntos, concluiremos o doutorado.

À coordenação do DINTER, na pessoa do Prof. Dr. Saulo Rios Mariz, quero agradecer pelo empenho, disponibilidade e auxílio nas várias frentes de embate travadas nesses quatro anos.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFMG. Em nome de Dr. Chico Lana, Dr. Gustavo Melendez e Dr.^a Tânia Chianca, deixo aqui a minha gratidão e admiração pelo trabalho exemplar realizado com competência, sensibilidade e preocupação com os alunos.

Ao Colegiado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFMG, em especial à Lucilene e Patrícia, pela disponibilidade e rapidez com que conduzem às solicitações.

Aos integrantes do Grupo Operacional de Pesquisa e Qualificação em Tuberculose da Universidade Federal da Paraíba, pelos ricos encontros e discussões para a elaboração do projeto e instrumento de pesquisa que resultaram nesse trabalho.

Aos integrantes do Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, pela boa convivência diária e excelentes discussões.

Às professoras, Dr.^a Daiane Medeiros da Silva e Dr.^a Jordana de Almeida Nogueira, pelas orientações e contribuições iniciais para a concepção do instrumento de coleta de dados.

Aos alunos André, Matheus e Pedro, pelo auxílio e cuidado na coleta de dados.

À Secretaria de Saúde de Campina Grande, na pessoa de Miguel Dantas, pela parceria, e aos profissionais da Atenção Primária à Saúde por terem aceitado participar da pesquisa.

À Universidade Federal de Campina Grande, na pessoa do Prof. Dr. Benemar Alencar de Souza, pelo financiamento inicial e apoio para a realização desse DINTER.

Aos colegas e amigos da Unidade Acadêmica de Enfermagem UAENF/UFCG, pelo apoio e pelo suporte nas disciplinas. Com essa parceria, todos nós conquistaremos os títulos desejados.

Ao povo mineiro, o melhor “trem bão” dessa terra maravilhosa. Cheguei em Belo Horizonte, passei em Brumadinho, Milho Verde, Diamantina, Serra do Cipó, Curvelo, Ouro Preto, Tiradentes até chegar em Joáima, no Vale do Jequitinhonha. Foram muitas e boas histórias vivenciadas, ficarei com saudades...

Enfim, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Combati o bom combate, ..., guardei a fé (2 Timóteo 4:7).
Pois,
O SENHOR é o meu pastor, nada me faltará (Salmos 23:1).

RESUMO

A tuberculose (TB) representa um grave problema de saúde pública e está associada à pobreza e iniquidade social. Entre os grupos vulneráveis, destaca-se a População em Situação de Rua (PSR) que, entre outros fatores, apresenta dificuldade de atendimento no Sistema Único de Saúde, inclusive na Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi analisar o desenvolvimento de ações para o controle da TB na PSR do município de Campina Grande – PB. Trata-se de uma pesquisa avaliativa com desenho epidemiológico do tipo transversal. A população foi constituída por 171 profissionais de ensino superior da Estratégia Saúde da Família (ESF). Elaborou-se um questionário a partir das ações preconizadas e conceitos adotados pelo Ministério da Saúde para o controle da TB na PSR. Foi realizada a Análise de Componentes Principais (ACP) para simplificar a estrutura dos dados. A análise de confiabilidade dos fatores encontrados foi realizada pelo alfa de Cronbach. Realizou-se a análise de desempenho das variáveis extraídas da ACP e de confiabilidade, com o nível de desempenho classificado em satisfatório, parcialmente satisfatório, incipiente ou insatisfatório. Em seguida, foi realizada análise de regressão linear múltipla com o intuito de encontrar variáveis relacionadas com a assistência à TB na PSR. A ACP permitiu a identificação de um padrão de relacionamento entre as variáveis que resultou em um modelo com dois fatores correlacionados. Nas ações para o controle da TB na PSR (Fator 1), as variáveis foram classificadas como incipientes e parcialmente satisfatórias. No apoio que as equipes devem receber para direcionar as ações de controle da TB na PSR (Fator 2), as variáveis foram classificadas como insatisfatórias e incipientes. Observou-se que 22% dos profissionais da ESF de Campina Grande não possuem conhecimento adequado da PSR nos respectivos territórios de atuação. Além disso, para 35% dos entrevistados, o atendimento dos casos de TB é centralizado em algumas categorias profissionais. Entre os fatores associados ao desenvolvimento das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o controle da TB na PSR, destacaram-se os profissionais da enfermagem, com experiência no atendimento à PSR, que realizaram capacitação sobre TB na PSR, com acesso aos manuais de cuidado à saúde para a PSR e que tiveram apoio da Equipe de Consultório na Rua (ECR). O modelo consegue explicar 26,9% da variabilidade dos dados. Observou-se que as especificidades da PSR não são consideradas no desenvolvimento das ações para o controle da TB nesse público, quando ofertadas, contrariando as recomendações do Ministério da Saúde. A oferta ou realização de ações de controle da TB ocorre da mesma forma que para a população geral e, muitas vezes, se restringem ao encaminhamento dos pacientes para a unidade de referência. Espera-se que os resultados obtidos nesse estudo possam contribuir com a organização da APS de Campina Grande, ao subsidiar a operacionalização de respostas mais adequadas para o controle da TB na PSR de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde.

Palavras chave: Tuberculose, Pessoas em Situação de Rua, Atenção Primária à Saúde, Avaliação de Programas e Instrumentos de Pesquisa.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) represents a severe public health problem and is associated with poverty and social inequity. Among the vulnerable groups, we highlight the homeless persons, which, among other factors, faces difficulties in achieving care in the Brazilian Unified Health System, including in Primary Health Care (PHC). Accordingly, this study was aimed to analyze the development of actions to control TB in the homeless persons of the town of Campina Grande – PB. This is an evaluative research with a cross-sectional and epidemiological design. The population was composed of 171 higher education professionals from the Family Health Strategy (FHS). We drew up a questionnaire based on the actions recommended and concepts adopted by the Brazilian Ministry of Health to control TB in homeless persons. We conducted the Principal Component Analysis (PCA) with a view to simplifying the data structure. The analysis of reliability of the factors found was held by Cronbach's alpha. We conducted the analysis of performance and reliability of the variables extracted from PCA, with the performance level classified as satisfactory, partially satisfactory, incipient or unsatisfactory. Subsequently, we performed multiple linear regression analysis with the purpose of finding variables related to TB care in homeless persons. PCA enabled the identification of a pattern of relationship among the variables that resulted in a model with two correlated factors. In the actions to control TB in homeless persons (Factor 1), the variables were classified as incipient and partially satisfactory. In the support that teams should receive to drive actions to control TB in homeless persons (Factor 2), the variables were classified as unsatisfactory and incipient. We noted that 22% of the FHS professionals in Campina Grande do not have appropriate knowledge of homeless persons in their respective areas of operation. Moreover, for 35% of the interviewed, the care of TB cases is centralized in some professional categories. Among the factors associated with the development of the actions recommended by the Ministry of Health to control TB in homeless persons, we should highlight the nursing professionals with experience in the care of homeless persons, who attended training on TB in homeless persons, with access to care manuals for homeless persons and who had the support from the Street Medical Office Team (ECR, as per its Portuguese acronym). The model can explain 26.9% of the data variability. We noted that the particularities of homeless persons are not considered to the development of actions to control TB in this public, when these are offered, running against the recommendations of the Ministry of Health. The offer or accomplishment of actions to control TB is similarly conducted for the general population and is often restricted to the referral of patients to the reference unit. We hope that the results obtained in this study may contribute to the organization of PHC in Campina Grande by subsidizing the operationalization of more appropriate responses regarding the TB control in homeless persons in accordance with the recommendations of the Ministry of Health.

Key words: Tuberculosis, Homeless Persons, Primary Health Care, Evaluation of Research Programs and Tools.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxograma: composição da população do estudo.....	37
Gráfico 1	Ações para o controle da tuberculose na população em situação de rua: distribuição percentual (n=171).....	49

LISTA DE TABELAS

1	Caracterização dos sujeitos da pesquisa e das Unidades Básicas de Saúde (n=171).....	45
2	Caracterização da assistência à tuberculose na Atenção Primária à Saúde, com ênfase na População em Situação de Rua (n=171).....	47
3	Análise de correlação da variável sensibilização e capacitação dos profissionais de abrigos, albergues e/ou casas de acolhida sobre TB na PSR.....	50
4	Comunalidades após a extração dos fatores.....	51
5	Análise de componentes principais: componentes e cargas fatoriais.....	52
6	Adequação da Amostra de Kayser-Meyer-Olkin (KMO) e Teste de Esfericidade de Bartlett.....	53
7	Correlações da diagonal da matriz anti-imagem das correlações.....	53
8	Análise de componentes principais: fatores, cargas fatoriais, comunalidades, autovalores e variância explicada.....	55
9	Análise de consistência interna - Alfa de Cronbach.....	56
10	Análise de desempenho para o desenvolvimento de ações para o controle da tuberculose na população em situação de rua.....	58
11	Ações para o controle da tuberculose na população em situação de rua: variáveis resultantes da análise fatorial exploratória (n=171).....	59
12	Análise bivariada: fator 1 - ações para o controle da TB na PSR – segundo variáveis de caracterização dos sujeitos da pesquisa e das UBS (n=171).....	67
13	Análise bivariada: fator 1 - ações para o controle da TB na PSR – em relação ao fator 2 - apoio para direcionar as ações de controle da TB na PSR (n=171).....	67
14	Análise bivariada: fator 1- ações para o controle da TB na PSR – segundo variáveis de caracterização da assistência à TB na APS, com ênfase na PSR (n=171).....	68
15	Modelo de regressão linear multivariada: fator 1- ações para o controle da TB na PSR – segundo variáveis de caracterização dos sujeitos da pesquisa e da assistência à TB (n=171).....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP	Análise de Componentes Principais
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
DOTS	<i>Directly Observed Treatment Short-course</i>
ECR	Equipe de Consultório na Rua
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IMC	Índice de Massa Corporal
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PNSPSR	Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua
PSR	População em Situação de Rua
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REDE TB	Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
SR	Sintomático Respiratório
STATA	<i>Statistical Software for Professionals</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. OBJETIVO GERAL.....	21
2.1 Objetivos específicos.....	21
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	22
3.1 A vulnerabilidade social das pessoas em situação de rua e as políticas para o controle da tuberculose nessa população.....	22
3.2 Avaliação em saúde.....	32
4. METODOLOGIA.....	36
4.1 Tipo de estudo.....	36
4.2 Local do estudo.....	36
4.3 População.....	36
4.4 Instrumentos de coleta de dados.....	38
4.5 Procedimentos para a coleta de dados.....	38
4.6 Análise dos dados.....	39
4.6.1 Análise fatorial exploratória.....	39
4.6.2 Análise de desempenho.....	42
4.6.3 Regressão linear múltipla.....	42
4.7 Aspectos éticos.....	43
5. RESULTADOS.....	44
5.1 Análise descritiva.....	44
5.2 O processo de extração dos fatores.....	48
5.3 Análise de desempenho.....	57
5.4 Análise multivariada.....	66
6. DISCUSSÃO.....	70
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS.....	80
APÊNDICE A.....	93
APÊNDICE B.....	95
APÊNDICE C.....	100
APÊNDICE D.....	106
APÊNDICE E.....	108
APÊNDICE F.....	109
ANEXO 1.....	110

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma das mais antigas doenças que acomete a humanidade, sendo uma das dez principais causas de morte e a principal causa de mortalidade no mundo entre as doenças infecciosas, com 1,3 milhão de mortes em 2017, correspondendo a 13% do total dos que adoeceram (WHO, 2018). Em 2017, o número de casos novos de TB estimados no mundo foi de 10 milhões, equivalente a uma taxa de incidência de 133 casos por 100.000 habitantes. Além disso, foi estimada uma taxa de mortalidade de 17¹ casos por 100.000 habitantes e uma prevalência de 9,2% de coinfeção com o Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV). No Brasil, foi estimada uma incidência de 91 mil casos novos da doença, com uma taxa de incidência estimada em 44 e mortalidade de 2,4¹ casos de TB por 100.000 habitantes, além de uma prevalência de coinfeção TB/HIV de 12%. Nesse ano, o Brasil ocupava a 19^a posição em número de casos novos estimados entre os 20 países responsáveis por 84% do total de casos da doença no mundo (WHO, 2018).

Segundo informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação² (SINAN), no estado da Paraíba, foram notificados 1.101 casos novos de TB em 2016, representando uma taxa de incidência de 27,5 casos por todas as formas/100.000 habitantes. Sobre os indicadores operacionais, foi registrado um percentual de 64,7 de cura, 7,3 de abandono ao tratamento e 2,8 de óbitos por TB. Já em Campina Grande – PB, a taxa de incidência da TB em 2016 foi de 32,6 por 100.000 habitantes e os percentuais de cura, abandono ao tratamento e óbito por TB foram de 53,4, 6,0 e 2,3 respectivamente (SINAN, acesso em setembro de 2018).

A partir do cenário apresentado, observa-se que a TB representa um sério problema de saúde pública. O controle dessa doença vem sendo alvo de várias medidas propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e adotada por diversos países. No caso do Brasil, o país vem implementando as recomendações da OMS, sendo signatário de várias políticas propostas por essa organização como as relacionadas ao controle da TB (BRASIL, 2017a; ONU, 2015).

A propagação da TB está associada à pobreza e a iniquidade social. Embora, de modo geral, a saúde das pessoas tenha melhorado nos últimos tempos, o que se observa

¹ Números de mortalidade considerando casos de TB em pacientes sem o vírus HIV.

² As informações são sujeitas a variações face aos problemas que envolvem os sistemas de informação em saúde no Brasil. É sabido que os registros mundiais da TB são subnotificados e alcançam, aproximadamente, a metade do estimado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004).

é que essa situação é privilégio de grupos mais favorecidos economicamente. Populações mais pobres, socialmente desfavorecidas e marginalizadas são atingidas de forma intensa e desproporcionada por doenças como a TB, que tem se estabelecido nos países menos favorecidos de forma assustadora (SANTOS et al, 2007).

Dentre os grupos vulneráveis encontra-se a população constituída por pessoas em situação de rua. De acordo com Aristides (2009), nos últimos anos tem sido observado o crescimento desse contingente, fruto de uma sociedade globalizada, desigual e com acentuada exclusão social.

A População em Situação de Rua se caracteriza por ser um grupo populacional heterogêneo, composto por pessoas com diferentes realidades, mas que tem em comum a condição de pobreza absoluta, vínculos interrompidos ou fragilizados e falta de habitação convencional regular, sendo compelidas a utilizar a rua como espaço de moradia e sustento, por caráter temporário ou de forma permanente (BRASIL, 2009a, art. 1º, parágrafo único).

Não há dados precisos sobre a População em Situação de Rua (PSR) no Brasil. O último estudo realizado para contabilizar e caracterizar essa população foi realizado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) em 2008, denominado Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (PNSPSR). A pesquisa contemplou 71 municípios e identificou 31.922 pessoas em situação de rua com idade a partir dos 18 anos, sendo a maioria do sexo masculino (82%), da cor parda (39,1%) e de pessoas que não concluíram o primeiro grau (63,5%). Estima-se que aproximadamente 50 mil pessoas vivenciam esta situação do país (BRASIL, 2009b).

Essa população está vulnerável a vários fatores que podem favorecer o desenvolvimento de doenças, tais como falta de alimentação adequada, exposição a condições precárias de higiene, falta de privacidade, exposição ao frio e ao calor (FERREIRA & MACHADO, 2007). Conforme Carneiro et al (1998), a situação precária de vida a que esta população está sujeita por dormir no chão, compartilhar espaços aglomerados, agasalhos e papelão, ficar mais tempo sem tomar banho, por ter uma alimentação inadequada e estar submetido às alterações climáticas, vivendo sob intenso nível de estresse, com medo de ser roubado ou agredido, aumenta a vulnerabilidade para desenvolver doenças.

Dentre estas doenças, pode-se destacar a TB, mais comum nas áreas onde há pobreza, promiscuidade, desnutrição e más condições de higiene. Além disso, a falta de informação e o distanciamento dos serviços de saúde dificultam o diagnóstico precoce

da doença contribuindo para a disseminação na PSR (BRASIL, 2011). No ano de 2017, foram notificados no Brasil 3109 casos de TB nessa população, representando 3,4% do total de casos da doença notificados no país (SINAN, acesso em setembro de 2018).

Por se tratar de uma doença de determinação social, seu controle depende do acesso a serviços de saúde de melhor qualidade e da implementação de ações que vão além dos fatores biológicos do problema, como melhoria das condições de vida e de trabalho, melhoria do estado nutricional, do nível educacional, além da redução da pobreza e de outros fatores que contribuem para a importante proporção dos casos de TB, especialmente nos grupos mais vulneráveis como na PSR (BERGONZOLI et al, 2016).

A responsabilidade inicial pela atenção à saúde das populações vulneráveis, como de qualquer outro cidadão, é da atenção primária à saúde (APS). Esse nível de atenção à saúde, principalmente através da Estratégia Saúde da Família (ESF), atua como a porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde, realiza o acompanhamento longitudinal, articula com outros pontos de atenção e regula o fluxo da população aos serviços nos níveis secundários e terciários, atuando, dessa forma, como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002; BRASIL, 2017b; PAIM et al, 2011).

No entanto, estudos têm mostrado a existência de uma estreita relação entre os fatores ligados ao insucesso do tratamento da TB e o modo como as ações de controle são desempenhadas no âmbito da APS. Verifica-se que, apesar do acompanhamento do doente de TB nesses locais permitir o adequado controle da doença e viabilizar a identificação dos fatores que fragilizam a adesão terapêutica, questões relacionadas ao fluxo de atendimento, com deficiências na referência e contrarreferência na prestação da assistência, debilidades de integração dos níveis assistenciais e também de ações e serviços prestados, mostram-se relevantes para o controle da TB (GONZALES et al, 2008; RODRIGUES et al, 2010; MENDES, FENSTERSEIFER, 2004; SÁ et al,2010).

Sendo assim, o objeto desse estudo diz respeito às ações desenvolvidas na APS relacionadas ao controle da TB na PSR. Apesar de ser mundialmente reconhecido que a PSR é considerada vulnerável à TB, há poucos estudos sobre o tema realizados no Brasil que possam subsidiar ações de planejamento voltadas ao cuidado do doente e ao controle da doença nessa população (ALECRIM et al, 2016; MAFFACCIOLLI et al, 2017; RANZANI et al, 2016). Reforça-se que não foram encontrados estudos sobre a TB na PSR do município de Campina Grande e que não há dados disponíveis que

permitam fazer a caracterização do problema no município, apesar de se saber da existência dessa população e do risco aumentado que esse público tem para adquirir doenças como esta.

Identificar as dificuldades do serviço de saúde para rastrear, diagnosticar, tratar e acompanhar os casos de TB na PSR implica em evidenciar os problemas para melhor atuar no controle da doença, principalmente quanto ao alcance das metas estabelecidas pela OMS de detectar 70% casos de TB, atingir um percentual de cura superior a 85% e reduzir o abandono do tratamento para menos de 5%, impactando a cadeia de transmissão e evitando os casos de multirresistência (WHO, 2014). A avaliação de serviços de saúde pode fornecer informações sobre a sua organização, as ações desenvolvidas e o impacto na situação de saúde, trazendo, portanto, subsídios para a elaboração de estratégias que fortaleçam o acesso da população às ações de controle de doenças, como a TB, em conformidade com as recomendações do Ministério da Saúde (WYSOCKI et al, 2017).

Frente ao impacto proporcionado pela morbimortalidade relacionado à TB, parte-se da premissa de que a integração de ações e serviços efetivos é fundamental, bem como a identificação de problemas da atenção à saúde no controle da doença. A atenção integral às pessoas acometidas pela TB necessita não apenas da implementação de ações básicas de prevenção e assistência, mas também do fortalecimento da articulação entre os diferentes serviços de saúde, programas e níveis de atenção existentes, cuja resolubilidade varia de acordo com recursos financeiros, técnicos, humanos e de infraestrutura dos serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2006).

Desta forma, o presente estudo justifica-se pela necessidade de produzir conhecimentos sobre as ações para o controle da TB na PSR de modo a possibilitar estratégias de intervenção que subsidiem o adequado manejo clínico do doente de TB no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo, assim, para o incremento na qualidade da assistência prestada ao indivíduo, família e comunidade. Espera-se que investigar como ocorre a prestação da assistência à pessoa em situação de rua doente de TB possibilite repensar a capacidade dos serviços do SUS, a começar pela APS, em atender as reais necessidades dessa população e no planejamento de políticas de controle da doença.

Acredita-se que essa investigação permitirá instrumentalizar o reconhecimento de necessidades diversas e poderá contribuir para a operacionalização de respostas mais adequadas para o estabelecimento de políticas públicas específicas para o controle da

TB na PSR. Pretende-se ainda fornecer subsídios para repensar e inovar práticas assistenciais de saúde a essa população, bem como desenvolver ações voltadas à qualificação de trabalhadores de saúde para o cuidado à PSR.

2. OBJETIVO GERAL

Analisar o desenvolvimento das ações para o controle da TB na PSR pelos profissionais da APS do município de Campina Grande – PB.

2.1 Objetivos específicos

- I. Caracterizar os profissionais da APS e a assistência à TB, com ênfase na PSR;
- II. Avaliar o desempenho dos profissionais no desenvolvimento das ações para o controle da TB na PSR;
- III. Identificar fatores associados ao desenvolvimento de ações pelos profissionais da APS para o controle da TB na PSR do município de Campina Grande.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A vulnerabilidade social das pessoas em situação de rua e as políticas para o controle da tuberculose nessa população

A tuberculose é uma doença de determinação social que representa um grave problema de saúde pública, estando diretamente associada à pobreza, exclusão social e más condições de vida - como moradia precária e desnutrição -, além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde (DHEDA et al, 2015).

Nesse contexto, diversas iniciativas vêm sendo propostas e implementadas no mundo na perspectiva de reverter o impacto da doença na sociedade. Entre as políticas e as ações de controle adotadas, destaca-se a estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*)³ lançada em 1993 quando a OMS declarou a TB como uma emergência de saúde pública global. Em 2002, após iniciativas do G8 (grupo dos sete países mais desenvolvidos do mundo e Rússia) e das Nações Unidas, foi criado o Fundo Global de Combate à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), TB e Malária⁴. Em 2006, a OMS lançou a Estratégia Stop TB⁵ com o objetivo de fortalecer a estratégia DOTS e reduzir o peso global da doença até 2015 e, finalmente, em 2014, foi aprovada na Assembleia Mundial de Saúde a Estratégia pelo Fim da Tuberculose⁶, em que o Brasil figurou como principal proponente (BRASIL, 2017a). A Organização das Nações Unidas (ONU) definiu a meta de acabar com a epidemia da TB até 2030 nos novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que se baseiam nos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (ONU, 2015).

³ O DOTS é constituído por 5 (cinco) componentes: detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios que demandam os serviços gerais de saúde; tratamento padronizado de curta duração, diretamente observável e monitorado em sua evolução; fornecimento regular de drogas; sistema de registro e informação que assegure a avaliação do tratamento; compromisso do governo colocando o controle da TB como prioridade entre as políticas de saúde (WHO, 2002).

⁴ Organização internacional que tem como objetivo atrair e distribuir recursos adicionais para prevenir e tratar de HIV/AIDS, TB e malária (The Global Fund, Disponível em: <https://www.theglobalfund.org/en/>).

⁵ Proposta de implementação de um conjunto de ações com o objetivo de reduzir drasticamente o ônus global da TB até 2015, de acordo com as Metas de Desenvolvimento do Milênio e os objetivos da Parceria Stop TB (WHO, 2006).

⁶ A Estratégia tem como visão um mundo livre da TB com o fim da epidemia global da doença. As metas, para cumprimento em 2035, são reduzir a taxa de incidência em 90,0% e o número de óbitos por TB em 95,0%, comparado com 2015 (WHO, 2017).

O Brasil adotou a estratégia DOTS em 1999, quando aprovou o Plano Nacional de Controle da TB com a ordenação das ações de controle no País e passou a considerar a doença como prioritária entre as políticas de saúde (BRASIL, 2014a). O país atingiu as metas estabelecidas nos Objetivos do Milênio e na Estratégia Stop TB de parar e reverter a tendência da taxa de incidência e reduzir em 50% a prevalência e a mortalidade por TB em 2015, em comparação a 1990. No entanto, o percentual de cura na última década não passou de 75% e o de abandono se manteve em torno de 9%. Apesar desses percentuais apresentarem melhora ao longo dos anos, o país ainda possui valores inferiores aos definidos pela OMS⁷ (BRASIL, 2015a).

A associação entre a pobreza e a TB tem sido constatada em diversos estudos, nos quais, as pessoas em situação economicamente desfavorável são mais vulneráveis socialmente e apresentam risco aumentado à infecção por TB. Aliado a este fato, considera-se uma maior prevalência da doença com os piores prognósticos, inclusive de mortalidade, acrescidos dos inapropriados comportamentos relacionados aos cuidados com a saúde (BERTOLOZZI et al, 2014; OXLADE & MURRAY, 2012).

Estudos realizados em vários países como Holanda, Portugal, Polônia, Estados Unidos, Coréia do Sul, Etiópia e Colômbia atestam a estreita relação entre TB e PSR, ao demonstrarem o maior risco de adoecimento e a imensa dificuldade de controle da doença nessa população. Quando comparada com a população geral, a PSR chega a ter uma taxa de incidência quase 80 vezes e uma prevalência 100 vezes maior que na população geral. Os estudos revelam ainda que as altas taxas de TB nessa população são determinadas não só por comorbidades, mas por determinantes relacionados à vida nas ruas, como maior prevalência de uso de álcool e outras drogas, baixo Índice de Massa Corporal (IMC) e coinfeção com o HIV (BAMRAH et al, 2013; CASTANEDA-HERNÁNDEZ et al, 2013; DIAS et al, 2017; FESKE et al, 2013; LEE et al, 2013; NOTARO et al, 2013; PENDZICH et al, 2015; SEMUNIGUS et al, 2016).

Sobre a ocorrência da TB na PSR do Brasil, não há dados suficientes para fazer uma análise precisa da ocorrência da doença nessa população vulnerável. Candiani (2012) afirma que existem poucos dados disponíveis que permitam traçar com clareza o perfil de adoecimento e/ou de suas representações sobre os processos de saúde e doença. Entretanto, estima-se que se trate de um grave problema de saúde, com elevada taxa de incidência e de abandono do tratamento.

⁷ Percentual de cura superior a 85% e de abandono do tratamento inferior a 5% (WHO, 2014).

Levantamento realizado no município de São Paulo em 2015 estimou uma taxa de incidência da TB na PSR de 2.446 casos por 100.000 habitantes (SÃO PAULO, 2016). Estudos realizados nos municípios de Porto Alegre, Rio de Janeiro e São Paulo determinaram uma prevalência da TB nessa população de até 70 vezes superior à da população geral (BRASIL, 2016a). Estimativas do Ministério da Saúde apontam que a taxa de incidência da TB na PSR é 44 vezes maior que na população em geral (BRASIL, 2016b).

Além de evidenciarem uma maior ocorrência da TB na PSR, com maior risco de adoecimento, as pesquisas realizadas também demonstram que o controle da TB é muito mais complicado nessa população. Os estudos mostram que o percentual de cura é menor, com taxas de apenas 39,2%, e que há um número maior de pacientes que abandonam o tratamento, chegando a 43,2%. Além disso, na PSR que vive sem qualquer tipo de abrigo, a falha do tratamento chega a ser 4,8 vezes maior do que naquela que vive em abrigos e instalações para pessoas em situação de rua (CASTANEDA-HERNÁNDEZ et al, 2013; HEO et al, 2012).

Nos EUA, a PSR com TB, com frequência, não completa o tratamento ou conclui em um tempo muito maior do que a população geral, além de ser mais propensa a abusar de substâncias (BAMRAH, 2013; MITRUKA et al, 2012; YAMIN et al, 2016). Da mesma forma, em Portugal, o percentual de falha no tratamento da TB na PSR foi de 28,6% e foi associada significativamente ao aumento da idade, uso de drogas injetáveis e coinfeção pelo HIV (DIAS et al, 2017).

No Brasil, os percentuais de cura, abandono ao tratamento e óbito dos casos de TB na PSR foram, respectivamente, de 34,8%, 33,9% e 6,8% no ano de 2016⁸ (SINAN, acesso em setembro de 2018). O estudo realizado para identificar a associação entre a falta de moradia e o desfecho do tratamento da TB pulmonar no estado de São Paulo entre 2009 e 2013 identificou que o uso de álcool e drogas foi três vezes mais frequente em pacientes sem domicílio e que 17,3% da PSR era soropositiva comparada com 8,5% de soropositividade da população não desabrigada. O sucesso no tratamento da TB foi de 82,5% nas pessoas com moradia e de apenas 42,7% na PSR. Em 39% dos casos da PSR houve abandono do tratamento, contra 10,2% de perda na população geral. A

⁸ A informação sobre tratar-se de PSR foi acrescida à ficha de notificação de TB do SINAN apenas em 2015. Dessa forma, não é possível ser fidedigno sobre os casos de TB que ocorrem nesta população (BRASIL, 2016a).

fração atribuível à população para o efeito conjunto de ser pessoa em situação de rua, consumir de álcool e de drogas foi de quase 20% (RANZANI et al, 2016).

Os problemas relacionados à dificuldade na realização do tratamento da TB na PSR e aos desfechos desfavoráveis estão associados com as características dessa população como baixa autoestima, alimentação inadequada, sintomas imperceptíveis, uso de álcool e outras drogas, transtornos mentais, dinâmica da rua, que não contribui para que o medicamento seja tomado com regularidade, e roubo dos pertences individuais e/ou seu recolhimento pelos órgãos públicos – entre eles os medicamentos. No entanto, ressalta-se também que há entraves relacionados à organização dos serviços saúde. Tal realidade encontra-se fundamentada nos vários obstáculos existentes para a realização do tratamento na PSR, como a fixação de horários e dias de atendimento pelos serviços de saúde e a não disponibilidade de assistência no momento em que apresentam efeitos colaterais aos medicamentos (CANDIANI, 2012).

Nos EUA, pacientes com apresentações atípicas da TB, pessoas em situação de rua e usuários de drogas apresentaram risco significativamente maior de ser dispensados do serviço de saúde sem diagnóstico de TB (GEYER et al, 2013). Na Colômbia, constatou-se que fatores que interferem no processo de atendimento dos serviços de saúde (como recursos inadequados, não valorização do quadro clínico, intervenções inadequadas e barreiras administrativas) foram relacionados a 47,2% dos óbitos por TB. Houve, também, um atraso de 40 dias entre o início dos sintomas e de diagnóstico, e a percentagem de falha do tratamento chegou a 64% (VILLA et al, 2014).

Como consequência, observa-se um maior número de óbitos por TB nesse público, além do maior risco do surgimento de casos resistentes às drogas utilizadas no tratamento da doença. As taxas de mortalidade por TB variam nos estudos, mas são sempre maiores na PSR com valores entre 2,5 e 119 vezes maior do que na população geral (CASTANEDA-HERNÁNDEZ et al, 2013; HWANG, 2017; UCHIMURA, 2013). No estado de São Paulo, ocorreram óbitos por TB em 6,2% dos pacientes, entre as pessoas em situação de rua a mortalidade foi de 10,5% (RANZANI et al, 2016).

Como se pode observar, os números atestam a gravidade da TB nessa população vulnerável, tanto do ponto de vista do acometimento, quanto pela dificuldade de controle e conseqüente elevada ocorrência de desfechos desfavoráveis, como o abandono e falência do tratamento, além dos óbitos por TB.

O termo vulnerabilidade refere-se à exposição das pessoas ao adoecimento como consequência de um conjunto de aspectos relacionados ao indivíduo e ao meio em que

ele está inserido (SÁNCHEZ & BERTOLOZZI, 2011). Deste modo, as pessoas em situação de rua apresentam necessidades sociais e de saúde que estão associadas à vulnerabilidade à propagação da TB devido às condições em que se encontram essas pessoas, que são: alimentação precária, ambientes insalubres e superlotados, exposição a temperaturas divergentes, entre outros.

No entanto, as necessidades da PSR, muitas vezes, divergem das ações ofertadas pelos serviços de saúde e que vão além das medidas prescritivas. Consiste em uma problemática que vai profundamente além da conduta do profissional e dos serviços de saúde, configurando-se, dessa forma, como um problema social que não pode ser atribuído apenas à saúde pública, mas sim a uma questão de justiça social (ROCHA & ADORNO, 2012).

Devido à maior vulnerabilidade, a PSR é considerada como prioritária para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). As más condições de vida as quais estas pessoas podem estar submetidas facilitam o desenvolvimento da forma latente para a forma ativa da doença. Além disso, as interrupções do tratamento podem resultar nas formas mais graves da doença como a TB multidroga resistente e a TB extensivamente resistente, com maior risco de levar o paciente a óbito, além dos elevados custos para o SUS (BRASIL, 2011).

Dessa forma, o controle da TB na PSR deve seguir diretrizes específicas como as da Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, que preconiza um conjunto de estratégias para que essa população possa ter acesso aos serviços de saúde, como profissionais preparados para atender esse público com sensibilidade em lidar com o contexto de exclusão, o preconceito e o estigma a que está sujeita essa população, além da capacidade de estabelecer vínculos e atender a PSR com despojamento, empatia, capacidade de compreender sem julgar e respeito (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012a).

É importante ressaltar que a TB é uma doença de notificação compulsória no país e a responsabilidade do serviço de atenção à saúde vai desde a identificação, disponibilização de medicamentos e acompanhamento até a alta do paciente, realizado prioritariamente pela APS. As principais medidas de controle da doença recomendadas pelo Ministério da Saúde são a adoção do esquema de tratamento padronizado, tratamento diretamente observado como estratégia de acompanhamento dos casos, investigação dos contatos, cura com comprovação laboratorial e adoção de estratégias

diferenciadas para grupos mais vulneráveis, como atenção no local onde vive a PSR (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012a).

Dentre as diversas ações que são de competência das unidades da APS, ganham destaque as atividades ligadas ao controle da TB, como a busca de Sintomáticos Respiratórios (SR) na população adscrita, a coleta de material e encaminhamento de usuários para a realização de exames (baciloscopia de escarro, teste tuberculínico, raio-X e cultura), garantia de fluxo de comunicação eficiente com os laboratórios, até o acompanhamento do tratamento com manejo clínico adequado e controle de comunicantes (BRASIL, 2011).

Sobre o atendimento à PSR, susceptível à TB, observa-se que há uma dificuldade dos serviços de saúde, principalmente os pertencentes à esfera da APS, em atender as pessoas que integram a população que vive nessas condições. Um projeto de extensão desenvolvido pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com o objetivo de identificar moradores de rua com sinais e sintomas de TB, mostrou a dificuldade encontrada pelos profissionais da Equipe de Consultório da Rua (ECR), vinculado à Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa, de sensibilizar o doente a procurar o serviço de saúde e dos profissionais a aceitá-lo e desenvolver estratégias que o faça permanecer e concluir o tratamento (Sá et al, 2012).

Por meio do referido projeto pôde-se perceber que, muitas vezes, o próprio serviço da APS recusa-se a receber o usuário que vive em situação de rua. Com frequência há a alegação de que a pessoa que necessita de cuidados não pertence à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS), fato que fere gravemente o princípio da universalidade no SUS. Outras vezes, os serviços da APS recebem a pessoa que vive em situação de rua, mas não há, na perspectiva do princípio da integralidade, como garantir a adequada atenção pelos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) necessários ao seu tratamento. Essa situação singular faz com que se parta do pressuposto de que há pontos que impedem ou dificultam o cuidado ao doente de TB (ou sintomático respiratório) que vive em situação de rua.

Diante das dificuldades de realizar o controle da TB na PSR, é imprescindível que haja articulação com os programas de assistência social governamentais, a despeito de auxílio moradia e alimentação, prioridade de acomodação em abrigos, admissão voluntária em hospitais especializados em TB, assistência na aplicação das autorizações de residência temporária e apoio familiar. Assim como o apoio de programas do

Ministério da Saúde, a exemplo do consultório na rua, para realizar o atendimento local e facilitar o acesso nos demais serviços de saúde (CARNEIRO JÚNIOR et al, 2010).

De acordo com Souza (2012), muito se tem discutido sobre a necessidade de desenvolver lógicas específicas para o acesso da PSR aos serviços de saúde. Não raro encontram-se argumentos contrários cujo núcleo é a crítica à vida nas ruas. Teme-se que a implementação de ações de cuidado que reconheçam a rua como espaço de vida dessas pessoas, ainda que transitório, de algum modo estimule sua permanência nessa condição. Tal argumento é uma distorção da realidade. Um morador de rua que criou vínculos, recebeu atenção e cuidado de uma equipe de saúde tem mais chance de reencontrar sua autonomia e deixar a vida nas ruas do que aquele que passivamente é aguardado nas Unidades de Saúde.

A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua mostra que as principais razões que levam uma pessoa a chegar nessa situação são o alcoolismo, o uso de drogas, o desemprego e as desavenças com familiares. Além das adversidades do contexto da rua, a PSR tem que conviver ainda com situações discriminatórias como o impedimento de entrar em transporte coletivo, de acessar serviços de saúde, demais órgãos públicos e políticas sociais (BRASIL, 2009b).

Nesse sentido, por encontrar dificuldade de acesso no SUS, muitas pessoas em situação de rua procuram os serviços de saúde apenas quando não suportam mais a presença dos sintomas de doenças e, muitas vezes, acessam o sistema de saúde apenas quando conduzidas pelo serviço de resgate ou por intermédio de instituições de assistência. A principal porta de entrada da PSR no SUS acaba sendo os serviços de urgência e emergência, quando condições crônicas mal cuidadas culminam em quadros agudos (SOUZA, 2012; VARANDA & ADORNO, 2004).

Além das barreiras institucionais, a PSR apresenta comportamentos que dificultam o cuidado oportuno e a adequada intervenção nos problemas de saúde. Grande parte destas tende a normalizar seus sintomas e passam a priorizar suas necessidades de subsistência, o que resulta no retardo do diagnóstico de doenças como a TB, culminando em tratamento mais complexo e com dificuldade de adesão (CRAIG et al, 2014; MALEJCZYK et al, 2014).

A realização do tratamento é outro desafio que se impõe a esta população quando acometida pela TB. A adesão ao tratamento é essencial para o controle da doença, uma vez que auxilia na recuperação precoce, reduz o risco de reativação e impede a transmissão (KHAN et al, 2011).

No entanto, observa-se que o controle da TB na PSR é dificultado pelas regras rígidas, contraditórias e intransigentes, muitas vezes, impostas pelos serviços de saúde que representam barreiras adicionais para a adesão ao tratamento, como a rigidez do horário de atendimento, a falta de simpatia/sensibilidade de alguns profissionais ou a inabilidade de um único local atender à variedade de problemas apresentados por estas pessoas (CANDIANI, 2012; HALLAIS & BARROS 2015).

Frequentemente, as dificuldades expostas pelos serviços de saúde no gerenciamento de tais condições crônicas refletem, de alguma forma, o desempenho insuficiente de toda rede assistencial. No caso da TB, em especial, déficits na integração de ações e serviços podem significar em grandes problemas para o acompanhamento, integralidade da atenção e continuidade da assistência (ALMEIDA et al, 2010).

Nesse sentido, algumas estratégias vêm sendo desenvolvidas para intervir sobre o problema da TB na PSR. Programas de triagem para identificar a TB nesse público têm boa aceitação e proporcionam o monitoramento rigoroso da doença (JANSSENS et al, 2017). Estratégias de detecção de casos de TB, como o rastreamento de grupos de risco (PSR) e a investigação dos contatos (TB latente), podem ser efetivas para reduzir ou até eliminar a doença (VAN HEST & DE VRIES, 2016). No entanto, é importante que ocorra a integração das ações e dos serviços de saúde, como os de combate às drogas, álcool e HIV, aliados à estratégia DOTS, para intervir sobre as complexas necessidades e a importância da TB na PSR (CRAIG & ZUMLA, 2015). Destaca-se que a estratégia DOTS, ofertada por profissionais da APS, pode contribuir para controlar a TB na PSR (KAWATSU et al, 2013).

As ações voltadas para a PSR deve levar em consideração a complexidade do sujeito, suas necessidades individuais e coletivas (SERAFINO & LUZ, 2015). Sobre as ações realizadas pelo governo brasileiro para intervir sobre a problemática da PSR e os riscos inerentes a esse público, como a elevada ocorrência da TB e a dificuldade de controle da doença, destaca-se a Política Nacional para Inclusão Social da PSR (BRASIL, 2008) e a Política Nacional para a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009a). Há também estabelecimentos que acolhem a PSR para abrigo e assistência como as Unidades de Acolhimento Temporário e os Centros de Referência Especializado para a População em Situação de Rua - Centro POP⁹ (BRASIL, 2014b).

⁹ Realiza trabalho social de abordagem e busca ativa de PSR nos territórios para promover o acesso à rede de serviços socioassistenciais e às demais políticas públicas, na perspectiva de desencadear o processo de saída das ruas, com retorno familiar e comunitário (BRASIL, 2014b).

A Política Nacional para Inclusão Social da PSR tem como diretrizes a promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais. No que se refere à atenção a saúde, propõe a garantia da atenção integral, a equidade, o acesso universal no SUS e a promoção de ações de melhoria de qualidade de vida da PSR, através de políticas intersetoriais (BRASIL, 2008).

A Política Nacional para a PSR foi instituída pelo decreto nº 7053, de 23 de dezembro de 2009, que criou também o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento e definiu como princípios a equidade, respeito à dignidade, direito à convivência familiar e comunitária, valorização e respeito à vida e cidadania, respeito às condições e diferenças sociais, atendimento humanizado e universalizado de forma descentralizada (BRASIL, 2009a).

Além das ações e Políticas específicas, há os Programas Governamentais destinados às pessoas em situação de pobreza voltados para a distribuição de renda - Programa Bolsa Família - e acesso à habitação - Programa Minha Casa Minha Vida - que a PSR também pode usufruir. Destacam-se também as ações desenvolvidas pelo Sistema Único da Assistência Social, destinadas ao atendimento de pessoas em situação de vulnerabilidade social (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2015b).

Esses Programas governamentais visam reduzir as desigualdades sociais e as inequidades em saúde, contribuindo para o controle de doenças relacionadas à pobreza como a TB (RASELLA et al, 2013). Entre os efeitos, o Programa Bolsa Família influenciou no aumento nas taxas de adesão ao tratamento e cura da TB (TORRENS et al 2016).

No entanto, mesmo após a criação do SUS com a promulgação da Constituição de 1988, o direito à saúde não foi ampliado - de forma universal, integral e equânime - para toda a população. Considerando as especificidades e características da PSR, para a garantia do acesso ao SUS, tornou-se necessária a elaboração de estratégias para contemplar as particularidades dessa população, com a criação de serviços específicos (PRATES et al, 2011).

Nesse contexto, destaca-se a atuação da APS que, principalmente através da ESF, se configura como proposta de reorientação do modelo de atenção à saúde com uma atuação baseada nos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação da assistência, estabelecimento de vínculo, longitudinalidade do cuidado, atendimento integral, humanização, equidade e participação social. Nesse nível de atenção à saúde, são desenvolvidas ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de

doenças e agravos, com acolhimento dos usuários, promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde, com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas como a PSR (BRASIL, 2017b; STARFIELD, 2002).

Espera-se então que a ESF seja a principal porta de entrada dos usuários no SUS, promovendo acesso e prestando uma atenção qualificada por meio do trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional, com integração e organização das atividades, fortalecendo a inclusão dos usuários, antes privados de acesso ao serviço (MACIEL et al, 2009).

Na APS, o processo de trabalho é definido a partir da especificidade do território de atuação de cada equipe, considerando as características do ambiente, da população e a dinâmica social existente, com demarcação dos limites territoriais de atuação (BRASIL, 2017b; PAIM et al, 2011; SANTOS et al, 2018).

No entanto, o processo de territorialização, com a demarcação de limites de atuação das equipes da APS, pode resultar em barreiras para o acesso da PSR, em virtude de problemas como falta de documentos ou ausência de um endereço fixo, fatores erroneamente utilizados como argumentos pelos profissionais para não realizar o atendimento da PSR (HALLAIS & BARROS, 2015; BRASIL, 2009b).

Importante ressaltar que, entre as atribuições de todos os profissionais que integram as equipes da APS, destaca-se a realização do cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da UBS e, quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários, com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas como a PSR. Ao mesmo tempo, a Política Nacional para a PSR define o objetivo de assegurar cuidados de saúde para este grupo populacional. Dessa forma, surge a necessidade de avançar na organização dos serviços para que o atendimento aos usuários não seja condicionado apenas a um território geográfico delimitado ou a necessidade de um endereço fixo (HALLAIS, BARROS, 2015; BRASIL, 2009b; BRASIL, 2017b).

Segundo Vargas (2012), diversas ferramentas foram pensadas para atuar de maneira efetiva na atenção à saúde da população que vive em situação de vulnerabilidade, destacando-se a Equipe de Consultório na Rua (ECR) que consiste em uma equipe itinerante para atenção integral à saúde da PSR.

As ECR, instituídas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), integram o componente atenção primária e devem atuar frente aos diferentes problemas e

necessidades de saúde da PSR. São constituídas por equipes multiprofissionais (Médico, Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e Técnico em Saúde Bucal) e prestam atenção integral à saúde de uma referida PSR in loco. As atividades são realizadas de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades de Atenção Básica e outros serviços da RAS ou de ordem social, de acordo com a necessidade de cada usuário (BRASIL, 2017b; HALLAIS & DE BARROS, 2015).

3.2 Avaliação em saúde

Avaliar é uma atividade que faz parte do cotidiano das pessoas e contribui com o processo decisório nas mais diversas situações vivenciadas que necessitam de um processo de medida, comparação e delimitação de um juízo de valor. A avaliação está envolvida em várias circunstâncias, como no julgamento pessoal para o desenvolvimento de uma atividade e em processos que pretende medir o desempenho de pessoas e instituições para as mais variadas finalidades (CONTANDRIOPOULOS, 1997; SILVA & FORMIGLI, 1994; WORTHEN et al, 2004).

Nesse contexto, as práticas de saúde também são alvo de processos avaliativos, realizados das mais variadas formas e que são importantes para o planejamento, gestão, implementação e acompanhamento de ações, políticas, programas e sistemas de saúde (SILVA & FORMIGLI, 1994).

No campo da saúde, a avaliação se inicia focada no desenvolvimento da epidemiologia e da estatística. Apesar de, historicamente, não se perceber uma preocupação em avaliar programas públicos no Brasil, esse desinteresse está diminuindo devido às transformações políticas e crises econômicas observadas no país desde os anos 80 do século passado. Essa conjuntura de crise determinou a necessidade de se obter maior eficiência nos investimentos governamentais em programas sociais. Dessa forma, a avaliação de programas passa a ser um importante instrumento para o alcance de melhores resultados com melhor utilização e controle dos recursos. Além disso, a avaliação passa a fornecer, aos formuladores de políticas e aos gestores, dados importantes para o planejamento e acompanhamento de ações mais consistentes, permitindo uma gestão mais eficaz (BOSI & MERCADO-MARTINEZ 2010; MATIDA & CAMACHO 2004).

Não há uma definição unânime quanto ao conceito de avaliação (HARTZ, 1997). Contandriopoulos et al (1997) relatam que cada avaliador constrói a sua,

traduzindo a complexidade do campo. No entanto, Brousselle et al (2011, p. 44) propuseram uma definição integradora que reúne alguns elementos bem aceitos na literatura. Nesse sentido:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

A avaliação, na atualidade, é resultante do processo de evolução dos meios de produção e do conhecimento sobre as intervenções que propiciou o desenvolvimento de múltiplas concepções, métodos e técnicas do processo avaliativo. Entre as várias classificações, a literatura aponta que uma intervenção pode ser analisada através de dois tipos de avaliação: a normativa e a pesquisa avaliativa (BROUSSELLE et al, 2011).

A avaliação normativa analisa os componentes da intervenção considerando os critérios e normas preestabelecidos para verificar se estão adequados às referências. Baseia-se nos elementos oriundos dos conceitos de estrutura, processo e resultado, propostos por Donabedian em 1966 (SILVA & FORMIGLI, 1994).

A estrutura corresponde aos objetivos, recursos físicos, humanos, materiais e financeiros utilizados na intervenção. O processo abrange todas as atividades desenvolvidas pelos profissionais envolvidos. E o resultado corresponde ao produto final da intervenção realizada, considerando a satisfação de padrões e de expectativas (SILVA & FORMIGLI, 1994).

A avaliação normativa geralmente é realizada pelos profissionais envolvidos com a intervenção, gestores e profissionais de saúde, auxiliando os envolvidos no desenvolvimento das ações, considerando as normas, critérios estabelecidos e os efeitos esperados da intervenção (CHAMPAGNE et al, 2011).

No entanto, a avaliação normativa pode gerar resultados insuficientes para se realizar um julgamento válido dos resultados de uma intervenção. Dessa forma, para avaliá-los utiliza-se a pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

Na pesquisa avaliativa o julgamento de uma intervenção é realizado com a utilização de métodos científicos para analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a

produtividade, os efeitos, o rendimento ou as relações entre a intervenção e o contexto de implementação (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

Geralmente é realizada por profissionais que não integram o serviço avaliado, normalmente pesquisadores ligados à universidade e órgãos de pesquisa, em que a distância dos avaliadores é considerada uma condição necessária ao adequado desenvolvimento da investigação. A pesquisa avaliativa demanda maior experiência do pesquisador, pois exige aprofundamento teórico e metodológico. É realizada para aprofundar um tema ainda pouco estudado, identificar relações de causalidade ou estudar uma nova abordagem teórica ou metodológica, geralmente com o objetivo de contribuir com a construção do conhecimento científico, além de ajudar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS, 2006; MATIDA & CAMACHO, 2004).

A pesquisa avaliativa pode ser dividida em seis tipos de análise que utilizam métodos de pesquisa distintos. A análise estratégica foca na pertinência da intervenção, na adequação estratégica entre a intervenção e a situação que a originou. A análise lógica estuda a adequação entre os objetivos da intervenção e os meios implementados para alcançá-los. A análise de produção consiste em analisar a relação entre o modo como os recursos são usados e os serviços produzidos. A análise dos efeitos procura medir a eficácia da intervenção, a relação de causalidade entre a intervenção e seus efeitos. A análise da eficiência compara as relações entre os recursos e os efeitos observados. E, por fim, a análise de implantação estuda as relações entre uma intervenção e seu contexto durante sua implementação, delimitando os fatores que facilitam ou comprometem a implantação de uma intervenção (BROUSSELLE et al, 2011; CHAMPAGNE et al, 2011; CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

Sobre as abordagens metodológicas desse campo de práticas, há uma multiplicidade de desenhos quantitativos e qualitativos. Dessa forma, considerando que cada avaliação é um caso particular, é requerido do pesquisador criatividade na formulação da melhor estratégia, na definição da abordagem e na seleção de critérios, indicadores e padrões. Na realização da pesquisa avaliativa é importante considerar o potencial de cada abordagem, cuja informação gerada deverá ser útil para os tomadores de decisão e demais envolvidos com o processo de avaliação (SILVA, 2005).

Um esforço deve ser apreendido na identificação de qual abordagem metodológica para a realização da pesquisa avaliativa se mostra mais pertinente para responder a pergunta da investigação, testar as possíveis hipóteses do estudo e evitar ao máximo os vieses (SILVA, 2005).

Nesse contexto, a epidemiologia dispõe de um instrumental apropriado para determinação dos resultados e do impacto das medidas e intervenções em saúde, colaborando também na elaboração de indicadores e parâmetros de avaliação de qualidade dos serviços. Certamente, um dos papéis importantes que a epidemiologia pode exercer é na área da avaliação em saúde (PINHEIRO & ESCOSTEGUY, 2009; SILVA, 2005).

Como observado, a avaliação de uma intervenção é constituída pelos resultados de várias análises através de métodos e abordagens distintas. Ela procura contribuir com o conhecimento científico e com a tomada de decisão, ao mesmo tempo em que não tem condições de dar todas as respostas requeridas e, portanto, não pode nunca terminar. Deve ser vista como uma atividade dinâmica que utiliza métodos diversos envolvendo pessoas e competências variadas. Quanto mais uma avaliação é bem sucedida, mais ela abre caminhos para novas perguntas (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa com desenho epidemiológico do tipo transversal.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em Campina Grande, município localizado na mesorregião do agreste paraibano e segundo mais desenvolvido do Estado, concentrando 14,1% do total das riquezas produzidas na Paraíba. Com uma população de 407.472 habitantes, Campina Grande tem uma rede básica de saúde composta por 74 UBS com 105 equipes da ESF, 4 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 9 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 1 Equipe de Consultório de Rua (ECR), distribuídas em 8 distritos sanitários e com uma cobertura populacional estimada de, aproximadamente, 90,0%. Há, no município, 7 Centros de Saúde, 2 Policlínicas, 7 Centros de Atenção Psicossocial, 1 Unidade de Referência em Saúde Mental, 6 Residências Terapêuticas, 1 Centro de Referência à Saúde do Trabalhador, 1 Centro de Testagem e Aconselhamento, 3 hospitais gerenciados pelo município, 1 Unidade de Pronto Atendimento, além dos estabelecimentos gerenciados pelo estado, governo federal e conveniados (CAMPINA GRANDE, 2016; BRASIL, 2018). De acordo com estimativas da ECR, no ano de 2016, Campina Grande possuía 200 pessoas em situação de rua.

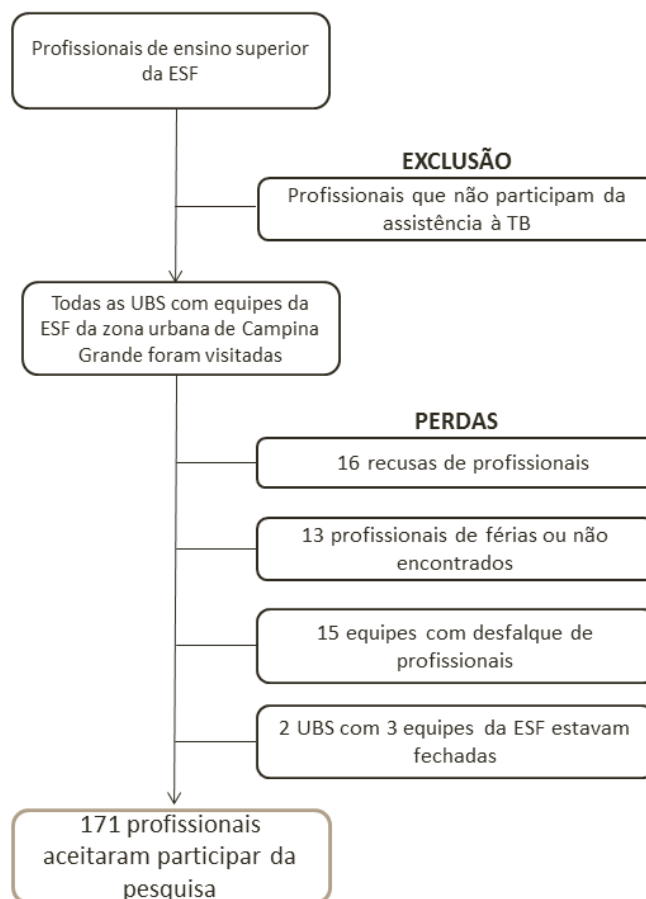
4.3 População

A população do estudo foi constituída por todos os profissionais de ensino superior da ESF envolvidos com a assistência dos casos de TB e lotados em UBS da zona urbana do município. Participaram do estudo médicos, enfermeiros e odontólogos, além dos profissionais do NASF, que participassem da assistência à TB, aceitassem participar da pesquisa, estivessem em atividade e presentes na UBS no momento da visita do pesquisador para a realização da coleta de dados. Foram realizadas até três visitas em cada UBS na tentativa de encontrar os profissionais.

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril a julho de 2017 e todas as 67 UBS com equipes da ESF da zona urbana de Campina Grande foram visitadas. Do total de profissionais abordados, 171 profissionais aceitaram participar da pesquisa e 16

recusaram, sendo 13 médicos e 3 enfermeiros. Além disso, 13 profissionais, sendo 9 médicos e 4 enfermeiros, estavam de férias, licença ou não foram encontrados; 15 equipes estavam com desfalque de profissionais, 12 de médico e 3 de enfermeiro; e duas UBS com as 3 equipes da ESF localizadas na zona urbana do distrito sanitário VIII estavam fechadas (Figura 1). Esse distrito, portanto, foi excluído do estudo.

Figura 1 – Fluxograma: composição da população do estudo



Considerando as equipes que dispunham de profissionais no momento da visita às UBS, obteve-se uma taxa de resposta dos questionários de 91,4%. Sobre as recusas, 50,0% ocorreram no distrito sanitário VI. É importante salientar que esse distrito é o que detém o maior número de equipes da ESF (25). Entre os profissionais que estavam de férias, licença ou que não foram encontrados, observou-se uma distribuição similar em todos os distritos sanitários, com exceção do IV, onde todos os profissionais estavam em atividade. A ausência de profissionais nas equipes da ESF visitadas também ocorreu de forma homogênea em todos os distritos sanitários incluídos na análise.

4.4 Instrumentos de coleta de dados

- a) Instrumento 1: questionário estruturado com o objetivo de caracterizar os sujeitos do estudo, as unidades de saúde e a assistência à TB, com ênfase na PSR (Apêndice A);
- b) Instrumento 2: questionário estruturado autoaplicável sobre aspectos conceituais, da organização do serviço e da assistência à TB para pessoas em situação de rua pela APS.

A construção do questionário partiu das ações preconizadas e conceitos adotados pelo Ministério da Saúde para o controle da TB na PSR (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012a), como pode ser observado no apêndice B. Utilizou-se também o instrumento proposto pelo MacCooll Institute for Health Care Innovation (BONOMI et al, 2002) para a avaliação da capacidade institucional para a atenção às condições crônicas. Esse instrumento foi validado no Brasil por Moysés et al (2012) e adaptado para a atenção à TB pelo Grupo de Estudos Epidemiológicos e Operacionais da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose - REDE TB (SILVA et al, 2016).

A partir de cada ação ou conceito, definiu-se uma variável para o questionário e a melhor resposta esperada, resultando em vinte variáveis. Em seguida, para cada variável, foram definidas mais quatro possibilidades de resposta de modo que, no geral, houvesse uma gradação de cinco assertivas – escala tipo Likert - que parte do desconhecimento da variável à resposta ou execução da ação nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde. As respostas receberam uma pontuação com variação entre 1 (pior resposta esperada) e 5 (melhor resposta esperada). As cinco possibilidades de resposta de cada variável foram misturadas para induzir a leitura completa do instrumento pelos sujeitos da pesquisa e evitar escolhas tendenciosas. O instrumento 2 está disponível no apêndice C.

Os instrumentos foram concebidos durante as discussões do Grupo Operacional de Pesquisa e Qualificação em Tuberculose da Paraíba, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Foi realizado um estudo piloto com profissionais das ECR de João Pessoa e Campina Grande para verificar os itens dos questionários quanto a clareza dos enunciados e respostas, tipo e quantidade de variáveis.

4.5 Procedimentos para a coleta de dados

Cada sujeito entrevistado foi convidado pelo pesquisador que explicou a natureza, os objetivos do estudo e a garantia do anonimato. Todos os profissionais que

concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice D).

A aplicação dos instrumentos ocorreu em locais que resguardaram a privacidade dos entrevistados. Inicialmente foi realizada uma entrevista com a primeira parte do questionário 1 (Apêndice A), para coleta dos dados da caracterização dos sujeitos e das Unidades de Saúde. Em seguida, após orientações iniciais, os sujeitos foram convidados a responder o questionário 2 (Apêndice C). Por fim, foi retomada a entrevista com a segunda parte do questionário 1, com coleta de dados sobre a assistência à TB. Essa estratégia foi adotada para evitar que questionamentos iniciais sobre a assistência à TB viessem interferir nas respostas do apêndice C.

4.6 Análise dos dados

A análise foi realizada com o auxílio dos pacotes estatísticos SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 17.0 e Stata, versão 12.

Com o objetivo de realizar uma caracterização geral, inicialmente foi realizada a análise descritiva para apresentação das características demográficas e sociais dos sujeitos da pesquisa, dos serviços de saúde e da assistência à TB - ênfase na PSR - com a obtenção de frequências absolutas e relativas, e cálculos das médias, de acordo com o tipo de cada variável pesquisada.

4.6.1 Análise fatorial exploratória

Considerando o número de variáveis envolvidas, o questionário 2 (Apêndice C) foi submetido à análise fatorial exploratória (AFE) para simplificar a estrutura dos dados com a identificação de grupos ou agrupamentos de variáveis. Essa técnica tem três usos principais: entender a estrutura de um conjunto de variáveis, construir um questionário para medir uma variável subjacente e reduzir um conjunto de dados a um tamanho mais manejável enquanto se retém o máximo da informação original possível (FIELD, 2009).

Foi utilizada um tipo de AFE denominada Análise de Componentes Principais (ACP). A análise assume inicialmente que toda a variância dos dados é variância comum, ou seja, a comunalidade de cada variável é 1. A técnica consiste em determinar componentes lineares existentes dentro de um conjunto de dados e como uma variável particular pode contribuir com aquele componente. Ela parte de uma matriz de correlação, onde são calculadas as combinações lineares que geram autovetores

associados à matriz de correlação. Os elementos dos autovetores são os pesos de cada variável na combinação linear, denominados cargas dos fatores. O maior autovalor associado com cada um dos autovetores fornece um indicador único (fator) da importância de cada combinação linear. Um fator pode ser descrito em termos das variáveis mensuradas e da importância relativa delas para aquele fator; as variáveis de um fator devem ser altamente correlacionadas entre si, mas com baixas correlações com as variáveis dos demais fatores (FIELD, 2009; GONZÁLES et al, 2014).

A realização da AFE/ACP para a obtenção do modelo que foi utilizado na pesquisa foi feita considerando as etapas, testes e critérios propostos por Field (2009) e Gonzáles et al (2014), descritos a seguir:

A confiabilidade da análise dos fatores depende do tamanho da amostra. Existem diversas regras para definir o tamanho da amostra que variam entre 05 e 15 participantes por variável. Para o presente estudo, estipulou-se um quantitativo de 10 participantes para cada uma das 20 variáveis do questionário, totalizando a meta de 200 profissionais responderem o questionário. Desse total, conseguiu-se 171 questionários.

Foi aplicado o teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para medir a adequação da amostra. O KMO pode ser calculado para variáveis individuais e múltiplas e varia entre 0 e 1. Valores maiores do que 0,5 são apenas aceitáveis, entre 0,5 e 0,7 são medíocres, entre 0,7 e 0,8 são bons, entre 0,8 e 0,9 são ótimos e valores acima de 0,9 são excelentes. Foi analisada também a matriz anti-imagem das correlações entre as variáveis. A matriz contém medidas de adequação da amostra para cada variável ao longo da diagonal. Os elementos diagonais, como o KMO, devem ser maiores do que 0,5, no mínimo, se a amostra for adequada para cada variável na análise. Valores menores que 0,5 indicam que a variável não se ajustou à estrutura definida pelas outras variáveis e, portanto, deverá ser eliminada da AFE.

Em seguida, foi realizada a análise da matriz de correlação e de significância dos coeficientes de correlação. Variáveis que apresentem muitas correlações fracas, inferiores a 0,3, ou sem significância estatística com grande parte das outras variáveis podem prejudicar a AFE com a criação de estruturas instáveis. Além disso, variáveis altamente correlacionadas ($R > 0,9$) dificultam a determinação da contribuição única para um fator. A multicolinearidade pode ser detectada também verificando o determinante da matriz, este deve ser maior que 0,00001. Em todos esses casos, essas variáveis foram excluídas do processo.

Foi aplicado o teste de esfericidade de Bartlett para avaliar a adequação dos dados para o uso da AFE. A medida testa a hipótese nula de que a matriz de correlações original é uma matriz identidade. Um teste significativo informa que a matriz-R não é uma matriz identidade e, portanto, há relacionamentos entre as variáveis que serão incluídos na análise.

Para a realização da extração dos fatores, foi adotado o critério da análise paralela de Horn que compara os autovalores obtidos com autovalores de matrizes que contêm variáveis randômicas não correlacionadas. Os autovalores da matriz de correlação são comparados com os valores médios dos autovalores das matrizes com valores randômicos. São extraídos apenas fatores que correspondem a autovalores empíricos que excedem os valores médios dos autovalores obtidos randomicamente (HAYTON et al, 2004).

Sobre a rotação dos fatores, foram realizadas análises considerando os dois tipos de rotação, a ortogonal (considera que os fatores são independentes, não relacionados) e a oblíqua (considera que os fatores podem se relacionar). A escolha da rotação depende de uma justificativa teórica para supor que os fatores estejam relacionados ou que sejam independentes.

Em seguida, foi realizada a análise das cargas fatoriais após a rotação, que representa a correlação entre uma variável original e seu fator. Considera-se uma carga de valor absoluto maior do que 0,3 como sendo importante. Dessa forma, foram excluídas as variáveis com cargas fatoriais inferiores a 0,3 para todos os fatores ou maiores que 0,3 em mais de um fator.

Para finalizar o processo, foi realizada a análise da matriz de correlações baseada no modelo para avaliação dos resíduos. Diferenças entre a matriz baseada no modelo e a matriz baseada nos dados iniciais indicam os resíduos do modelo. O ideal é que poucas diferenças sejam maiores que 0,05. No geral, se aceita uma matriz de resíduos com mais de 50,0% dos resíduos com valor absoluto menor que 0,05 como indicador de bom ajustamento do modelo fatorial.

Após a realização da AFE e a definição dos fatores (sub escalas), foi realizada a análise de confiabilidade do questionário, considerando cada sub escala constituinte, para avaliar a capacidade destas medirem o que pretendem. A análise foi medida pelo alfa de Cronbach (mede a consistência interna dos itens do questionário), onde espera-se encontrar valores a partir 0,7 (limite inferior recomendado). Nessa análise, foi

observada também a correlação total dos itens corrigidos¹⁰ para buscar variáveis com correlações abaixo de 0,3 e ver a necessidade de exclusão (item que não se correlaciona muito bem com toda a sub escala). Além disso, foram analisados os valores que o alfa de Cronbach de cada sub escala assumiria com a exclusão de cada variável constituinte; se a eliminação de uma variável aumenta substancialmente o alfa de Cronbach, isso significa que essa eliminação aumenta a confiabilidade da escala (FIELD, 2009).

Após a definição do modelo final, com a realização da AFE e da análise de confiabilidade, foi gerado um escore múltiplo de cada fator extraído para cada sujeito da pesquisa¹¹. Esses escores foram utilizados nas análises posteriores.

4.6.2 Análise de desempenho

A análise de desempenho para o desenvolvimento das ações para o controle da TB na PSR ocorreu mediante avaliação das variáveis resultantes da AFE. Para cada variável, foi determinado o valor do somatório dos pontos, considerando a resposta de todos os participantes do estudo; em seguida, foi calculado o desempenho da seguinte forma:

$$Desempenho = \frac{\sum \text{pontos da variável}}{\sum \text{pontuação máxima possível para a variável}} \times 100$$

A partir dos percentuais obtidos, definiu-se a seguinte classificação para o nível de desempenho: satisfatório (81% a 100%), parcialmente satisfatório (61% a 80%), incipiente (41% a 60%) e insatisfatório (0% a 40%). Para fundamentar a análise de desempenho, foram apresentados também os principais resultados da análise descritiva (frequência relativa) do questionário autoaplicável.

4.6.3 Regressão linear múltipla

Foi realizada uma análise multivariada através da regressão linear múltipla com o intuito de encontrar variáveis relacionadas com a assistência à TB na PSR. Nesse sentido, a variável resposta (dependente) foi o fator encontrado na AFE (caracterizado como de assistência à TB) e o respectivo escore múltiplo do fator extraído para cada sujeito da pesquisa. As possíveis variáveis explicativas (independentes) foram

¹⁰ São as correlações entre cada variável e o escore total do questionário. Numa escala confiável, todas as variáveis devem se correlacionar com o total (FIELD, 2009).

¹¹ O escore múltiplo dos fatores extraídos foi calculado pelo método da regressão (FIELD, 2009).

representadas pelos itens do questionário 1 (Apêndice A) e por fatores definidos na AFE relacionados com a variável resposta¹².

Foram incluídas no modelo de regressão linear múltipla as variáveis com valor-p menor ou igual a 0,20 na análise bivariada através da regressão linear simples. Foi utilizada a estratégia de eliminação *backward* para a construção do modelo com a inclusão inicial de todas as possíveis variáveis explicativas. As variáveis foram então retiradas uma de cada vez, começando-se com as menos significativas (maior valor-p) e com as que reduzem o coeficiente de determinação ajustado (R^2 ajustado) pela mínima quantidade - explicam a menor proporção da variabilidade observada na variável resposta - até se chegar a um modelo final onde todas as variáveis possuem valor-p menor ou igual a 0,05 (PAGANO & GAUVREAU, 2004).

Para a análise dos resíduos, observou-se se apresentavam distribuição normal através do teste Shapiro Wilk (valor-p maior que 0,05) e da análise gráfica (histograma). Além disso, gerou-se o gráfico de dispersão dos resíduos *versus* os valores ajustados da variável resposta para avaliar uma possível falha na suposição da homocedasticidade (PAGANO & GAUVREAU, 2004).

Ao final, a partir do modelo de regressão linear múltipla, foi avaliado como as variáveis incluídas influenciam na assistência à TB na PSR.

4.7 Aspectos éticos

Esse estudo integra o projeto intitulado: “Análise dos pontos de estrangulamento no controle da tuberculose em populações em situação de rua nos municípios de João Pessoa e Campina Grande – PB”. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), protocolo: 0478/13, CAAE: 20446513.0.0000.5188 (Anexo 1); atendendo, portanto, às recomendações contidas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b).

¹² Não foi observado grande colinearidade entre os fatores extraídos (Correlação de Pearson = 0,36, valor-p = 0,01).

5 RESULTADOS

5.1 Análise descritiva

A tabela 1 mostra a distribuição dos profissionais nos 7 distritos sanitários da zona urbana de Campina Grande-PB incluídos no estudo, destacando-se os distritos 05 (23,4%) e 6 (23,0%) que tiveram os maiores percentuais de participantes. No distrito 7, foram entrevistados apenas 3 profissionais (1,75%), tendo em vista que nesse distrito havia apenas duas equipes da ESF localizadas na zona urbana do município. A maioria dos profissionais trabalha 08 horas por dia (88,3%, média de 7,84 horas), é do sexo feminino (86,0%), são enfermeiros (50,3%) na faixa etária de 31 a 40 anos (38,0%, média de idade de 41,5 anos). Entre os entrevistados, a maioria foi constituída de profissionais concursados (58,5%), com mais de 5 anos de atuação no serviço (65,5%, média de 09 anos), mais de 10 anos de formação (64,3%, média de 15,9 anos) e com pós-graduação relacionada ao trabalho desenvolvido na ESF (62,6%).

Tabela 1 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa e das Unidades Básicas de Saúde (n=171).

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa
Distrito sanitário		
1	26	15,2
2	17	9,9
3	26	15,2
4	20	11,7
5	40	23,4
6	39	22,8
7	3	1,8
Tempo de funcionamento (horas)		
< 8	20	11,7
= 8	151	88,3
Sexo		
Masculino	24	14,0
Feminino	147	86,0
Faixa etária (anos)		
Até 30	27	15,8
31 a 40	65	38,0
41 a 50	44	25,7
51 a 60	21	12,3
> 60	14	8,2
Função exercida no serviço		
Enfermeiro	86	50,3
Médico	57	33,3
Odontólogo	13	7,6
Assistente Social	11	6,4
Farmacêutico	1	0,6
Nutricionista	1	0,6
Psicólogo	1	0,6
Fisioterapeuta	1	0,6
Tempo de atuação no serviço (anos)		
Até 05	59	34,5
06 a 10	54	31,6
>10	58	33,9
Tipo de vínculo no serviço		
Concursado	100	58,5
Contratado	55	32,2
PROVAB/Mais Médicos	10	5,9
Residência	3	1,8
Outro	3	1,8
Tempo de formação (anos)		
Até 05	40	23,4
06 a 10	21	12,3
>10	110	64,3
Pós-graduação relacionada à ESF		
Sim	107	62,6
Não	64	37,4

A tabela 2 apresenta as características da assistência à TB com ênfase na PSR. A PSR estava presente em 21,1% dos territórios de atuação dos profissionais no momento da entrevista, sendo que 40,3% informaram que as equipes que integram já atenderam essa população. No entanto, 22,2% dos profissionais não souberam informar sobre a existência da PSR. A participação de toda a equipe na assistência à TB foi relatada por 30,4% dos profissionais, apesar de ser esperado que essa atuação ocorresse em todas as equipes, inclusive com a participação de profissionais da Equipe de Saúde Bucal e do NASF. Além disso, para 35,1% dos profissionais, o atendimento dos casos de TB é centralizado e realizado apenas pelo médico e/ou enfermeiro da equipe.

O atendimento à pessoa com TB e a identificação de SR foram relatados por 88,3% e 79,0% dos profissionais, respectivamente, e 48,5% relataram ter casos de TB nos territórios de atuação no momento da entrevista. Ressalta-se que mais de 25,0% dos entrevistados não souberam informar se havia casos de SR ou de TB em pessoas em situação de rua no território no momento da entrevista. Um percentual de 8,2% dos entrevistados relatou ter ocorrido identificação de SR e 11,1% a ocorrência de atendimento à TB na PSR pelas respectivas equipes que integram (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização da assistência à tuberculose na Atenção Primária à Saúde, com ênfase na População em Situação de Rua (n=171).

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa
Atualmente há pessoas em situação de rua no território?		
Sim	36	21,1
Não	97	56,7
Não sabe informar	38	22,2
A equipe já atendeu pessoas em situação de rua na Unidade ou área de abrangência?		
Sim	69	40,4
Não	91	53,2
Não sabe informar	11	6,4
Quem participa no atendimento dos casos de TB neste serviço?		
Médico ou enfermeiro	14	8,2
Médico e enfermeiro	46	26,9
Médico ou enfermeiro e ACS	1	0,6
Médico, enfermeiro e ACS	15	8,8
Todos os profissionais da equipe básica	52	30,4
Participação de outros profissionais (saúde bucal ou NASF)	43	25,2
Atualmente há pessoas com TB no território?		
Sim	83	48,5
Não	74	43,3
Não sabe informar	14	8,2
A equipe já identificou SR na Unidade ou área de abrangência?		
Sim	135	79,0
Não	24	14,0
Não sabe informar	12	7,0
A equipe já atendeu pessoas com TB na Unidade ou área de abrangência?		
Sim	151	88,3
Não	14	8,2
Não sabe informar	6	3,5
Atualmente há pessoas em situação de rua SR no território?		
Sim	4	2,3
Não	112	65,5
Não sabe informar	55	32,2
Atualmente há pessoas em situação de rua com TB no território?		
Sim	2	1,2
Não	123	71,9
Não sabe informar	46	26,9
A equipe já identificou SR em pessoas em situação de rua na Unidade ou área de abrangência?		
Sim	14	8,2
Não	137	80,1
Não sabe informar	20	11,7
A equipe já atendeu pessoas com TB em situação de rua na Unidade ou área de abrangência?		
Sim	19	11,1
Não	137	80,1
Não sabe informar	15	8,8

5.2 O processo de extração dos fatores

O gráfico 1 mostra a análise descritiva das vinte variáveis iniciais que foram submetidas à AFE/ACP.

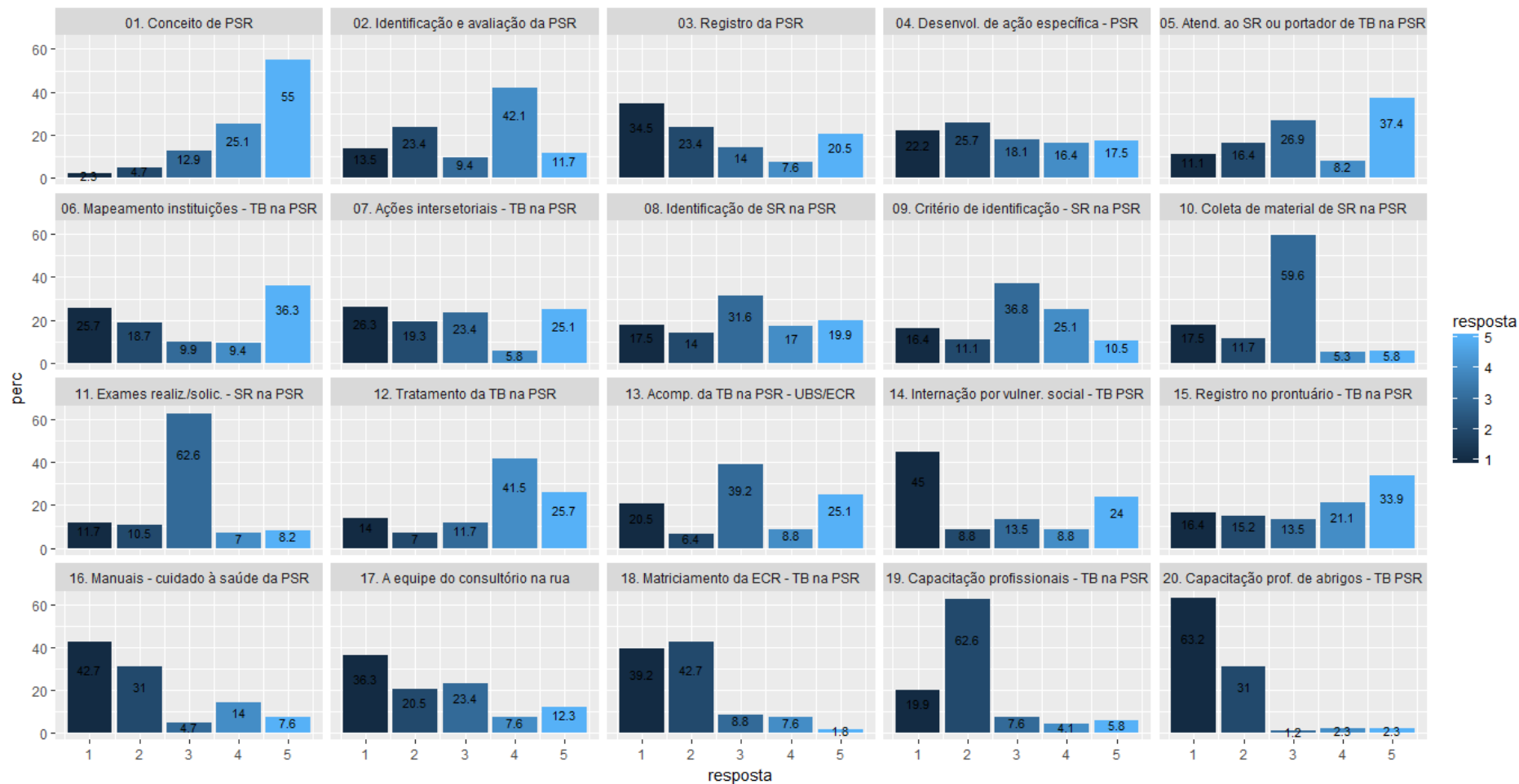
Apenas quatro variáveis tiveram um percentual de resposta acima de 50% para os itens 4 e 5 do questionário, as duas melhores respostas esperadas. Foram as seguintes: conceito de PSR (80,1%), identificação e avaliação da PSR no território (53,8%), realização do tratamento da TB da pessoa em situação de rua (67,2%) e o registro da informação no prontuário do portador de TB em situação de rua (55,0%).

Em relação às piores respostas esperadas, 1 e 2, observa-se em sete variáveis um percentual de resposta superior a 50%. São elas: o registro da PSR no território (57,9%), a internação por vulnerabilidade social para os casos de TB (53,8%), acesso aos manuais sobre o cuidado à saúde para a PSR (73,7%), a equipe do consultório na rua (56,8%), matriciamento/parceria das ECR às equipes da APS para o controle da TB na PSR (81,9%), capacitação dos profissionais sobre TB na PSR (82,5%), e sensibilização e capacitação dos profissionais de abrigos, albergues e/ou casas de acolhida sobre TB na PSR (94,2%).

Para as demais nove variáveis, observa-se uma proporção maior de respostas no item 3 do questionário, valor que representa a resposta intermediária (identificação de SR em situação de rua no território, critério para identificação e exame dos SR em situação de rua, coleta de material de SR em situação de rua, exames realizados/solicitados no primeiro contato com SR em situação de rua e acompanhamento dos casos de TB pela equipe da UBS/ECR), ou uma distribuição percentual mais homogênea entre as cinco possibilidades de respostas (desenvolvimento de algum tipo de ação específica para a PSR no território, organização do serviço para atendimento ao SR ou portador de TB em situação de rua, realização de mapeamento das instituições que configuram a rede de atendimento ao portador de TB em situação de rua e desenvolvimento de ações intersetoriais no atendimento ao portador de TB em situação de rua).

Todas essas variáveis foram submetidas à AFE para averiguar o nível de associação entre elas com a perspectiva de encontrar padrões de relacionamentos entre grupos de variáveis que venham a refletir componentes de uma mesma unidade de análise que possa ser justificada pela literatura.

Gráfico 1 – Ações para o controle da tuberculose na população em situação de rua: distribuição percentual (n=171).



É importante ressaltar que a AFE é um processo constituído de várias etapas de análise e de aplicação de testes para a identificação de possíveis variáveis que não se ajustam ao modelo proposto e que, portanto, vão sendo eliminadas. Com a exclusão de uma variável, todo o processo da AFE é reiniciado até que todas as variáveis remanescentes se ajustem a um determinado modelo.

Das vinte variáveis iniciais, após a realização de todas as etapas da AFE, foram excluídas 5, tendo o modelo final ficado com 15 variáveis. Inicialmente foi excluída a variável ‘sensibilização e capacitação dos profissionais de abrigos, albergues e/ou casas de acolhida sobre TB na PSR’ na etapa de análise da intercorrelação entre as variáveis (matriz de correlações). Essa variável não teve correlações estatisticamente significativas ($p > 0,05$) com a maioria das variáveis do instrumento (52,6%), como pode ser observado na tabela 3.

Tabela 3 – Análise de correlação da variável sensibilização e capacitação dos profissionais de abrigos, albergues e/ou casas de acolhida sobre TB na PSR.

Variáveis	Coefficiente	Valor p
Conceito de população em situação de rua	0,078	0,156
Identificação e avaliação da população em situação de rua no território	0,099	0,099
O registro da população em situação de rua no território	0,038	0,310
Desenvolvimento de algum tipo de ação específica para a PSR no território	0,169	0,013
Organização do serviço para atendimento ao SR ou portador de TB em situação de rua	0,066	0,196
Realização de mapeamento das instituições que configuram a rede de atendimento ao portador de TB em situação de rua	0,047	0,272
Desenvolvimento de ações intersetoriais no atendimento ao portador de TB em situação de rua	0,164	0,016
Identificação de SR em situação de rua no território	0,160	0,018
Critério para identificação e exame dos SR em situação de rua	0,123	0,055
Coleta de material de SR em situação de rua	0,016	0,416
Exames realizados/solicitados no primeiro contato com SR em situação de rua	0,057	0,230
Realização do tratamento da TB da pessoa em situação de rua	0,111	0,075
Acompanhamento dos casos de TB pela equipe da UBS/Consultório na Rua	0,176	0,011
A internação por vulnerabilidade social para os casos de TB	0,299	0,000
O registro da informação no prontuário do portador de TB em situação de rua	0,100	0,096
Manuais sobre o cuidado à saúde para a população em situação de rua	0,350	0,000
A equipe do consultório na rua	0,246	0,001
Matriciamento/parceria das equipes do consultório na rua às equipes da APS para o controle da TB na população em situação de rua	0,396	0,000
Capacitação dos profissionais sobre TB na população em situação de rua	0,321	0,000

Em seguida, foram excluídas as variáveis ‘conceito de população em situação de rua’ e a ‘internação por vulnerabilidade social para os casos de TB’, por apresentarem baixa comunalidade (Tabela 4). Além disso, a variável ‘exames

realizados/solicitados no primeiro contato com SR em situação de rua’ foi excluída para que a matriz de resíduos do modelo ficasse com 50,0% dos resíduos com valor absoluto menor que 0,05 em relação a matriz baseada nos dados iniciais, para um bom ajustamento do modelo fatorial.

Tabela 4 – Comunalidades após a extração dos fatores.

Variáveis	Valor
Conceito de população em situação de rua	0,102
Identificação e avaliação da população em situação de rua no território	0,416
O registro da população em situação de rua no território	0,344
Desenvolvimento de algum tipo de ação específica para a PSR no território	0,513
Organização do serviço para atendimento ao SR ou portador de TB em situação de rua	0,465
Realização de mapeamento das instituições que configuram a rede de atendimento ao portador de TB em situação de rua	0,419
Desenvolvimento de ações intersetoriais no atendimento ao portador de TB em situação de rua	0,461
Identificação de SR em situação de rua no território	0,571
Critério para identificação e exame dos SR em situação de rua	0,508
Coleta de material de SR em situação de rua	0,560
Exames realizados/solicitados no primeiro contato com SR em situação de rua	0,560
Realização do tratamento da TB da pessoa em situação de rua	0,471
Acompanhamento dos casos de TB pela equipe da UBS/Consultório na Rua	0,331
A internação por vulnerabilidade social para os casos de TB	0,297
O registro da informação no prontuário do portador de TB em situação de rua	0,489
Manuais sobre o cuidado à saúde para a população em situação de rua	0,362
A equipe do consultório na rua	0,573
Matriciamento/parceria das equipes do consultório na rua às equipes da APS para o controle da TB na população em situação de rua	0,686
Capacitação dos profissionais sobre TB na população em situação de rua	0,366

Na análise das cargas fatoriais, excluiu-se a variável ‘acompanhamento dos casos de TB pela equipe da UBS/Consultório na Rua’ por esta apresentar valor superior a 0,3 em todos os fatores encontrados na análise (Tabela 5).

Tabela 5 – Análise de componentes principais: componentes e cargas fatoriais.

Variáveis	Componentes	
	1	2
Identificação de SR em situação de rua no território	0,727	0,071
Desenvolvimento de ações intersetoriais no atendimento ao portador de TB em situação de rua	0,712	-0,008
O registro da informação no prontuário do portador de TB em situação de rua	0,709	-0,025
Desenvolvimento de algum tipo de ação específica para a PSR no território	0,702	0,085
O registro da população em situação de rua no território	0,694	-0,138
Realização de mapeamento das instituições que configuram a rede de atendimento ao portador de TB em situação de rua	0,686	-0,040
Coleta de material de SR em situação de rua	0,686	-0,043
Organização do serviço para atendimento ao SR ou portador de TB em situação de rua	0,684	0,051
Identificação e avaliação da população em situação de rua no território	0,641	0,045
Realização do tratamento da TB da pessoa em situação de rua	0,639	0,046
Critério para identificação e exame dos SR em situação de rua	0,636	0,046
Matriciamento/parceria das equipes do consultório na rua às equipes da APS para o controle da TB na população em situação de rua	-0,104	0,889
A equipe do consultório na rua	-0,145	0,859
Capacitação dos profissionais sobre TB na população em situação de rua	0,165	0,499
Manuais sobre o cuidado à saúde para a população em situação de rua	0,180	0,481
Acompanhamento dos casos de TB pela equipe da UBS/Consultório na Rua	0,345	0,393

Com a exclusão das variáveis, o modelo final ficou com 15 variáveis que responderam satisfatoriamente as etapas e testes aplicados na realização da AFE. Na aplicação do KMO, obteve-se o valor de 0,865 (Tabela 6), significando que a adequação da amostra para o modelo é classificada como ótima. Na análise da diagonal da matriz anti-imagem das correlações (Tabela 7), todas as variáveis ficaram com valores acima de 0,6, atestando também a adequabilidade da amostra coletada para cada uma das variáveis incluídas no modelo; é esperado que esses valores sejam, no mínimo, maiores do que 0,5.

Obteve-se um valor estatisticamente significativo ($p < 0,05$) na aplicação do teste de esfericidade de Bartlett (Tabela 6), o que evidenciou que a matriz das correlações não é uma matriz identidade e, portanto, há relacionamentos entre as variáveis.

Tabela 6 – Adequação da Amostra de Kayser-Meyer-Olkin (KMO) e Teste de Esfericidade de Bartlett.

	KMO	0,865
Bartlett	Qui-quadrado aproximado	983,581
	Graus de liberdade	105
	Valor p	0,001

Tabela 7 – Correlações da diagonal da matriz anti-imagem das correlações.

Variáveis	Correlações
Identificação e avaliação da população em situação de rua no território	0,869
O registro da população em situação de rua no território	0,845
Desenvolvimento de algum tipo de ação específica para a PSR no território	0,919
Organização do serviço para atendimento ao SR ou portador de TB em situação de rua	0,913
Realização de mapeamento das instituições que configuram a rede de atendimento ao portador de TB em situação de rua	0,909
Desenvolvimento de ações intersetoriais no atendimento ao portador de TB em situação de rua	0,904
Identificação de SR em situação de rua no território	0,940
Critério para identificação e exame dos SR em situação de rua	0,854
Coleta de material de SR em situação de rua	0,853
Realização do tratamento da TB da pessoa em situação de rua	0,924
O registro da informação no prontuário do portador de TB em situação de rua	0,899
Manuais sobre o cuidado à saúde para a população em situação de rua	0,791
A equipe do consultório na rua	0,592
Matriciamento/parceria das equipes do consultório na rua às equipes da APS para o controle da TB na população em situação de rua	0,661
Capacitação dos profissionais sobre TB na população em situação de rua	0,862

Com relação à extração dos fatores, a análise paralela (critério de Horn) mostrou que apenas a partir do segundo fator foi que a AFE começou a gerar valores próprios superiores ao da análise paralela, por este motivo, considerou-se a extração de uma solução bifatorial. Sobre a rotação dos fatores, optou-se pela oblíqua em virtude da suposição da existência de correlação entre os dois fatores encontrados, considerando a literatura adotada para a elaboração do instrumento de coleta de dados.

Na tabela 8, observa-se então que o modelo final resultou na extração de dois fatores que refletem o comportamento de 15 variáveis, com a capacidade de explicar 49,2% da variância total dos dados e com uma comunalidade média de 0,5.

Na análise dos fatores extraídos, observa-se que o fator 1 é composto pelas onze primeiras variáveis da tabela 8: identificação de SR em situação de rua no território, coleta de material de SR em situação de rua, o registro da informação no prontuário do portador de TB em situação de rua, organização do serviço para

atendimento ao SR ou portador de TB em situação de rua, desenvolvimento de ações intersetoriais no atendimento ao portador de TB em situação de rua, desenvolvimento de algum tipo de ação específica para a PSR no território, realização de mapeamento das instituições que configuram a rede de atendimento ao portador de TB em situação de rua, critério para identificação e exame dos SR em situação de rua, realização do tratamento da TB da pessoa em situação de rua, o registro da população em situação de rua no território, identificação e avaliação da PSR no território. A análise dessas variáveis mostra que estão relacionadas com o desenvolvimento de ações para o controle da TB na PSR.

O fator 2, por sua vez, é constituído pelas variáveis matriciamento/parceria das ECR às equipes da APS para o controle da TB na PSR, a equipe do consultório na rua, capacitação dos profissionais sobre TB na PSR e manuais sobre o cuidado à saúde para a PSR. Essas variáveis estão associadas com o suporte e apoio que as equipes da ESF devem ter para o adequado direcionamento das ações para o controle da TB na PSR.

Dessa forma, o modelo final identificou 2 fatores em que um está relacionado às ações para o controle da TB na PSR e o outro diz respeito ao apoio que as equipes da ESF devem receber para direcionar as ações de controle da TB na PSR. Esses fatores encontram respaldo na literatura (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012a).

Tabela 8 - Análise de componentes principais: fatores, cargas fatoriais, comunalidades, autovalores e variância explicada.

Variável	Fatores e cargas fatoriais (Matriz Padrão)		Comunalidades
	1	2	
Identificação de SR em situação de rua no território	0,732	0,073	0,580
Coleta de material de SR em situação de rua	0,717	-0,119	0,467
O registro da informação no prontuário do portador de TB em situação de rua	0,715	-0,045	0,491
Organização do serviço para atendimento ao SR ou portador de TB em situação de rua	0,690	0,045	0,501
Desenvolvimento de ações intersetoriais no atendimento ao portador de TB em situação de rua	0,685	0,053	0,499
Desenvolvimento de algum tipo de ação específica para a PSR no território	0,678	0,164	0,566
Realização de mapeamento das instituições que configuram a rede de atendimento ao portador de TB em situação de rua	0,677	-0,020	0,449
Critério para identificação e exame dos SR em situação de rua	0,673	-0,045	0,433
Realização do tratamento da TB da pessoa em situação de rua	0,664	-0,025	0,430
O registro da população em situação de rua no território	0,648	-0,027	0,408
Identificação e avaliação da população em situação de rua no território	0,606	0,139	0,447
Matriciamento/parceria das equipes do consultório na rua às equipes da APS para o controle da TB na população em situação de rua	-0,080	0,872	0,716
A equipe do consultório na rua	-0,112	0,812	0,606
Capacitação dos profissionais sobre TB na população em situação de rua	0,156	0,559	0,399
Manuais sobre o cuidado à saúde para a população em situação de rua	0,173	0,533	0,380
Comunalidade média			0,491
Autovalores	5,722	1,650	Total
Porcentagem da Variância Total	38,148	10,998	49,146

Por fim, foi realizada a análise de consistência interna da escala (Tabela 9), considerando o valor do Alfa de Cronbach em cada conjunto de variáveis que compõe os dois fatores. O Alfa de Cronbach foi de 0,9 no fator 1 e 0,7 no fator 2, valores considerados aceitáveis para uma escala confiável. Além disso, na análise das correlações item-total corrigida de cada fator, todos os valores foram maiores do que 0,3; e na análise do Alfa de Cronbach com a exclusão de variáveis de cada fator não se observou aumento no valor do teste. Esses resultados reforçam a confiabilidade da escala.

Tabela 9 - Análise de consistência interna - Alfa de Cronbach.

Variável	Fator 1		Fator 2	
	Alfa de Cronbach padronizado	0,889	Alfa de Cronbach padronizado	0,686
	Correlação Item-total corrigida	Alfa se o item for retirado	Correlação Item-total corrigida	Alfa se o item for retirado
Identificação e avaliação da população em situação de rua no território	0,598	0,877		
O registro da população em situação de rua no território	0,564	0,880		
Desenvolvimento de algum tipo de ação específica para a PSR no território	0,678	0,872		
Organização do serviço para atendimento ao SR ou portador de TB em situação de rua	0,629	0,875		
Realização de mapeamento das instituições que configuram a rede de atendimento ao portador de TB em situação de rua	0,592	0,878		
Desenvolvimento de ações intersetoriais no atendimento ao portador de TB em situação de rua	0,642	0,874		
Identificação de SR em situação de rua no território	0,679	0,872		
Critério para identificação e exame dos SR em situação de rua	0,556	0,880		
Coleta de material de SR em situação de rua	0,575	0,880		
Realização do tratamento da TB da pessoa em situação de rua	0,563	0,879		
O registro da informação no prontuário do portador de TB em situação de rua	0,611	0,876		
Manuais sobre o cuidado à saúde para a população em situação de rua			0,382	0,650
A equipe do consultório na rua			0,423	0,625
Matriciamento/parceria das equipes do consultório na rua às equipes da APS para o controle da TB na população em situação de rua			0,610	0,512
Capacitação dos profissionais sobre TB na população em situação de rua			0,436	0,610

A AFE realizada permitiu a identificação de um padrão de relacionamento entre as variáveis. A análise começou com 20 variáveis, onde 05 foram excluídas e 15 entraram no modelo. O primeiro fator ficou com 11 e o segundo com 04 variáveis, considerando todas as etapas e testes aplicados que resultou em um modelo com dois fatores correlacionados e que podem ser explicados pela literatura: ações para o controle da TB na PSR e apoio que as equipes da ESF devem receber para direcionar as ações de controle da TB na PSR. A análise de consistência interna realizada atestou a confiabilidade de cada um dos dois fatores encontrados.

5.3 Análise de desempenho

Na análise do desempenho, o fator 1 ‘ações para o controle da TB na PSR’ teve 5 variáveis classificadas como incipientes: o registro da PSR, o desenvolvimento de algum tipo de ação específica para a PSR no território, o desenvolvimento de ações intersetoriais no atendimento ao portador de TB, o critério para identificação e exame dos SR e a coleta de material de SR. Seis variáveis foram classificadas como parcialmente satisfatória: identificação e avaliação da PSR no território, organização do serviço para atendimento ao SR ou portador de TB, realização de mapeamento das instituições da rede de atendimento ao portador de TB, identificação de SR, realização do tratamento da TB e o registro da informação no prontuário do portador de TB (Tabela 10).

Tabela 10 – Análise de desempenho para o desenvolvimento de ações para o controle da tuberculose na população em situação de rua.

Fator 1 - ações para o controle da tuberculose na população em situação de rua	Desempenho (%)	Classificação
Identificação e avaliação da PSR no território	63,0	Parcialmente satisfatório
O registro da população em situação de rua	51,2	Incipiente
Desenvolvimento de algum tipo de ação específica para a PSR de rua no território	56,3	Incipiente
Organização do serviço para atendimento ao SR ou portador de TB em situação de rua	68,9	Parcialmente satisfatório
Realização de mapeamento das instituições da rede de atendimento ao portador de TB em situação de rua	62,3	Parcialmente satisfatório
Desenvolvimento de ações intersetoriais no atendimento ao portador de TB em situação de rua	56,8	Incipiente
Identificação de SR em situação de rua no território	61,5	Parcialmente satisfatório
Critério para identificação e exame dos SR em situação de rua	60,0	Incipiente
Coleta de material dos SR em situação de rua	54,0	Incipiente
Realização do tratamento da TB na pessoa em situação de rua	71,6	Parcialmente satisfatório
O registro da informação no prontuário do portador de TB em situação de rua	68,2	Parcialmente satisfatório
Fator 2 - apoio que as equipes devem receber para direcionar as ações de controle da tuberculose na população em situação de rua		
A equipe de consultório na rua	47,8	Incipiente
Matriciamento/parceria das ECR às equipes da APS para o controle da TB na PSR	38,0	Insatisfatório
Capacitação dos profissionais sobre TB na PSR	42,7	Incipiente
Manuais sobre o cuidado à saúde para a PSR	42,6	Incipiente

Em geral, a identificação e a avaliação da PSR é feita de forma parcialmente satisfatória. Na análise descritiva (Tabela 11), constatou-se que os profissionais são capazes de identificar e avaliar a PSR no território, porém, fazem isso apenas quando demandado (42,1%). Da mesma forma, a maioria dos profissionais não realiza o registro dessa população (57,9%) com dados de identificação, dados clínicos ou resultados de exames, fragilizando, dessa forma, a continuidade da assistência prestada, o que demonstra um desempenho incipiente.

Tabela 11 – Ações para o controle da tuberculose na população em situação de rua: variáveis resultantes da análise fatorial exploratória (n=171).

Variável	N ^{o1}	Respostas	% ²
Identificação e avaliação da população em situação de rua no território	1	Desconhece	13,5
	2	Não realiza identificação e avaliação	23,4
	3	Realiza apenas identificação para cadastramento (adscrição)	9,4
	4	Realiza identificação e avaliação apenas quando demandado	42,1
	5	São estabelecidas rotinas para a identificação e avaliação	11,7
O registro da população em situação de rua no território	1	Desconhece	34,5
	2	Há conhecimento da população em situação de rua, mas não o registro	23,4
	3	O registro é realizado apenas no prontuário e de forma não padronizada	14,0
	4	O registro é realizado apenas no prontuário e de forma padronizada	7,6
	5	O registro é realizado de forma padronizada em fichas e prontuário, com dados de identificação, dados clínicos, resultados de exames	20,5
Desenvolvimento de algum tipo de ação específica para a população em situação de rua no território	1	Desconhece	22,2
	2	Não é realizada ou apoiada	25,7
	3	É realizada por meio de encaminhamento a centros especializados	18,1
	4	Limitam-se à realização de educação em saúde e encaminhamento a centros especializados	16,4
	5	Faz parte da rotina da equipe e utiliza tecnologias para a intervenção e prevenção do problema, com encaminhamento a centros especializados quando necessário	17,5
Organização do serviço para atendimento ao sintomático respiratório ou portador de tuberculose em situação de rua	1	Desconhece	11,1
	2	Não é realizada	16,4
	3	É realizada por meio de encaminhamento a centros especializados	26,9
	4	Limita-se à realização de educação em saúde e encaminhamento a centros especializados	8,2
	5	Faz parte da rotina da equipe e utiliza tecnologias para a intervenção e prevenção do problema, com encaminhamento a centros especializados quando necessário	37,4

Continua...

Continuação

Realização de mapeamento das instituições que configuram a rede de atendimento ao portador de tuberculose em situação de rua	1	Desconhece	25,7
	2	Não é realizada	18,7
	3	Definição limitada das unidades de saúde que são referência para o atendimento da população em situação de rua portadora de tuberculose, com referenciamento/encaminhamento tradicional e sem contra referência	9,9
	4	Definição das unidades de saúde que são referência para o atendimento da população em situação de rua portadora de tuberculose, com referenciamento/encaminhamento tradicional e sem contra referência	9,4
	5	Definição das unidades de saúde que são referência para o atendimento da população em situação de rua portadora de tuberculose, com estabelecimento fluxo claro entre estas e as instituições da rede de proteção social	36,3
Desenvolvimento de ações intersetoriais no atendimento ao portador de tuberculose em situação de rua (envolvimento de atores sociais e de instituições governamentais e não governamentais)	1	Desconhece	26,3
	2	Não são realizadas	19,3
	3	São limitadas a uma lista dos recursos/serviços oferecidos pelas organizações disponíveis	23,4
	4	São realizadas por meio de comunicação entre a unidade de saúde, as organizações e os portadores de tuberculose. No entanto, as instituições governamentais e não governamentais que acolhem e atendem essa população se envolvem na identificação dos casos, mas não no acompanhamento do tratamento	5,9
	5	São realizadas por meio de comunicação ativa entre a unidade de saúde, as organizações e os portadores de tuberculose. As instituições governamentais e não governamentais que acolhem e atendem essa população se envolvem na identificação dos casos e acompanhamento do tratamento	25,2
Identificação de sintomático respiratório em situação de rua no território	1	Desconhece	17,5
	2	Não realiza identificação de sintomático respiratório	14,0
	3	Realiza identificação de sintomático respiratório apenas quando demandado	31,6
	4	São estabelecidas rotinas para a identificação dos indivíduos com tosse apenas pelas unidades de saúde	17,0
	5	São estabelecidas rotinas para a identificação dos indivíduos com tosse tanto pelos equipamentos da rede de proteção social quanto pelas unidades de saúde	19,9

Continua...

Continuação

Critério para identificação e exame dos sintomático respiratório em situação de rua	1	Desconhece	16,4
	2	Não realiza identificação de sintomático respiratório	11,1
	3	Todos os que apresentam tosse por tempo igual ou superior a três semanas	36,8
	4	Todos os que apresentam tosse por tempo igual ou superior a duas semanas	25,2
	5	Todos os que apresentam tosse, independentemente do tempo	10,5
Coleta de material de sintomático respiratório em situação de rua	1	Desconhece	17,5
	2	Não realiza identificação de sintomático respiratório	11,7
	3	Realiza identificação de sintomático respiratório, com encaminhamento para a unidade de referência para a coleta de material	59,7
	4	A coleta do material é realizada na própria unidade de saúde, com agendamento pós consulta inicial	5,3
	5	A coleta do material é realizada na própria instituição, no momento da consulta	5,9
Realização do tratamento da tuberculose da pessoa em situação de rua	1	Desconhece	14,0
	2	O tratamento é realizado apenas na unidade de referência	7,0
	3	O tratamento é realizado pela atenção primária à saúde via dispensação dos medicamentos	11,7
	4	O tratamento diretamente observado é oferecido a todos usuários com diagnóstico de tuberculose, porém acompanhado apenas pelos profissionais da unidade básica de saúde	41,5
	5	O tratamento diretamente observado é oferecido a todos os usuários com diagnóstico de tuberculose, com a participação de instituições governamentais e não governamentais	25,7

Continua...

Continuação

O registro da informação no prontuário do portador de tuberculose em situação de rua	1	Desconhece	16,4
	2	Não há prontuário para a pessoa em situação de rua	15,2
	3	Registro do diagnóstico e medicamentos prescritos	13,5
	4	Registro do diagnóstico e medicamentos prescritos incluindo avaliação do estado dos portadores de tuberculose para cuidar da sua própria saúde, porém não há registro específico, considerando as peculiaridades dessa população	21,1
	5	Além das informações gerais, a equipe registra no prontuário informações específicas da população em situação de rua, como todos os locais frequentados pelo usuário, durante o dia e/ou noite, com classificação de risco do doente	33,9
A equipe do consultório na rua	1	Desconhece	36,3
	2	Não existe	20,5
	3	Existe, mas não tem poder de decisão/interação com a equipe	23,4
	4	Atua apenas na capacitação da equipe ou quando é demandada	7,6
	5	Dá suporte e acompanha a programação da unidade básica de saúde em relação à população em situação de rua	12,3
Matriciamento/parceria das equipes do consultório na rua às equipes da atenção primária à saúde para o controle da tuberculose na população em situação de rua	1	Desconhece	39,2
	2	Não é realizado	42,7
	3	Existe, mas não tem relação com os problemas demandados pela equipe	8,8
	4	Existe, dá suporte e acompanha a programação da unidade básica de saúde com relação ao controle da tuberculose na população em situação de rua	7,6
	5	Existe, dá suporte e acompanha a programação da unidade básica de saúde em relação ao controle da tuberculose, avaliando o desempenho das equipes	1,8

Continua...

Continuação

Capacitação dos profissionais sobre tuberculose na população em situação de rua	1	Desconhece	19,9
	2	Não é realizada	62,6
	3	É realizada com métodos tradicionais de educação (aulas, seminários), incluindo parte da equipe de profissionais	7,6
	4	É realizada com métodos tradicionais de educação (aulas, seminários), incluindo toda a equipe de profissionais	4,1
	5	É realizada com métodos educacionais que promovam efetiva incorporação de ações de controle da tuberculose à prática diária da unidade básica de saúde	5,9
Manuais sobre o cuidado à saúde para a população em situação de rua	1	Desconhece	42,7
	2	Não estão disponíveis	31,0
	3	Estão disponíveis, mas não são utilizados na atenção à população em situação de rua	4,7
	4	Utilização limitada aos momentos de capacitação dos profissionais de saúde	14,0
	5	Utilizados frequentemente e integrados à prática cotidiana na atenção à população em situação de rua	7,6

1. Pontuação atribuída às respostas

2. Frequência relativa

O desempenho no desenvolvimento de ações específicas para a PSR no território relacionadas com a identificação, diagnóstico, tratamento, acompanhamento ou encaminhamento, também foi incipiente. Alguns profissionais (22,2%) desconhecem completamente as ações que poderiam ser desenvolvidas para este grupo especial de indivíduos e outros simplesmente não as realizam (25,7%), mesmo tendo conhecimento da existência de pessoas em situação de rua no território. Vale ressaltar que 33,9% dos profissionais informaram que as intervenções são realizadas pelas respectivas equipes da ESF que integram e 18,1% se limitam a encaminhar os casos a centros especializados.

A organização do serviço para atendimento ao SR ou portador de TB em situação de rua obteve um desempenho parcialmente satisfatório, tendo em vista que essa atividade faz parte da rotina das equipes de apenas 37,4% dos profissionais. Além disso, 26,9% mencionaram realizar apenas o encaminhamento a centros especializados.

Outro problema identificado diz respeito à realização de mapeamento das instituições que configuram a rede de atendimento ao portador de TB em situação de rua, cujo desempenho foi parcialmente satisfatório. Apenas 36,3% dos profissionais informaram haver uma definição das unidades que são referência para o atendimento da PSR portadora de TB, com estabelecimento fluxo claro entre estas e as instituições da rede de proteção social.

Para o atendimento ao portador de TB em situação de rua é essencial que as ações sejam intersetoriais, mas em Campina Grande a realização dessas ações ainda é incipiente, pois 45,6% dos profissionais desconhecem ou não realizam esse tipo de ação. Apenas 31% dos profissionais realizam ações intersetoriais por meio de comunicação ativa entre a unidade de saúde, as organizações e os portadores de TB.

Um dos pontos principais da assistência às pessoas em situação de rua com TB foi considerada uma atividade parcialmente satisfatória. A identificação de SR em situação de rua no território faz parte da rotina das equipes de 36,9% dos profissionais. Para 31,6% dos entrevistados, a identificação é realizada apenas quando demandado, em que a própria pessoa em situação de rua solicita o atendimento, e 31,5% dos profissionais desconhece ou não realiza essa ação.

Quanto ao critério para identificação e exame dos SR em situação de rua, o desempenho foi incipiente, pois 36,8% dos profissionais informaram adotar o mesmo que é preconizado para a população geral e 27,5% desconhecem ou não realizam essa

atividade. Apenas 10,5% dos profissionais informaram que examinam todos os que apresentam tosse, independentemente do tempo.

Outro importante problema identificado ocorre na coleta de material para a realização da baciloscopia no SR em situação de rua que também foi incipiente, pois ao invés de ser realizada no próprio serviço o que garantiria e agilizaria o processo, os pacientes são encaminhados à unidade de referência para o procedimento. Apenas 5,9% dos profissionais a realizam no momento da consulta.

O desempenho dos profissionais relacionado ao tratamento da TB foi parcialmente satisfatório. Apesar de ser oferecido o tratamento diretamente observado (67,3%), este é acompanhado apenas pelos profissionais da UBS (61,7%), sem a participação de instituições governamentais e não governamentais que poderiam ser envolvidas no processo, como os profissionais de abrigos. O registro da informação no prontuário do portador de TB em situação de rua também foi parcialmente satisfatório, pois apenas 33,9% dos profissionais responderam que além das informações gerais, a equipe registra no prontuário informações específicas da PSR, como todos os locais frequentados pelo usuário, durante o dia e/ou noite.

Com relação ao fator 2 'apoio que as equipes devem receber para direcionar as ações de controle da TB na PSR', uma variável mostrou desempenho insatisfatório dos profissionais - matriciamento/parceria das ECR às equipes da APS - e três desempenho incipiente: a equipe de consultório na rua, capacitação dos profissionais sobre TB na PSR e manuais sobre o cuidado à saúde para a PSR.

A análise descritiva (Tabela 11) dessas variáveis mostrou que, apesar do município de Campina Grande contar com a ECR, no geral, há o desconhecimento dessa equipe enquanto modalidade de assistência ou existência no município (56,7%), determinando o desempenho incipiente dessa variável. Dos que mencionaram conhecimento da ECR, 23,4% informaram que esta não interage com as respectivas equipes que integram, mesmo nos casos de atendimento à PSR. Além disso, o matriciamento da ECR às equipes da APS para o controle da TB na PSR foi insatisfatório, pois 81,9% dos profissionais informaram desconhecer ou não ocorrer essa atividade.

Quanto à capacitação dos profissionais sobre TB na PSR, no conjunto das respostas, prevaleceu o desconhecimento ou a não realização da capacitação (82,5%). Da mesma forma, para o acesso aos manuais sobre o cuidado à saúde para a PSR, há o

desconhecimento da existência ou da disponibilidade (73,7%). Dessa forma, o desempenho dessas variáveis foi incipiente.

5.4 Análise multivariada

Para a análise de regressão, o fator 1 ‘ações para o controle da TB na PSR’ foi utilizado como variável dependente. O escore múltiplo do fator 1, gerado para cada sujeito da pesquisa na AFE, teve mediana de 0,18 (valor mínimo = -2,19 e valor máximo = 1,86).

O fator 2 ‘apoio que as equipes da ESF devem receber para direcionar as ações de controle da TB na PSR’ e as demais variáveis do questionário 1 (Apêndice A) foram testadas como possíveis variáveis explicativas. Dessa forma, avaliou-se a capacidade das variáveis dependentes alterarem, de forma estatisticamente significativa, o escore múltiplo do fator 1.

As tabelas 12, 13 e 14 trazem a análise bivariada da variável resposta, o fator 1, com as demais variáveis do estudo. Os testes realizados mostraram que as seguintes variáveis foram candidatas a entrar no modelo ($p < 0,20$): distrito sanitário, horas de trabalho diário, sexo, faixa etária, função exercida no serviço, fator 2, existência de pessoas em situação de rua no território, atendimento a pessoas em situação de rua na Unidade ou área de abrangência, responsabilidade pelo atendimento dos casos de TB no serviço, identificação de SR na Unidade ou área de abrangência, existência de pessoas em situação de rua com TB no território, identificação de SR em pessoas em situação de rua na Unidade ou área de abrangência, e atendimento a pessoas com TB em situação de rua na Unidade ou área de abrangência. Essas variáveis foram selecionadas para o modelo de regressão linear múltiplo.

Tabela 12 - Análise bivariada: fator 1 - ações para o controle da TB na PSR – segundo variáveis de caracterização dos sujeitos da pesquisa e das UBS (n=171).

Variável	Fator 1	Regressão linear simples		
	Mediana (mínimo - máximo)	Coef. Beta	IC 95% ¹	F ² / Valor-p
Distrito sanitário				0,170
1	0,50 (-2,18 - 1,86)	Ref.		
2	0,28 (-2,00 - 1,47)	-0,10	-0,71 0,51	
3	0,45 (-0,87 - 1,70)	0,18	-0,36 0,72	
4	-0,11 (-2,12 - 1,52)	-0,34	-0,92 0,24	
5	0,03 (-2,18 - 1,54)	-0,23	-0,72 0,26	
6	-0,49 (-2,05 - 1,54)	-0,44	-0,93 0,05	
7 ³	-	-	-	
Horas de trabalho diário				0,142
< 8	0,21 (-1,03 - 1,86)	Ref.		
>= 8	0,18 (-2,18 - 1,70)	-0,35	-0,82 0,12	
Sexo				0,093
Masculino	-0,34 (-1,90 - 1,21)	Ref.		
Feminino	0,26 (-2,18 - 1,86)	0,37	-0,06 0,80	
Faixa etária (anos)				0,095
Até 30	-0,01 (-2,18 - 1,69)	Ref.		
31 a 40	0,41 (-2,09 - 1,86)	0,37	-0,07 0,82	
41 a 50	-0,47 (-2,18 - 1,63)	-0,13	-0,61 0,34	
51 a 60	-0,19 (-2,00 - 1,52)	0,00	-0,56 0,57	
> 60	0,18 (-1,90 - 1,70)	0,22	-0,42 0,86	
Função exercida no serviço				0,003
Enfermeiro	0,37 (-2,00 - 1,86)	Ref.		
Médico	-0,02 (-2,18 - 1,70)	-0,29	-0,62 0,04	
Outra ⁴	-0,56 (-2,12 - 1,04)	-0,73	-1,14 -0,31	
Tempo de atuação no serviço (anos)				0,701
Até 05	0,18 (-2,18 - 1,69)	Ref.		
06 a 10	0,18 (-2,18 - 1,63)	-0,06	-0,44 0,31	
>10	0,20 (-2,12 - 1,86)	0,09	-0,27 0,46	
Tipo de vínculo no serviço				0,501
Concurado	0,25 (-2,18 - 1,86)	Ref.		
Contratado	0,02 (-2,18 - 1,69)	-0,20	-0,53 0,14	
Outro ⁵	0,10 (-2,18 - 1,38)	-0,11	-0,65 0,42	
Tempo de formação (anos)				0,581
Até 05	0,20 (-2,18 - 1,69)	Ref.		
06 a 10	0,22 (-2,09 - 1,54)	0,26	-0,27 0,80	
>10	0,05 (-2,18 - 1,86)	0,03	-0,33 0,40	
Pós-graduação relacionada à ESF				0,203
Sim	0,27 (-2,18 - 1,86)	Ref.		
Não	0,09 (-2,12 - 1,70)	-0,20	-0,51 0,11	

1. Intervalo de confiança - 95%; 2. Teste F; 3. Categoria excluída na análise de regressão; 4. Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Nutricionista, Odontólogo e Psicólogo; 5. Programa Mais Médicos, PROVAB.

Tabela 13 - Análise bivariada: fator 1 - ações para o controle da TB na PSR – em relação ao fator 2 - apoio para direcionar as ações de controle da TB na PSR (n=171).

Variável	Regressão linear simples		
	Coef. Beta	IC 95% ¹	F ² / Valor-p
Fator 2	0,36	0,22 0,50	0,001

1. Intervalo de confiança - 95%; 2. Teste F.

Tabela 14 - Análise bivariada: fator 1- ações para o controle da TB na PSR – segundo variáveis de caracterização da assistência à TB na APS, com ênfase na PSR (n=171).

Variável	Fator 1 Mediana (mínimo - máximo)	Regressão linear simples			F ² / Valor-p
		Coef. Beta	IC 95% ¹		
Atualmente há pessoas em situação de rua no território?					0,188
Sim	0,40 (-1,97 - 1,52)	Ref.			
Não	0,22 (-2,18 - 1,86)	-0,20	-0,58	0,19	
Não sabe informar	-0,06 (-2,18 - 1,70)	-0,42	-0,88	0,03	
A equipe já atendeu pessoas em situação de rua na Unidade ou área de abrangência?					0,001
Sim	0,50 (-1,72 - 1,86)	Ref.			
Não	-0,15 (-2,18 - 1,70)	-0,47	-0,77	-0,17	
Não sabe informar	-0,80 (-2,18 - 0,90)	-1,09	-1,70	-0,47	
Quem participa no atendimento dos casos de TB neste serviço?					0,046
Médico ou enfermeiro	0,28 (-2,18 - 1,38)	Ref.			
Médico e enfermeiro	0,00 (-2,18 - 1,70)	-0,32	-0,91	0,28	
Médico ou enfermeiro e ACS ³	0,46 (-1,54 - 1,44)	0,01	-0,70	0,72	
Médico, enfermeiro e ACS ³	0,47 (-2,18 - 1,86)	0,08	-0,50	0,67	
Todos os profissionais da equipe básica	-0,15 (-2,12 - 1,49)	-0,49	-1,09	0,11	
Participação de outros profissionais (saúde bucal ou NASF)					
Atualmente há pessoas com TB no território?					0,610
Sim	0,28 (-2,18 - 1,52)	Ref.			
Não	0,18 (-2,18 - 1,86)	-0,15	-0,47	0,17	
Não sabe informar	0,07 (-2,05 - 1,38)	-0,17	-0,74	0,40	
A equipe já identificou SR na Unidade ou área de abrangência?					0,001
Sim	0,36 (-1,97 - 1,86)	Ref.			
Não	-0,54 (-2,18 - 1,69)	-0,71	-1,12	-0,29	
Não sabe informar	-0,78 (-2,18 - 0,27)	-1,00	-1,56	-0,43	
A equipe já atendeu pessoas com TB na Unidade ou área de abrangência?					0,211
Sim	0,18 (-2,18 - 1,86)	Ref.			
Não ³	-0,09 (-2,18 - 1,69)	-0,30	-0,77	0,17	
Não sabe informar ³					
Atualmente há pessoas em situação de rua SR no território?					0,483
Sim ⁴	-	-	-	-	
Não	0,22 (-2,18 - 1,86)	Ref.			
Não sabe informar	-0,08 (-2,18 - 1,70)	-0,12	-0,44	0,21	
Atualmente há pessoas em situação de rua com TB no território?					0,089
Sim ⁴	-	-	-	-	
Não	0,28 (-2,18 - 1,86)	Ref.			
Não sabe informar	-0,16 (-2,18 - 1,70)	-0,29	-0,63	0,05	
A equipe já identificou SR em pessoas em situação de rua na Unidade ou área de abrangência?					0,116
Sim	0,60 (-1,69 - 1,10)	Ref.			
Não	0,18 (-2,18 - 1,86)	-0,33	-0,88	0,22	
Não sabe informar	-0,55 (-2,18 - 1,38)	-0,71	-1,39	-0,02	
A equipe já atendeu pessoas com TB em situação de rua na Unidade ou área de abrangência?					0,074
Sim	0,27 (-1,69 - 1,49)	Ref.			
Não	0,22 (-2,18 - 1,86)	-0,23	-0,71	0,24	
Não sabe informar	-0,75 (-2,18 - 1,38)	-0,76	-1,44	-0,09	

1. Intervalo de confiança - 95%; 2. Teste F; 3. Categorias agrupadas na análise de regressão; 4. Categoria excluída na análise de regressão devido à baixa frequência.

De acordo com os resultados apresentados na tabela 15, permaneceram no modelo final, associados ao fator 1 ‘ações para o controle da TB na PSR’ ($p \leq 0,05$), as seguintes variáveis: fator 2 ‘apoio para direcionar as ações de controle da TB na PSR’, função exercida no serviço (outras funções), atendimento a pessoas em situação de rua na Unidade ou área de abrangência (opção não) e identificação de SR na Unidade ou área de abrangência. O modelo consegue explicar 26,9% da variabilidade dos dados.

Observa-se na tabela 15 que o aumento no escore do fator 1 está associado ao aumento no escore do fator 2 e que outras categorias profissionais tiveram escores menores quando comparados com os enfermeiros, com exceção dos médicos ($p > 0,05$). Além disso, escores maiores do fator 1 foram associados à equipes que já atenderam pessoas em situação de rua e identificaram SR na Unidade ou área de abrangência.

Tabela 15 - Modelo de regressão linear multivariada: fator 1- ações para o controle da TB na PSR – segundo variáveis de caracterização dos sujeitos da pesquisa e da assistência à TB (n=171).

Variável	Coefficiente Beta ¹	Valor-p	IC 95% ²	
Fator 2 (Apoio para direcionar as ações de controle da TB na PSR)	0,31	<0,001	0,18	0,45
Função exercida no serviço				
Enfermeiro	Ref.			
Médico	-0,03	0,839	-0,35	0,29
Outra	-0,56	0,007	-0,95	-0,16
A equipe já atendeu pessoas em situação de rua na Unidade ou área de abrangência?				
Sim	Ref.			
Não	-0,32	0,030	-0,61	-0,03
Não sabe informar	-0,58	0,065	-1,20	0,04
A equipe já identificou SR na Unidade ou área de abrangência?				
Sim	Ref.			
Não	-0,50	0,012	-0,89	-0,11
Não sabe informar	-0,57	0,051	-1,14	0,01
Estatística F	8,82			
Valor-p	<0,001			
R2 ajustado	0,27			

1. Ajustado pela variável sexo; 2. Intervalo de confiança - 95%.

A análise do ajuste do modelo mostra que os resíduos tem distribuição normal, evidenciado pelo teste Shapiro Wilk ($p = 0,233$ – dados não apresentados) e pela análise gráfica (Apêndice E). Além disso, a hipótese da homocedasticidade não foi violada (Apêndice F).

6 DISCUSSÃO

No cuidado à PSR é importante que os profissionais da saúde levem em consideração as características relacionadas aos hábitos de vida específicos desse grupo, assim como as barreiras para acesso aos serviços de saúde e de assistência social que dificultam o controle de doenças como a TB (CRAIG, 2014; DIAS et al, 2017; MALEJCZYK, 2014). Considerando as características dessa população, que possui percepção do adoecimento e exige cuidados com a saúde peculiares, além de estarem em risco ou acometidos pela TB, o Ministério da Saúde recomenda que os serviços adotem uma série de ações específicas a essa população para ampliar a efetividade no controle da doença, principalmente pelos serviços da APS (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012a).

No entanto, os resultados da análise descritiva mostraram que uma parcela dos profissionais chega a desconhecer a existência da PSR nos respectivos territórios de atuação (22,2%). Apesar de responsáveis pelo atendimento dos casos de TB da população adscrita, uma parcela dos profissionais informou também desconhecer a existência de casos SR (32,2%) e de TB (26,9%) na PSR no momento da entrevista. Essa situação está na contramão do que é preconizado para a atuação da ESF, que adota a lógica da delimitação de área de abrangência, adscrição de clientela e priorização das áreas de risco. Nesse contexto, uma equipe de saúde multiprofissional torna-se referência de uma área, adquire conhecimento das características e demandas dessa população específica e, partir daí, desenvolve ações no território que possibilita o diagnóstico precoce e o controle de doenças como a TB (CRISPIM et al, 2012).

O protagonismo da APS na organização da rede de atenção a saúde, principalmente através da ESF, resultou na descentralização das ações do Programa de Controle da Tuberculose para esse nível de atenção, pois, em virtude da maior proximidade e do conhecimento da população nos respectivos territórios de atuação das equipes, há uma maior capacidade de detecção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de TB (CECÍLIO et al, 2015; COSTA et al, 2016).

No entanto, a análise de desempenho evidenciou a deficiência dos profissionais da APS de Campina Grande no desenvolvimento de ações para o controle da TB na PSR. Os resultados mostraram que os profissionais são até capazes de desenvolver ações para as pessoas em situação de rua, no entanto, não consideram as especificidades dessa população e realizam as ações da mesma forma que para a população geral. Além

disso, muitas vezes, restringem o atendimento ao encaminhamento a centros especializados minimizando, conseqüentemente, a atuação da APS que deveria ser a primeira responsável pela assistência a esses indivíduos.

Tendo em vista as peculiaridades desse grupo populacional, é essencial que algumas recomendações sejam levadas em consideração, principalmente pelos serviços da APS. Tais recomendações envolvem a incorporação de ações programáticas para identificação e avaliação da PSR, o desenvolvimento de ações intersetoriais com mapeamento das instituições que configuram a rede de atendimento, como abrigos e Organizações Não Governamentais (ONG), e o adequado registro dessa população, contemplando informações como locais frequentados e acesso a programas assistenciais (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012a).

O controle da TB na PSR demanda articulação intersetorial envolvendo profissionais da ESF, ECR, demais pontos da RAS, além dos profissionais da assistência social e entidades não governamentais. O caráter itinerante desse público dificulta a assistência, sendo, portanto, necessária a articulação dos profissionais de diversos pontos da rede de serviços com a coordenação do cuidado realizada pelos profissionais da APS, de modo que os serviços sejam referência e se responsabilizem pelo usuário. Os serviços ofertados precisam se adequar à dinâmica desse grupo populacional, que necessita de um atendimento que garanta inclusão social, com ações de promoção e intervenção nos problemas de saúde, combate ao preconceito e acesso a programas sociais (BRASIL, 2014c; PAIVA et al, 2016).

A falta de comunicação é apontada como um problema que fragiliza a integralidade das ações no atendimento à PSR com TB, dificultando, dessa forma, o controle da doença nessa população (ALECRIM et al, 2016). Apesar de recomendadas pelo Ministério da Saúde, as ações intersetoriais em Campina Grande ainda ocorrem de forma incipiente devido, principalmente, à falta de comunicação entre os setores.

Sobre o registro da PSR, apesar de ser considerada uma atividade não prioritária, burocrática e secundária à incorporação das demais ações programáticas, as informações oriundas dos registros gerados pela equipe podem potencializar o planejamento das intervenções, com a implementação de ações direcionadas, qualificando o processo de trabalho na perspectiva da integralidade do cuidado (CAVALCANTI et al, 2012; WYSOCKI et al, 2017).

O fato da população em situação de rua apresentar uma tendência de perda da noção do tempo, de normalização de sintomas como a tosse e, ainda, o fato de serem

itinerantes, dificultando as ações de controle por parte dos profissionais da saúde (BRASIL, 2012a; CRAIG, 2014; MALEJCZYK, 2014;), fez com que o Ministério da Saúde recomendasse uma mudança no critério para identificação dos SR em situação de rua, com exame de todos os que apresentam tosse, independentemente do tempo. Além disso, a coleta do material para a baciloscopia deve ser realizada na própria instituição, no momento da consulta, que deverá contemplar também a solicitação da cultura, do teste de sensibilidade e de raios-x de tórax (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012a). Os profissionais da saúde de Campina Grande que atendem a PSR ainda não estão preparados para realizar o atendimento dessa forma.

Por se tratar de uma doença transmissível, o diagnóstico da TB deve ser realizado da forma mais rápida possível para que se possa intervir na cadeia de transmissão da doença, sendo imprescindível a responsabilização da APS nesta etapa do processo. Porém, o que se observou é que os profissionais desse nível de atenção apresentam dificuldades para identificar os SR e realizar coleta de material para baciloscopia. Essa atividade deveria ser realizada em todas as situações, tendo em vista que possibilita o diagnóstico da TB mesmo que o SR não retorne ao serviço de saúde (ANTUNES et al, 2016).

Assim como observado em estudos realizados em Foz de Iguaçu-PR e João Pessoa-PB (PAIVA et al, 2014; SILVA-SOBRINHO et al, 2012), os profissionais da APS de Campina Grande, enquanto principal porta de entrada da RAS, apresentam deficiência para realizar a detecção de casos e a confirmação diagnóstica da TB, restringindo o atendimento ao encaminhamento dos casos suspeitos para a realização de exames em níveis maior complexidade tecnológica.

Uma vez diagnosticado, o desafio passa a ser o tratamento na modalidade diretamente observada, conforme preconizado, oferecido pela APS a todos os usuários com diagnóstico de TB. Sabe-se que o tratamento diretamente observado é a modalidade mais efetiva para o sucesso do controle da TB, particularmente entre populações vulneráveis. No caso da PSR, a adesão ao tratamento pode ser ampliada através da utilização de estratégias diferenciadas que considerem as reais necessidades dessa população. Dessa forma, a oferta de alimentação, de bilhetes de transporte público ou outro incentivo material e a atuação intersetorial na realização do tratamento diretamente observado podem diminuir as taxas de abandono ao tratamento. Além disso, o suporte social e familiar é determinante na adesão dos pacientes ao tratamento da TB e na modificação do estilo de vida das pessoas em situação de rua (BEIJER et al,

2012; DAL-JOO et al, 2012; DIAS et al, 2017; LUTGE et al, 2015; SHUHAMA et al 2017).

Como no caso da PSR a não adesão ao tratamento é considerada um grave problema, a participação das instituições governamentais e não governamentais nesse processo torna-se essencial ao atuarem no acompanhamento dos casos e na supervisão da realização do tratamento recomendado, minimizando, dessa forma, o impacto negativo da adesão (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012a; DIAS et al, 2017; MALEJCZYK, 2014). Essa importante recomendação não foi observada no município de Campina Grande, em que o tratamento dos casos de TB é acompanhado apenas pelas equipes da APS, porém com a disponibilização do tratamento diretamente observado.

Para os casos mais resistentes à adesão ao tratamento, há a possibilidade da internação por vulnerabilidade social pelo período de pelo menos dois meses, seguido de encaminhamento a instituições de abrigo, onde os doentes devem permanecer durante o período de tratamento e/ou restabelecimento de sua saúde. No caso de recusa do paciente, o serviço deve buscar alternativas que englobem apoio alimentar e alojamento temporário em local em que não exista risco de transmissão da doença (BRASIL, 2011). No entanto, assim como observado em outros estudos, no município de Campina Grande, o tratamento da TB em pessoas em situação de rua é dificultado em função da falta de recursos institucionais, sociais e preparo dos profissionais para atuar neste contexto (ALECRIM et al, 2016; SHUHAMA et al, 2017).

Sobre o atendimento dos casos de TB, 35% dos profissionais informaram ser centralizado entre o médico e o enfermeiro das equipes que integram. Além disso, na análise de regressão, observou-se um desempenho melhor dos enfermeiros no desenvolvimento de ações para o controle da TB na PSR.

Estudos apontam o protagonismo da enfermagem no desenvolvimento de ações para o controle da TB, reforçando a importância dessa categoria profissional no estabelecimento de vínculo com os pacientes, na identificação dos casos no território e na participação efetiva no acompanhamento dos acometidos, contribuindo, dessa forma, para a melhoria dos indicadores de controle da doença. Esses profissionais apresentam maior envolvimento nas ações gerenciais, administrativas, educativas e assistenciais dos casos de TB, assumindo, em alguns contextos, o papel de líder da equipe da ESF, sendo responsável pela coordenação da equipe, com papel crucial na articulação e integração das práticas de cuidado (BRUNELLO et al, 2015; CECILIO et al, 2015; FURLAN et al,

2015; MALEJCZYK et al, 2014; NYAMATHI et al, 2006; SISSOLAK et al, 2011; SOUZA et al, 2014).

No entanto, a atuação da enfermagem, em algumas situações, resulta em centralização do cuidado, com a participação incipiente dos demais integrantes da equipe da ESF, restrita a ocorrência de intercorrências, contrariando, portanto, as recomendações do Ministério da Saúde. Surge, assim, a necessidade de ampliar, no cotidiano dos serviços, uma interação e participação permanente e contínua de toda a equipe de saúde (COSTA et al, 2016).

O trabalho das equipes da ESF é identificado como um elemento-chave para o desenvolvimento eficaz das ações de controle da TB. No entanto, não basta a execução de ações isoladamente, é necessário o envolvimento de todos os integrantes das equipes de saúde na organização do serviço (COSTA et al, 2016; SOUZA et al, 2014).

Esse trabalho interdisciplinar é particularmente importante quando se apresentam situações complexas na vida do doente de TB, como nas pessoas em situação de vulnerabilidade social. Deve-se dar atenção especial ao contexto do território, onde as pessoas vivem, trabalham e desenvolvem seu processo saúde-doença (SOUZA et al, 2014).

Dessa forma, faz-se necessária uma abordagem compartilhada e uma consolidação da interação dos profissionais da APS devido à diversidade e à complexidade exigida na abordagem da TB. Há necessidade de um envolvimento efetivo dos profissionais no cuidado, de forma a compreender as repercussões da doença e os fatores que podem interferir no tratamento, contribuindo para a realização de um cuidado contextualizado à realidade de cada paciente (CAVALCANTE & SILVA, 2016). Caso os profissionais de saúde não produzam a união de conhecimentos entre os integrantes da equipe, o cenário da negligência permanecerá e a TB seguirá como importante problema de saúde pública (COSTA et al, 2016).

O desenvolvimento de ações para o controle da TB na PSR esteve associado à experiência dos profissionais, na identificação de SR e no atendimento à PSR, além do apoio recebido pelas equipes da ESF através de capacitação, acesso a manuais e atuação da ECR, variáveis constituintes do fator 2, oriundo da AFE/ACP, evidenciado tanto na análise de desempenho (fator 2) quanto na de regressão. Esse conjunto de variáveis é importante, pois pode potencializar e qualificar o desenvolvimento de ações à PSR na APS.

A falta de experiência dos profissionais no atendimento dos casos de TB é apontada na literatura como um elemento gerador de insegurança que ocasiona a não realização de ações preconizadas para o controle da TB na APS. Além disso, se restringe, muitas vezes, ao encaminhamento dos pacientes para a unidade de referência, o que pode gerar atraso no diagnóstico da doença ou, de forma mais grave, a não identificação dos casos de TB quando o paciente desiste ou não tem meios de acessar o serviço de referência, o que é mais comum nas populações em situação de vulnerabilidade social como a PSR. As dificuldades no âmbito da APS no atendimento da TB na PSR tem resultado no diagnóstico tardio da doença em serviços hospitalares de emergência e revelado dificuldades de acesso dessa população aos serviços de saúde (ANTUNES et al, 2016; OLIVEIRA, 2017; RANZANI et al, 2016).

A busca ativa de sintomáticos respiratórios na PSR deve ser uma atividade prioritária nas ações de controle da TB, pois a detecção precoce dos casos é imprescindível para a redução da transmissão da doença. Estima-se que a cada caso de TB identificado e curado na PSR, há uma redução de 3 a 4 casos novos na população no prazo de 1 ano e de até 20 casos em 5 anos (ROMASZKO et al, 2016).

Atrelada à falta de experiência dos profissionais e contribuindo para a manutenção do problema, a falta de capacitação e a não disponibilidade dos manuais com as diretrizes para o controle da TB foram apontados como fatores que prejudicam o suporte à decisão para executar atividades de prevenção, diagnóstico e assistência pelos profissionais da APS. A atenção à TB envolve a capacitação permanente desses profissionais para que seja garantido o atendimento oportuno e de qualidade para o adequado controle da doença (ANDRADE et al 2017; OLIVEIRA et al, 2015; SILVA et al, 2016; SHUHAMA et al, 2017; WYSOCKI et al, 2017).

Dessa forma, o desafio de controlar a TB perpassa pela superação de fragilidades relacionadas à capacitação dos profissionais. Pois a falta de recursos humanos qualificados é apontada como um dos fatores responsáveis pela limitada incorporação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o controle da TB pelo serviços da APS, como observado nessa pesquisa (CUNHA et al, 2012; WYSOCKI et al, 2017).

Vários estudos apontam a deficiente capacitação dos profissionais da APS e a não utilização do manual de recomendações para o controle da TB, resultando na falta de conhecimentos para o desenvolvimento das ações preconizadas para o controle da doença, evidenciado na incipiente realização de exames diagnósticos, tratamento da doença e ações de vigilância. Dessa forma, a maioria dos problemas para o controle da

TB tem origem no despreparo de alguns profissionais e a consequente incapacidade para executar atividades de prevenção, diagnóstico e assistência (ANDRADE et al, 2017; HEUFEMANN et al, 2013; OLIVEIRA, et al, 2015; WYSOCKI et al, 2017).

Sobre a PSR, observa-se que os profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde não estão capacitados para o atendimento desse público, já que desconhecem as características e especificidades requeridas para o adequado atendimento dessa população vulnerável a doenças como a TB, tornando-se imprescindível a capacitação desses trabalhadores, considerando a magnitude do problema, o impacto da doença e as dificuldades para o seu controle nessa população. No entanto, apesar da expansão dos processos de capacitação dos profissionais da APS ocorridos nos últimos anos, ainda se observam ações pontuais, de natureza informativa e com baixo potencial para resultar em mudanças permanentes (PAIVA et al, 2016; PINTO et al, 2014, SHUHAMA et al, 2017).

Dessa forma, o controle da TB envolve a capacitação permanente para a qualificação dos profissionais, principalmente os da APS, principal porta de entrada do SUS, que devem ter adequada compreensão da doença e seus condicionantes, com o desenvolvimento de habilidades para implementar ações de prevenção e controle, além da competência para acompanhar os efeitos das intervenções, identificar falhas e corrigir problemas. Além disso, em se tratando da prestação de assistência à PSR, é preciso sensibilizar os profissionais para que a discriminação e o preconceito não sejam um empecilho para o acesso dessa população ao sistema de saúde (OLIVEIRA, 2017; PONCE et al, 2013; SHUHAMA et al, 2017; SILVA et al, 2014a)

Com isso, o desafio é investir constantemente na educação permanente dos profissionais da ESF com a instituição de um programa que aborde assuntos necessários ao conhecimento da TB, magnitude do problema, ações preconizadas para o controle da doença, considerando as especificidades de cada grupo populacional, como a PSR, com o objetivo de qualificar os profissionais de saúde nos diferentes aspectos relacionados ao diagnóstico, tratamento e controle da TB, buscando sensibilizá-los e capacitá-los, considerando a possível necessidade de adequação de papéis e mudanças na organização do processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2011; OLIVEIRA, 2017; SILVA SOBRINHO et al, 2014).

Um dos problemas mais graves identificados no nosso estudo foi a ausência de parceria da ECR com as equipes da APS, uma atuação que poderia contribuir de forma significativa para aperfeiçoar as ações de controle da TB na PSR. A atuação das ECR

pode facilitar o acesso da PSR aos serviços de saúde, ampliando a detecção precoce, o tratamento e o acompanhamento dos casos. Esses profissionais devem atuar no contato direto com a pessoa em situação de rua, no apoio e na capacitação dos profissionais da APS, na articulação com os serviços de saúde e de assistência social, garantindo uma atenção integrada e personalizada (ALECRIM et al 2016; SILVA et al, 2014a).

A ECR foi instituída como uma proposta de assistência para ampliar o acesso e a qualidade da atenção à PSR, buscando alternativas para os diversos problemas oriundos do contexto da rua, oferecendo não apenas atenção à saúde, mas também suporte para demandas sociais como, por exemplo, a possibilidade de confeccionar o Cartão SUS, que viabiliza não apenas o atendimento em serviços de saúde, mas o seu reconhecimento como cidadão em um contexto de negação de direitos (HALLAIS & BARROS 2015; SILVA et al, 2014a).

Os profissionais que trabalham nestas equipes desenvolvem suas atividades de maneira itinerante, com ações de assistência e cuidado no próprio território de rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de UBS do território onde estão atuando, sempre articulados e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes que atuam na atenção básica do território, como as equipes da ESF, do NASF e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), além da Rede de Urgência/Emergência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), entre outras instituições, conforme a necessidade de cada usuário (BRASIL, 2017b; HALLAIS & BARROS, 2015).

Atualmente, a rede pública de saúde tem mais de cem ECR implantados em todo território brasileiro, um serviço transversal com uma prática clínica de cuidado que percorre a rede para promover atenção e inclusão da PSR, com o estabelecimento de vínculos, utilização de estratégias como a redução de danos e o desenvolvimento de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, cuidados primários em saúde fora dos espaços institucionais e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando articulação para o atendimento de uma população que, até então, encontrava-se invisível no cenário do SUS (HALLAIS & BARROS 2015; LONDERO et al, 2014).

Entre as formas de atuação e ações que podem ser desenvolvidas pelas ECR, destaca-se a parceria com equipamentos sociais e comunitários, a capacitação e apoio matricial dos profissionais que atuam na área de abrangência das UBS e a articulação com a RAS e com a própria comunidade, uma importante parceira que pode identificar

demandas e colaborar na busca ativa com as ECR (BRASIL, 2017a; SILVA et al, 2014a).

Com relação ao controle da TB na PSR, a atuação das ECR, ao contribuir significativamente para o acesso dessa população aos serviços de saúde, amplia a detecção precoce, favorece o tratamento, o acompanhamento e a cura dos casos (ALECRIM et al, 2016).

No entanto, é importante ressaltar que a estrutura de serviços para a atenção à PSR mostra-se insuficiente para atender às singularidades dessa população. Há pouca utilização das redes e instituições públicas disponíveis, com deficiência das ações intersetoriais e, portanto, fragilidade no propósito de uma assistência integral a essa população (ALECRIM et al, 2016; SILVA et al, 2014a).

Assim como observado em outros estudos, constatou-se que os serviços de saúde pesquisados não estão preparados para controlar a TB. Os problemas apontados na literatura corroboram com os problemas encontrados no nosso estudo, como a falta de integração entre os serviços, a baixa resolutividade da APS e a falta de capacitação profissional (ANDRADE et al, 2013; ANDRADE et al, 2017; SILVA et al, 2014b).

Por fim, para a adequada implementação do PCT, é imprescindível o apoio da gestão, com o suporte necessário para o desenvolvimento das ações preconizadas e para sensibilizar os profissionais diante da problemática da doença (ANTUNES et al, 2016; SILVA et al, 2016). Sobre o controle da TB na PSR, a APS deve figurar como espaço prioritário para o fortalecimento do cuidado a essa população, ao considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir uma atenção integral com o apoio da RAS e de suporte social, possibilitando, dessa forma, a inserção efetiva da PSR no SUS (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014c).

Como limitação do estudo, destaca-se que a AFE produz resultados que são restritos à amostra coletada. No entanto, vale destacar como ponto positivo a inclusão, como participantes, de todos os profissionais de ensino superior da APS que desenvolvem ações para o controle da TB na zona urbano do município de Campina Grande e a obtenção de uma taxa de resposta de 91,4%.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado permitiu identificar características dos profissionais da APS e da assistência à TB, com ênfase na PSR, além de avaliar o desenvolvimento das ações de controle da TB na PSR com a identificação de fatores associados à realização dessas ações.

Os resultados evidenciaram que os profissionais da ESF de Campina Grande tem o conhecimento dos casos SR, de TB e da PSR nos respectivos territórios de atuação, mas essa realidade não está presente na totalidade das equipes. Para uma pequena quantidade de profissionais entrevistados, há uma deficiência também no conhecimento de ações para o controle da doença realizadas pelas próprias equipes que integram e o atendimento dos casos de TB é centralizado entre médicos e enfermeiros, com uma baixa participação dos demais profissionais da APS.

Observou-se que as especificidades da PSR não são consideradas no tocante ao desenvolvimento das ações para o controle da TB nesse público, quando estas são ofertadas, contrariando as recomendações do Ministério da Saúde. A oferta ou realização de ações de controle da TB ocorre da mesma forma que para a população geral e, muitas vezes, se restringe ao encaminhamento dos pacientes para a unidade de referência. A falta de capacitação dos profissionais, o deficiente acesso aos manuais sobre o cuidado à saúde para a PSR e a deficiente articulação e apoio da ECR fragiliza ainda mais a assistência prestada pelas equipes da ESF.

Espera-se que os resultados obtidos nesse estudo possam contribuir com a organização da APS de Campina Grande ao subsidiar a operacionalização de respostas mais adequadas para o controle da TB na PSR, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde.

Para isso, é necessário o empenho de todos os profissionais envolvidos, na responsabilização pelo atendimento à PSR presente nos respectivos territórios de atuação e na necessidade de desenvolver ações considerando as especificidades desse público. Além disso, é imprescindível o apoio da gestão na oferta das condições necessárias para a realização da assistência, na qualificação dos profissionais e participação na articulação dos vários pontos da RAS e de assistência social para que a PSR possa acessar o serviço e ter garantido o seu direito de ser atendido de forma digna.

REFERÊNCIAS

- ALECRIM TFA et al. Experience of health professionals in care of the homeless population with tuberculosis. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 50, n. 5, p. 808-15, 2016. Disponível em: <doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000600014>>. Acesso em: 14 ago. 2018.
- ALMEIDA PF et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200008>. Acesso em: 8 set. 2014.
- ANDRADE HS et al. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: um estudo de caso. **Saúde debate**, v. 41, p. 242-58, 2017. Disponível em: <doi <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s18>>. Acesso em: 03 set. 2018.
- ANDRADE RLP et al. Diagnóstico da tuberculose: atenção básica ou pronto atendimento? **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1149-1158, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004650>>. Acesso em: 13 mar. 2016.
- ANTUNES LB et al. The user with respiratory symptoms of tuberculosis in the primary care: assessment of actions according to national recommendations. **Rev Rene**, v. 17, n. 3, p. 409-15, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v17i3.3482>>. Acesso em: 24 set. 2017.
- ARISTIDES JL, LIMA JVC. Processo saúde-doença da população em situação de rua da Cidade de Londrina: aspectos do viver e do adoecer. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 10, n. 2, p. 43-52, 2009. Disponível em: <www.ccs.uel.br/espacoparasaude>. Acesso em: 8 set. 2014.
- BAMRAH S et al. Tuberculosis among the homeless, United States, 1994–2010. **The international journal of tuberculosis and lung disease**, v.17, n. 11, p.1414-1419, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24125444>>. Acesso em: 20 ago. 2017.
- BEIJER U, WOLF A, FAZEL S. Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Infect Dis**, v. 12, n. 11, p.859–70, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3494003/>>. Acesso em: 12 nov. 2017.
- BERGONZOLI G et al. Determinants of tuberculosis in countries of Latin America and the Caribbean. **Rev Panam Salud Publica**, v.39, n. 2, p. 101–5, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27754518>>. Acesso em: 11 nov. 2017.
- BERTOLOZZI MR et al. O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública. **Rev med**, v. 93, n. 2, p. 83-89, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/97330/96342>>. Acesso em 06 out. 2015.

BONOMI AE et al. Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality Improvement. **Health Serv Res**, v.37, n.3, p.791-820, 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1434662/>>. Acesso em: 10 set. 2014.

BOSI MLM, MERCADO-MARTINEZ FJ. Modelos avaliativos e reforma sanitária Brasileira: enfoque qualitativo-participativo. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 566–570, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000300022>>. Acesso em: 12. mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Grupo de Trabalho Interministerial. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília: 2008.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 7053**, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua. Brasília: Diário Oficial da União, Poder Executivo, 24 dez, seção 1, p. 16, 2009a. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2009/decreto-7053-23-dezembro-2009-599156-publicacaooriginal-121538-pe.html>>. Acesso em: 23 mar. 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Rua: aprendendo a contar**. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, 2009b. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf>. Acesso em: 8 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf>. Acesso em: 5 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/manual_saude_populacao_rua>. Acesso em: 6 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 13 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Panorama da tuberculose no Brasil**: indicadores epidemiológicos e operacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama%20tuberculose%20brasil_2014.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, 2014b. Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/livro%20Tipificaca%20Nacional%20-%2020.05.14%20%28ultimas%20atualizacoes%29.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, boletim epidemiológico, v. 46, n. 9, 2015a. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/25/Boletim-tuberculose-2015.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2017.

BRASIL. Ministério do Planejamento. **Planejamento Governamental**. Brasília: Ministério do Planejamento, 2015b. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/servicos/faq/planejamento-governamental>>. Acesso em: 9 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: adesão ao tratamento de tuberculose pela população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_adesao_tuberculose.pdf>. Acesso em: 10 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/25/GVS-online.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/24/Plano-Nacional-Tuberculose.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 2436 de 21 de setembro de 2017: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 29 ago. 2018.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Estimativas de População**. Brasília: IBGE, 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>>. Acesso em: 26 set. 2018.

BROUSSELLE A et al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BRUNELLO MEF et al. Atuação da enfermagem na atenção a uma condição crônica (tuberculose): análise de fontes secundárias. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 36, n. spe, p. 62-69, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56363>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Consolidado do segundo quadrimestre de 2016 da Gerência de Atenção Básica: Relatório**. Campina Grande: 2016.

CANDIANI C. Os problemas clínicos mais comuns junto a população em situação de rua. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/manual_saude_populacao_rua>. Acesso em: 13 set. 2014.

CARNEIRO JÚNIOR N, JESUS CH, CREVELIM MA. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde Soc**, v. 19, n. 3, p. 709-16, 2010. Disponível em: <www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29683/31555>. Acesso em: 10 ago. 2015.

CARNEIRO NJ et al. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. **Rev. Saúde e sociedade**, v. 7, n. 2, p. 47-62, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901998000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 17 set. 2014.

CASTANEDA-HERNANDEZ DM, BOLIVAR-MEJIA A, RODRIGUEZ-MORALES AJ. Epidemiology of Tuberculosis among Homeless Persons, Pereira, Risaralda, Colombia, 2007-2010. **Infect**, v. 17, n. 1, p. 48-49, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-93922013000100009>. Acesso em: 14 set. 2017.

CAVALCANTE EFO, SILVA DMGV. O compromisso do enfermeiro com o cuidado à pessoa com tuberculose. **Texto contexto - enferm.**, v. 25, n. 3, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003930015>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

CAVALCANTI ML et al. Processos de registro e gerenciamento concernentes aos sistemas de informação da tuberculose do estado do Rio de Janeiro prioritários segundo o Fundo Global Tuberculose Brasil, 2009/2010. **Cad Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 161-8, 2012. Disponível em: <www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/.../csc_v20n2_161-168.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2014.

CECILIO HPM et al. Opinião dos profissionais de saúde sobre os serviços de controle da tuberculose. **Acta paul. enferm.**, v. 28, n. 1, p. 19-25, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500005>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

CHAMPAGNE F et al. A análise da implantação. In: BROUSELLE A et al, org. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CONTANDRIOPOULOS AP et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, org. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 16 ago. 2018.

CONTANDRIOPOULOS AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300017>>. Acesso em: 02 set. 2018.

COSTA HMGS et al. A importância do trabalho em equipe na efetivação do tratamento diretamente observado em tuberculose. **Rev enferm UFPE**, v. 10, n. 4, p. 1202-9, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11104/12569>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

CRAIG GM, JOLY LM, ZUMLA A. Complex but coping: experience of symptoms of tuberculosis and health care seeking behaviours - a qualitative interview study of urban risk groups, London, UK. **BMC Public Health**, v. 14, n. 618, 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/618>>. Acesso em: 02 ago. 2015.

CRAIG GM, ZUMLA A. The social context of tuberculosis treatment in urban risk groups in the United Kingdom: a qualitative interview study. **Int J Infect Dis**, v. 32, p. 105-10, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25809765>>. Acesso em: 9 set. 2017.

CRISPIM JA et al. Agente comunitário de saúde no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde. **Acta Paul Enferm**, v.25, n. 5, p. 721-7, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012005000021>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

CUNHA NV, CAVALCANTI ML, COSTA AJ. Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia Saúde da Família em jardim Catarina – São Gonçalo (RJ), 2010. **Cad Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 177-87, 2012. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_177-187.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014.

DAL-JOO H, HONG GM, HYUN HL. The Clinical Characteristics and Predictors of Treatment Success of Pulmonary Tuberculosis in Homeless Persons at a Public Hospital in Busan. **Korean J Fam Med**, v. 33, n. 6, p. 372-380, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4082/kjfm.2012.33.6.372>>. Acesso em: 30 jul. 2015.

DHEDA K, BARRY CE, MAARTENS G. Tuberculosis. **Lancet**, v. 387, n. 10024, p.

1211–1226, 2015. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00151-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00151-8)>. Acesso em 12 nov. 2017.

DIAS M et al. Tuberculosis among the homeless: should we change the strategy? **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 21, n. 3, p. 327-332, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28225344>>. Acesso em: 6 set. 2017.

FERREIRA FPM, MACHADO S. Vidas privadas em espaços públicos: os moradores de rua em Belo Horizonte. **Serviço Social e Sociedade**, n. 90, p. 102-121, 2007. Disponível em: <<http://www.repositorio.fjp.mg.gov.br/bitstream/123456789/2205/1>>. Acesso em: 12 set. 2014.

FESKE ML et al. Counting the Homeless: A previously incalculable tuberculosis risk and its social determinants. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 5, p. 839-848, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23488504>>. Acesso em: 2 set. 2017.

FIELD A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. Tradução Lorí Viali. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FURLAN MCR, GONZALES RIC, MARCON SS. Desempenho dos serviços de controle da tuberculose em municípios do Paraná: enfoque na família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. spe, p. 102-110, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.55869>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

GEYER BC et al. Patient factors associated with failure to diagnose tuberculosis in the emergency department. **J Emerg Med**, v. 45, n. 5, p. 658-65, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23932702>>. Acesso em: 8 set. 2017.

GONZÁLES MAM et al. **Bioestadística amigable**. 3 ed. Barcelona: Elsevier, 2014.

GONZALES RIC et al. Indicadores de desempenho do DOT no domicílio para o controle da tuberculose em município de grande porte, SP, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.16, n.1, p.95-100, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000100015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 8 nov. 2014.

HALLAIS JAS, BARROS NF. Consultório na rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p.1497–1504, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00143114>>. Acesso em: 13 nov. 2017.

HARTZ ZMA. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde In: HARTZ ZMA, org. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. Disponível em:<<http://books.scielo.org>>. Acesso em 16 ago. 2018.

HAYTON JC, ALLEN DG, SCARPELLO V. Factor retention decisions in exploratory factor analysis: a tutorial on parallel analysis. **Methodological Resources**, v. 7, n. 2, p. 191-205, 2004. Disponível em:

<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1094428104263675>. Acesso em: 11 nov. 2017.

HEO DJ, MIN HG, LEE HH. The clinical characteristics and predictors of treatment success of pulmonary tuberculosis in homeless persons at a public hospital in busan. **Korean J Fam Med**, v. 33, n. 6, p. 372-80, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23267423>>. Acesso em: 30 ago. 2017.

HEUFEMANN N EC, GONÇALVES M JF, GARNELO ML. Avaliação do programa de controle da tuberculose em cenário Amazônico: desafios em Coari. **Acta Amaz.**, v. 43, n. 1, p. 33-42, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0044-59672013000100005>>. Acesso em: 04 jul. 2017.

HWANG YW, LEE YJ, KONG SY. Epidemiology and clinical outcomes of tuberculosis among homeless persons visiting emergency department in public hospital. **Am J Emerg Med**, v. 36, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2017.07.049>>. Acesso em: 8 set. 2018.

JANSSENS JP et al. Screening for tuberculosis in an urban shelter for homeless in Switzerland: a prospective study. **BMC Infect Dis**, v. 17, n. 1, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28511638>>. Acesso em: 20 set. 2017.

KAWATSU L et al. Leaving the street and reconstructing lives: impact of DOTS in empowering homeless people in Tokyo, Japan. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 17, n. 7, p. 940-6, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23651711>>. Acesso em: 25 ago. 2017.

KHAN K et al. Active Tuberculosis among Homeless Persons, Toronto, Ontario, Canadá, 1998–2007. **Emerging Infectious Diseases**, v. 17, n. 3, 2011. Disponível em: <https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/17/3/10-0833_article>. Acesso em: 31 jul. 2015.

LEE C-H et al. Active pulmonary tuberculosis and latent tuberculosis infection among homeless people in Seoul, South Korea: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 13, p. 720, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-720>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

LONDERO MFP, CECCIM RB, BILIBIO LFS. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface**, v. 18, n. 49, p. 251-260, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0738>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

LUTGE EE et al. Incentives and enablers to improve adherence in tuberculosis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 3, n. 9, p. 1-51, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4563983/>>. Acesso em: 03 ago. 2017.

MACIEL ELN et al. O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, supl.1, p. 1395-402, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800012>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

MAFFACCIOLLI R, OLIVEIRA DLLC, BRAND EM. Vulnerabilidade e direitos humanos na compreensão de trajetórias de internação por tuberculose. **Saúde soc**, v. 26, n.1, p. 286-299, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017168038>>. Acesso em: 11 ago. 2018.

MALEJCZYK K et al. Factors associated with noncompletion of latent tuberculosis infection treatment in an inner-city population in Edmonton, Alberta. **Can J Infect Dis Med Microbiol**, v. 25, n. 5, p. 281–284, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4211353/>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

MATIDA AH, CAMACHO LAB. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p.37–47, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000100017>>. Acesso em: 11 ago. 2018.

MENDES AM, FENSTERSEIFER LM. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 12, n.1, p. 27-38, 2004. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X2004000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 8 nov. 2014.

MENDES EV. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MITRUKA K, WINSTON CA, NAVIN TR. Predictors of failure in timely tuberculosis treatment completion, United States. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 16, n. 8, p. 1075-82, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22668774>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

MOYSÉS ST, SILVEIRA FILHO AD, MOYSÉS SJ. **Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS**: a implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NOTARO SJ et al. Analysis of the health status of the homeless clients utilizing a free clinic. **J Community Health**, v. 38, p. 172-177, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s10900-012-9598-0>>. Acesso em: 8 set. 2017.

NYAMATHI AM et al. A randomized controlled trial of two treatment programs for homeless adults with latent tuberculosis infection. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 10, n. 7, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16848340>>. Acesso em: 10 set. 2016.

OLIVEIRA LGD, NATAL S, CAMACHO LAB. Análise da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais no Brasil. **Cad. Saúde Púb.**, v. 31, n. 3, p. 543-554, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00042914>>. Acesso em: 02 out. 2017.

OLIVEIRA, AAV. **A assistência de saúde à pessoa em situação de rua doente de tuberculose: percepções de enfermeiros de município prioritário da Paraíba –PB**. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação

em Saúde Coletiva (Tese). 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em 02 nov. 2017.

OXLADE O, MURRAY M. Tuberculosis and Poverty: why are the poor at greater risk in India? **PLoS ONE**, v. 7, n. 11, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3501509/pdf/pone.0047533.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2015.

PAGANO M, GAUVREAU K. **Princípios de Bioestatística**. São Paulo: Thomson, 2004.

PAIM J et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p.1778–97, 2011. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)>. Acesso em 25 jul. 2015.

PAIVA IKS et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>> . Acesso em: 02 jul. 2018.

PAIVA RCG et al. Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 520-6, 2014. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n3/pdf/v16n3a04.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2018.

PENDZICH J et al. Tuberculosis among the homeless and inmates kept in custody and in penitentiary institutions in the Silesia region. **Pneumonol Alergol Pol**, v. 83, n. 1, p. 23-9, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25577530>>. Acesso em: 11 set. 2017.

PINHEIRO RS, ESCOSTEGUY, CC. Epidemiologia e serviços de saúde. In: MEDRONHO RA, org. **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

PINTO HA et al. Atenção básica e educação permanente em saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Divulg Saúde Debate**, n. 51, p. 145-60, 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2017.

PONCE MAS et al. Tuberculosis diagnosis and performance assessment of the first health service used by patients in São José do Rio Preto, São Paulo State, Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 945-54, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500012>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

PRATES JC, PRATES FC, MACHADO S. Populações em situação de rua: os processos de inclusão e exclusão precárias vivenciados por esse segmento. **Revista Temporalis**, v. 11, n. 22, p.191-215, 2011. Disponível em:

<<https://doi.org/10.22422/2238-1856.2011v11n22p191-216>>. Acesso em 10 ago. 2015.

RANZANI OT et al. The impact of being homeless on the unsuccessful outcome of treatment of pulmonary TB in São Paulo State, Brazil. **BMC Medicine**, v. 14, n. 41, 2016. Disponível em:

<<https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-016-0584-8>>.

Acesso em: 25 set. 2017.

RASELLA D et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **The Lancet**, v. 382, n. 9886, p.57–64, 2013. Disponível em:

<[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60715-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60715-1/fulltext)>. Acesso em: 13 nov. 2017.

ROCHA DS, ADORNO RCF. Abandono ou descontinuidade do tratamento da tuberculose em Rio Branco, Acre. **Saúde soc**, v. 21, n. 1, p. 232-245, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000100022>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

RODRIGUES ILA et al. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 383-7, 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/20.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2014.

ROMASZKO J et al. Active case finding among homeless people as a means of reducing the incidence of pulmonary tuberculosis in general population. **Adv Exp Med Biol.**, n. 911, p. 67-76, 2016. Disponível em:

<https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F5584_2016_225>. Acesso em: 04 abr. 2017.

SÁ LD et al. Abandono do tratamento e elenco de serviços no cuidado ao doente de tuberculose. **Rev Enferm UFPE**, v. 4, n. 3, p. 178-86, 2010. Disponível em:

<<http://pesquisa.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/bde-20352>>. Acesso em: 1 out. 2014.

SÁ LD et al. **Práticas de educação popular e cuidado em saúde da população em situação de rua: relatório.** Projeto de Extensão – Universidade Federal da Paraíba – UFPB. João Pessoa: 2012.

SÁNCHEZ AIM, BERTOLOZZI MR. Operacionalização do conceito de vulnerabilidade à tuberculose em alunos universitários. **Ciênc saúde coletiva**, v. 16, n. 2, p. 669-75, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n2/v16n2a31.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2015.

SANTOS DS, MISHIMA SM, MERHY EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 3, p.861-870, 2018. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>>. Acesso em: 02 out. 2018.

SANTOS MLSG et al. Pobreza: caracterização socioeconômica da tuberculose. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 15, n. spe, 2007. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000700008>>. Acesso em: 16 ago. 2014.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Vigilância em Saúde. **Boletim TB**: cidade de São Paulo. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2016. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/vigilancia_em_saude/arquivos/boletimTb_2016_menor.pdf>. Acesso em: 04 set. 2017.

SEMUNIGUS T et al. Smear positive pulmonary tuberculosis and associated factors among homeless individuals in Dessie and Debre Birhan towns, Northeast Ethiopia. **Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials**, v. 15, n. 1, p. 50, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27581729>>. Acesso em: 12 set. 2017.

SERAFINO I, LUZ LCX. Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate. **Rev katálysis**, v. 18, n. 1, p. 74-85, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1414-49802015000100008>> . Acesso em: 13 nov. 2017.

SHUHAMA BV et al. Evaluation of the directly observed therapy for treating tuberculosis according to the dimensions of policy transfer. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 51, e03275, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016050703275>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

SILVA DM et al. Care production for tuberculosis cases: analysis according to the elements of the Chronic Care Model. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 50, n. 2, p. 239-46, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200009>>. Acesso em: 02 ago. 2018.

SILVA FP, FRAZAO IS, LINHARES FMP. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p. 805-14, 2014a. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00100513>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

SILVA DM et al. Performance evaluation of primary care services for the treatment of tuberculosis. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 6, p. 1044-53, 2014b. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000700012>>. Acesso em: 03 ago. 2017.

SILVA, LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ ZMA, SILVA LMV, org. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

SILVA LMV, FORMIGLI VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Públ.**, v.10, n.1, p. 80-91, 1994. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000100009>>. Acesso em: 14 set. 2018.

SILVA SOBRINHO RA et al. Conhecimento de enfermeiros de unidades de atenção básica acerca da tuberculose. **Cogitare Enferm**, v. 19, n. 1, p. 34-40, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i1.35930>>. Acesso em: 10 set. 2018.

SILVA SOBRINHO RA et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplex fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 6, p. 461-8, 2012. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2012.v31n6/461->

468/>. Acesso em: 24 fev. 2016.

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. **Informações de Saúde (TABNET)**. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/tubercbr.def>>. Acesso em: 29 set. de 2018.

SISSOLAK P, MARAIS F, MEHTAR S. TB infection prevention and control experience of South African nurses - a phenomenological study. **BMC Public Health**, n. 11, p. 262, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-262>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

SOUZA D. Especificidades do atendimento à população em situação de rua. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/manual_saude_populacao_ rua>. Acesso em: 16 set. 2014.

SOUZA KMJ et al. Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 48, n. 5, p. 874-882, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000014>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

STARFIELD B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; Ministério da Saúde; 2002.

The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Disponível em: <<https://www.theglobalfund.org/en/>>. Acesso em 01 set. 2017.

TORRENS AW et al. Effectiveness of a conditional cash transfer programme on TB cure rate: a retrospective cohort study in Brazil. **Trans R Soc Trop Med Hyg**, v. 110, n. 3, p.199–206, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26884501>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

UCHIMURA K et al. Characteristics and treatment outcomes of tuberculosis cases by risk groups, Japan, 2007–2010. **Western Pacific Surveillance and Response Journal**, v. 4, n. 1, p. 11-18, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3729108/>>. Acesso em: 8 set. 2017.

VAN HEST R, DE VRIES G. Active tuberculosis case-finding among drug users and homeless persons: after the outbreak. **Eur Respir J**, v. 48, n. 1, p. 269-71, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27103393>>. Acesso em: 20 set. 2017.

VARANDA W, ADORNO RCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n.1, p. 56-69, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000100007>>.

Acesso em: 12 nov. 2017.

VARGAS T. **Consultório na Rua: novas políticas para a população de rua.** Agência Fiocruz de notícias. 2012. Disponível em:

<<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=4848&sid=3>>. Acesso: 31/07/2014.

VILLA L et al. Analysis of mortality caused by tuberculosis in Medellín, Colombia, 2012. **Biomedica**, v. 34, n. 3, p. 425-32, 2014. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v34i3.2336>>. Acesso em: 8 set. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control: stop TB communicable disease.** Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67232/1/WHO_CDS_TB_2002.297.pdf>. Acesso em: 23 set. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tuberculosis control, surveillance, planning, financing.** Geneva: WHO Report, 2004. Disponível em:

<<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42889/2/9241562641.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The stop tb strategy.** Geneva: WHO, 2006. Disponível em:

<http://www.who.int/tb/publications/2006/stoptb_strategy_por.pdf?ua=1>. Acesso em: 06 set. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2014.** Geneva: WHO, 2014. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf>. Acesso em: 6 set. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The end TB Strategy.** Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/tb/strategy/en/>>. Acesso em: 06 set. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2018.** Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/>. Acesso em: 26 set. 2018.

WORTHEN BR, FITZPATRICK JL, SANDERS JR. **Avaliação de programas: concepções e práticas.** EDUSP: 2004.

WYSOCKI AD et al. Primary Health Care and tuberculosis: services evaluation. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 20, n. 1, p. 161-75, 2017. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700010014>>. Acesso em: 10 set. 2018.

YAMIN A et al. Predictors of Latent Tuberculosis Infection Treatment After Introduction of a New Regimen: A retrospective cohort study at an inner city clinic. **Open Forum Infect Dis**, v. 3, n. 4, 2016. Disponível em:

<<https://academic.oup.com/ofid/article-lookup/doi/10.1093/ofid/ofw082>>. Acesso em: 20 set. 2017.

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE			
Número do questionário: _____			
Município: _____			
Nome do serviço de saúde: _____			
Distrito sanitário: _____			
Telefone: _____			
Responsável pela coleta dos dados: _____ Data da coleta dos dados: ____/____/____			
Digitador: _____ Data da digitação: ____/____/____			
Horário de início da entrevista: _____ Horário de término da entrevista: _____			
I - IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE			
1.	Ambulatório de referência:	1	UBS
		2	UBS com PACS
		3	UBS com SF
		4	Outro _____
2.	Horário de funcionamento:	<input type="checkbox"/> 7:00 às 17:00h <input type="checkbox"/> Outros _____	
II – IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL			
3.	Sexo:	1	Masculino
		2	Feminino
4.	Idade: _____ anos		
5.	Função exercida no serviço:	1	Enfermeiro
		2	Médico
		3	Outro _____ (nível superior envolvido na assistência à TB)
6.	Tempo de atuação no serviço: _____ anos		
7.	Tipo de vínculo no serviço:	1	Concursado
		2	Contratado
		3	Outro _____
8.	Tempo de formação: _____ anos (graduação exercida no serviço)		
9.	Pós-graduação (mais importante para o serviço, caso mais de uma):		
10.	Tempo pós-graduação: _____ anos		
III – ATENDIMENTO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA			
11.	Atualmente há pessoas em situação de rua no território?	1	Sim. Quantos? _____
		2	Não
		3	Não sabe informar
12.	A equipe já atendeu pessoas em situação de rua na Unidade ou área de abrangência?	1	Sim. Motivos? _____
		2	Não
		3	Não sabe informar
IV - ATENDIMENTO À PESSOA COM TB			
13.	Quem participa no atendimento dos casos de TB neste serviço?	1	Médico
		2	Enfermeiro
		3	Auxiliar/Técnico de enfermagem
		4	Agente Comunitários de Saúde
		5	Todos os profissionais de saúde
		6	Outro _____
14.	Atualmente há pessoas com TB no território?	1	Sim. Quantos? _____
		2	Não
		3	Não sabe informar
15.	A equipe já identificou SR na Unidade ou área de abrangência?	1	Sim. Quando foi a última vez? _____
		2	Não
		3	Não sabe informar

16.	A equipe já atendeu pessoas com TB na Unidade ou área de abrangência?	1	Sim. Quando foi a última vez? _____
		2	Não
		3	Não sabe informar
17.	Atualmente há pessoas em situação de rua SR no território?	1	Sim. Quantos? _____
		2	Não
		3	Não sabe informar
18.	Atualmente há pessoas em situação de rua com TB no território?	1	Sim. Quantos? _____
		2	Não
		3	Não sabe informar
19.	A equipe já identificou SR em pessoas em situação de rua na Unidade ou área de abrangência?	1	Sim. Quando foi a última vez? _____
		2	Não
		3	Não sabe informar
20.	A equipe já atendeu pessoas com TB em situação de rua na Unidade ou área de abrangência?	1	Sim. Quando foi a última vez? _____
		2	Não
		3	Não sabe informar

APÊNDICE B

PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL

Ações preconizadas e conceitos adotados pelo Ministério da Saúde	Variável	Resposta esperada
<p>A PSR pode ser definida como um grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional regular e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.</p> <p>Conceito definido no Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a PSR, adotado pelo Ministério da Saúde nos manuais utilizados.</p>	<p>Conceito de população em situação de rua</p>	<p>Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional regular e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.</p>
<p>Os profissionais de saúde, no atendimento integral à PSR, devem incorporar ações programáticas, incluindo acesso às redes sociais. A concepção de saúde não deve ser centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção de saúde e no resgate da qualidade de vida, com acompanhamento contínuo e intervenção nos fatores que os colocam em risco.</p>	<p>Identificação e avaliação da população em situação de rua no território</p>	<p>São estabelecidas rotinas para a identificação e avaliação.</p>
<p>É preciso reconhecer quem é a PSR do território, por meio de diagnósticos, censos, cartografias, mapeamento de área, ou seja, diferentes nomes e mecanismos para que a equipe de saúde possa identificar quem são as pessoas em situação de rua, onde elas costumam ficar, como se relacionam com a comunidade, os serviços públicos e estabelecimentos privados, como acessam os programas assistenciais, quais são as dificuldades que apresentam, quais os recursos comunitários disponíveis e que parcerias intersetoriais e interinstitucionais podem ser firmadas.</p>	<p>O registro da população em situação de rua no território</p>	<p>O registro é realizado de forma padronizada em fichas e prontuário, com dados de identificação, dados clínicos, resultados de exames.</p>

<p>Levando-se em consideração ser característica da PSR a circulação constante por diversos territórios, é de suma importância a articulação da rede de serviços no sentido de efetivar a coordenação do cuidado e fortalecimento do vínculo não só pela ECR, como também pelas equipes das UBS, de modo que estas também sejam referência e se responsabilizem pelo usuário.</p>	<p>Desenvolvimento de algum tipo de ação específica para a população em situação de rua no território</p>	<p>Faz parte da rotina da equipe e utiliza tecnologias para a intervenção e prevenção do problema, com encaminhamento a centros especializados quando necessário.</p>
<p>Devem-se definir as unidades de saúde que serão referência para o atendimento à PSR, com estabelecimento de fluxo claro entre elas e as instituições da rede de proteção social, e definição de rotinas para a identificação dos indivíduos com tosse. A busca ativa de casos deve ser feita em toda a rede de atendimento mapeada e parceira.</p>	<p>Organização do serviço para atendimento ao Sintomático Respiratório (SR) ou portador de tuberculose (TB) em situação de rua</p>	<p>Faz parte da rotina da equipe e utiliza tecnologias para a intervenção e prevenção do problema, com encaminhamento a centros especializados quando necessário.</p>
<p>As equipes das UBS devem fazer o mapeamento das instituições que configuram a rede de atendimento, incluindo instituições governamentais e não governamentais (abrigos, albergues, centros de convivência, casas de acolhida etc.), com definição das unidades de saúde que serão referência para o atendimento, estabelecendo um fluxo claro entre elas e as instituições da rede de proteção social.</p>	<p>Realização de mapeamento das instituições que configuram a rede de atendimento ao portador de TB em situação de rua</p>	<p>Definição das unidades de saúde que são referência para o atendimento da população em situação de rua portadora de TB, com estabelecimento de fluxo claro entre estas e as instituições da rede de proteção social.</p>
<p>A intersetorialidade é pré-requisito básico para conseguir melhores resultados no atendimento à PSR, sem a qual várias ações não podem ser desenvolvidas. Dessa forma, deve-se envolver o maior número possível de atores sociais e de instituições governamentais e não governamentais, em todas as fases do atendimento – detecção, diagnóstico e tratamento da TB. Todas as UBS com PSR em sua área de abrangência devem buscar parcerias e/ou instituições que tenham vínculos com o paciente.</p>	<p>Desenvolvimento de ações intersetoriais no atendimento ao portador de TB em situação de rua (envolvimento de atores sociais e de instituições governamentais e não governamentais)</p>	<p>São realizadas por meio de comunicação ativa entre a unidade de saúde, as organizações e os portadores de TB. As instituições governamentais e não governamentais que acolhem e atendem a essa população se envolvem na identificação dos casos e acompanhamento do tratamento.</p>
<p>Deve-se estabelecer rotinas para a identificação dos indivíduos com tosse tanto pelos equipamentos da rede de proteção social, quanto pelas unidades de saúde. A busca ativa de casos deve ser feita em toda a rede de atendimento mapeada e parceira.</p>	<p>Identificação de SR em situação de rua no território</p>	<p>São estabelecidas rotinas para a identificação dos indivíduos com tosse tanto pelos equipamentos da rede de proteção social quanto pelas unidades de saúde.</p>

<p>Todos que apresentam tosse, independentemente do tempo informado, devem ser examinados.</p>	<p>Critério para identificação e exame dos SR em situação de rua</p>	<p>Todos os que apresentam tosse, independentemente do tempo.</p>
<p>É importante oferecer a possibilidade de coleta do material na própria instituição (no momento da entrevista) ou na unidade de saúde (no momento da consulta), respeitando-se os procedimentos de biossegurança.</p>	<p>Coleta de material de SR em situação de rua</p>	<p>A coleta do material é realizada na própria instituição, no momento da consulta.</p>
<p>Sempre que possível e necessário, deve-se solicitar e/ou realizar no primeiro contato baciloscopia, cultura, teste de sensibilidade e RX de tórax, buscando otimizar o encontro.</p>	<p>Exames realizados/solicitados no primeiro contato com SR em situação de rua</p>	<p>No primeiro contato é realizada coleta de material para baciloscopia e solicitado cultura, teste de sensibilidade e raios-x de tórax.</p>
<p>O tratamento diretamente observado (TDO) deve ser oferecido a todos aqueles que tiverem o diagnóstico de TB, o que poderá ocorrer por meio dos ACS. As instituições governamentais e não governamentais que acolhem e atendem a essa população devem ser convidadas a se envolver no acompanhamento do tratamento. Elas devem incentivar, monitorar, conversar com o doente sobre a necessidade de tomar os medicamentos regularmente e cuidar para que compareçam às consultas e façam os exames. É necessário criatividade para encontrar parcerias na realização do TDO. Seja por funcionário de abrigo ou profissional de algum serviço frequentado pelo usuário, seja por profissional da equipe, é importante que o tratamento seja sempre supervisionado.</p>	<p>Realização do tratamento da TB da pessoa em situação de rua</p>	<p>O tratamento diretamente observado é oferecido a todos os usuários com diagnóstico de TB, com a participação de instituições governamentais e não governamentais.</p>
<p>As equipes de atenção básica/Consultório na Rua devem buscar acompanhar os pacientes nos locais onde vivem.</p>	<p>Acompanhamento dos casos de TB pela equipe da UBS / Equipe de consultório na rua</p>	<p>As equipes da UBS e do consultório na rua acompanham os casos de TB em situação de vulnerabilidade nos locais onde vivem.</p>

<p>Deve-se buscar, junto aos hospitais, principalmente os de referência para o tratamento da TB, oferecer a possibilidade de internação por vulnerabilidade social no início ou em todo o período de duração do tratamento, caso necessário, e com consentimento do paciente. No caso dos indivíduos que não se encontram internos ou que se recusam a permanecer nos abrigos e albergues, deve-se encaminhar para a internação por vulnerabilidade social, pelo menos pelo período de dois meses. A partir daí, deverão ser encaminhados a uma instituição de abrigamento. Alternativa interessante para esses indivíduos são as chamadas casas de apoio, ou casas de acolhida ou de cuidado, em que os doentes permanecem durante o período de seu tratamento e/ou do restabelecimento de sua saúde.</p>	<p>A internação por vulnerabilidade social para os casos de TB</p>	<p>A equipe busca alternativa de abrigamento/internação por vulnerabilidade social para os usuários com diagnóstico de TB que não tenham moradia, avaliando a possibilidade de permanência por pelo menos seis meses de tratamento.</p>
<p>No prontuário, algumas especificidades devem ser abarcadas. A unidade de saúde deve registrar todos os locais frequentados pelo usuário, durante o dia e/ou noite, pois esses dados são importantes para a localização e acompanhamento dos doentes.</p>	<p>O registro da informação no prontuário do portador de TB em situação de rua</p>	<p>Além das informações gerais, a equipe registra no prontuário informações específicas da população em situação de rua, como todos os locais frequentados pelo usuário, durante o dia e/ou noite, com classificação de risco do doente.</p>
<p>O manual busca instrumentalizar os profissionais de saúde da atenção básica, na perspectiva da promoção do cuidado à PSR no cotidiano da sua prática profissional, para a ampliação e construção de novas formas de atuação frente aos problemas de saúde dessa população.</p>	<p>Manuais sobre o cuidado à saúde para a população em situação de rua</p>	<p>Utilizados frequentemente e integrados à prática cotidiana na atenção à população em situação de rua.</p>
<p>As ECR deverão realizar as atividades de forma itinerante e, quando necessário, utilizar as instalações das UBS do território adscrito ao qual se fez abordagem, desenvolvendo ações em parceria com as equipes das unidades para encaminhamento e acompanhamento das demandas de saúde do usuário.</p>	<p>A equipe de consultório na rua</p>	<p>Dá suporte e acompanha a programação da UBS em relação à população em situação de rua.</p>

<p>As ECR, além de atender à demanda da PSR, devem prestar apoio matricial às demais equipes. Devem organizar seu processo de trabalho prevendo momentos de reuniões de equipe e intequipes, realizar planejamentos, discussão de casos, elaboração e acompanhamento de projetos terapêuticos singulares, fundamentais para a atenção integral à saúde, a resolutividade das ações e a gestão do cuidado.</p>	<p>Matriciamento/parceria das equipes de consultório na rua às equipes da APS para o controle da TB na população em situação de rua</p>	<p>Existe, dá suporte e acompanha a programação da UBS em relação ao controle da TB, avaliando o desempenho das equipes.</p>
<p>Para o adequado controle da TB, deve-se sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde além dos conteúdos programáticos, priorizando aqueles relacionados às especificidades da PSR.</p>	<p>Capacitação dos profissionais sobre TB na população em situação de rua</p>	<p>É realizada com métodos educacionais que promovam efetiva incorporação de ações de controle da TB à prática diária da UBS.</p>
<p>Nos abrigos, albergues e/ou casas de acolhida, os profissionais devem receber sensibilização e capacitação em TB.</p>	<p>Sensibilização e capacitação dos profissionais de abrigos, albergues e/ou casas de acolhida sobre TB na população em situação de rua</p>	<p>É realizada com métodos educacionais que promovam efetiva incorporação de ações de controle da TB à prática diária da UBS.</p>

APÊNDICE C

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOBRE A ASSISTÊNCIA À TUBERCULOSE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- Responder as questões abaixo (marcar apenas uma alternativa por variável) considerando a experiência profissional no atendimento dos casos e realização das atividades no serviço. Caso não tenha realizado/participado do tipo de atendimento e atividades demandada, responder como deveria proceder considerando o conhecimento acumulado, o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço.

Variável	Resposta
Conceito de população em situação de rua	Desconhece
	Pessoas que utilizam os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia
	Pessoas que, por algum motivo, utilizam os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória
	Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional regular e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente
	Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional regular e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória
Identificação e avaliação da população em situação de rua no território	Desconhece
	Não realiza identificação e avaliação
	Realiza apenas identificação para cadastramento (adscrição)
	Realiza identificação e avaliação apenas quando demandado
	São estabelecidas rotinas para a identificação e avaliação

O registro da população em situação de rua no território		Desconhece
		Há conhecimento da população em situação de rua, mas não o registro
		O registro é realizado apenas no prontuário e de forma não padronizada
		O registro é realizado apenas no prontuário e de forma padronizada
		O registro é realizado de forma padronizada em fichas e prontuário, com dados de identificação, dados clínicos, resultados de exames
Desenvolvimento de algum tipo de ação específica para a população em situação de rua no território		Desconhece
		Não é realizada ou apoiada
		É realizada por meio de encaminhamento a centros especializados
		Limitam-se à realização de educação em saúde e encaminhamento a centros especializados
		Faz parte da rotina da equipe e utiliza tecnologias para a intervenção e prevenção do problema, com encaminhamento a centros especializados quando necessário
Organização do serviço para atendimento ao SR ou portador de TB em situação de rua		Desconhece
		Não é realizada
		É realizada por meio de encaminhamento a centros especializados
		Limita-se à realização de educação em saúde e encaminhamento a centros especializados
		Faz parte da rotina da equipe e utiliza tecnologias para a intervenção e prevenção do problema, com encaminhamento a centros especializados quando necessário
Realização de mapeamento das instituições que configuram a rede de atendimento ao portador de TB em situação de rua		Desconhece
		Não é realizada
		Definição limitada das unidades de saúde que são referência para o atendimento da população em situação de rua portadora de TB, com referenciamento/encaminhamento tradicional e sem contra referência
		Definição das unidades de saúde que são referência para o atendimento da população em situação de rua portadora de TB, com referenciamento/encaminhamento tradicional e sem contra referência
		Definição das unidades de saúde que são referência para o atendimento da população em situação de rua portadora de TB, com estabelecimento fluxo claro entre estas e as instituições da rede de proteção social

Desenvolvimento de ações intersetoriais no atendimento ao portador de TB em situação de rua (envolvimento de atores sociais e de instituições governamentais e não governamentais)	Desconhece
	Não são realizadas
	São limitadas a uma lista dos recursos/serviços oferecidos pelas organizações disponíveis
	São realizadas por meio de comunicação entre a unidade de saúde, as organizações e os portadores de TB. No entanto, as instituições governamentais e não governamentais que acolhem e atendem a essa população se envolvem na identificação dos casos, mas não no acompanhamento do tratamento
	São realizadas por meio de comunicação ativa entre a unidade de saúde, as organizações e os portadores de TB. As instituições governamentais e não governamentais que acolhem e atendem a essa população se envolvem na identificação dos casos e acompanhamento do tratamento
Identificação de SR em situação de rua no território	Desconhece
	Não realiza identificação de SR
	Realiza identificação de SR apenas quando demandado
	São estabelecidas rotinas para a identificação dos indivíduos com tosse apenas pelas unidades de saúde
	São estabelecidas rotinas para a identificação dos indivíduos com tosse tanto pelos equipamentos da rede de proteção social quanto pelas unidades de saúde
Critério para identificação e exame dos SR em situação de rua	Desconhece
	Não realiza identificação de SR
	Todos os que apresentam tosse por tempo igual ou superior a três semanas
	Todos os que apresentam tosse por tempo igual ou superior a duas semanas
	Todos os que apresentam tosse, independentemente do tempo
Coleta de material de SR em situação de rua	Desconhece
	Não realiza identificação de SR
	Realiza identificação de SR, com encaminhamento para a unidade de referência para a coleta de material
	A coleta do material é realizada na própria unidade de saúde, com agendamento pós consulta inicial
	A coleta do material é realizada na própria instituição, no momento da consulta

Exames realizados/solicitados no primeiro contato com SR em situação de rua		Desconhece
		Não realiza identificação de SR
		Realiza identificação de SR, com encaminhamento inicial à unidade de referência para a coleta de material para baciloscopia. Os demais exames são solicitados posteriormente, caso necessário
		No primeiro contato é realizada a coleta de material para baciloscopia. Os demais exames são solicitados posteriormente, caso necessário
		No primeiro contato é realizada coleta de material para baciloscopia e solicitado cultura, teste de sensibilidade e raios-x de tórax
Realização do tratamento da TB da pessoa em situação de rua		Desconhece
		O tratamento é realizado apenas na unidade de referência
		O tratamento é realizado pela APS via dispensação dos medicamentos
		O tratamento diretamente observado é oferecido a todos usuários com diagnóstico de TB, porém acompanhado apenas pelos profissionais da UBS
		O tratamento diretamente observado é oferecido a todos os usuários com diagnóstico de TB, com a participação de instituições governamentais e não governamentais
Acompanhamento dos casos de TB pela equipe da UBS/Consultório na Rua		Desconhece
		Apenas a equipe de consultório na rua acompanha os casos de TB em situação de vulnerabilidade
		Apenas a equipe da UBS acompanha os casos de TB em situação de vulnerabilidade
		As equipes da UBS e do consultório na rua acompanham os casos de TB em situação de vulnerabilidade, porém agendando consultas apenas na UBS
		As equipes da UBS e do consultório na rua acompanham os casos de TB em situação de vulnerabilidade nos locais onde vivem

A internação por vulnerabilidade social para os casos de TB	Desconhece
	Não há possibilidade de abrigamento/internação por vulnerabilidade social para usuários com diagnóstico de TB em situação de rua
	Há possibilidade de abrigamento/internação por vulnerabilidade social apenas para usuários com diagnóstico de TB em situação de rua com história de abandono ou resistentes ao tratamento
	A equipe busca alternativa de abrigamento/internação por vulnerabilidade social para os usuários com diagnóstico de TB que não tenham moradia, porém o tempo de permanência é inferior aos seis meses de tratamento
	A equipe busca alternativa de abrigamento/internação por vulnerabilidade social para os usuários com diagnóstico de TB que não tenham moradia, avaliando a possibilidade de permanência por pelo menos seis meses de tratamento
O registro da informação no prontuário do portador de TB em situação de rua	Desconhece
	Não há prontuário para a pessoa em situação de rua
	Registro do diagnóstico e medicamentos prescritos
	Registro do diagnóstico e medicamentos prescritos incluindo avaliação do estado dos portadores de TB para cuidar da sua própria saúde, porém não há registro específico, considerando as peculiaridades dessa população
	Além das informações gerais, a equipe registra no prontuário informações específicas da população em situação de rua, como todos os locais frequentados pelo usuário, durante o dia e/ou noite, com classificação de risco do doente
Manuais sobre o cuidado à saúde para a população em situação de rua	Desconhece
	Não estão disponíveis
	Estão disponíveis, mas não são utilizados na atenção à população em situação de rua
	Utilização limitada aos momentos de capacitação dos profissionais de saúde
	Utilizados frequentemente e integrados à prática cotidiana na atenção à população em situação de rua
A equipe do consultório na rua	Desconhece
	Não existe
	Existe, mas não tem poder de decisão/interação com a equipe
	Atua apenas na capacitação da equipe ou quando é demandada
	Dá suporte e acompanha a programação da UBS em relação à população em situação de rua

Matriciamento/parceria das equipes do consultório na rua às equipes da APS para o controle da TB na população em situação de rua	Desconhece
	Não é realizado
	Existe, mas não tem relação com os problemas demandados pela equipe
	Existe, dá suporte e acompanha a programação da UBS com relação ao controle da TB na população em situação de rua
	Existe, dá suporte e acompanha a programação da UBS em relação ao controle da TB, avaliando o desempenho das equipes
Capacitação dos profissionais sobre TB em população em situação de rua	Desconhece
	Não é realizada
	É realizada com métodos tradicionais de educação (aulas, seminários), incluindo PARTE da equipe de profissionais
	É realizada com métodos tradicionais de educação (aulas, seminários), incluindo TODA a equipe de profissionais
	É realizada com métodos educacionais que promovam efetiva incorporação de ações de controle da TB à prática diária da UBS
Sensibilização e capacitação dos profissionais de abrigos, albergues e/ou casas de acolhida sobre TB na população em situação de rua	Desconhece/Não se aplica
	Não é realizada
	É realizada com métodos tradicionais de educação (aulas, seminários), incluindo PARTE da equipe de profissionais
	É realizada com métodos tradicionais de educação (aulas, seminários), incluindo TODA a equipe de profissionais
	É realizada com métodos educacionais que promovam efetiva incorporação de ações de controle da TB à prática diária da UBS

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE

Prezado(a) Senhor(a)

Eu, Rodrigo Pinheiro Fernandes de Queiroga, aluno da Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, estou desenvolvendo uma pesquisa com o título “Análise dos pontos de estrangulamento no controle da tuberculose em populações em situação de rua nos municípios de João Pessoa e Campina Grande – PB”, coordenada pela professora Dr.^a Lenilde Duarte de Sá, pesquisadora no Centro de Ciências da Saúde – CCS da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, e contando com a colaboração de profissionais da Secretaria de Saúde de João Pessoa, alunos da UFPB, alunos e professores da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG e aluno da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

Tem-se como objetivo primário: Analisar os pontos de estrangulamento para o controle da tuberculose em populações em situação de rua. Como objetivos secundários: Investigar estilo e condições de vida de pessoas em situação de rua, relacionados à vulnerabilidade à TB; Identificar sintomáticos respiratórios e doentes de TB, na condição de moradores de rua, nas cidades de João Pessoa e Campina Grande - PB; Identificar as necessidades demandadas por sintomáticos respiratórios e doentes de TB, na condição de moradores de rua, nas cidades de João Pessoa e Campina Grande - PB; Analisar a integração de ações e serviços para a assistência aos moradores de rua doentes ou sintomáticos de TB nas redes de atenção à saúde dos municípios de João Pessoa e Campina Grande – PB; e Analisar os constituintes do discurso dos profissionais de saúde e doentes de TB sobre a relação dada entre a perspectiva da continuidade da assistência à pessoa em situação de rua e os pontos de estrangulamento na rede de cuidados dos municípios de João Pessoa e Campina Grande - PB.

Desta forma, o presente estudo justifica-se pela necessidade de produzir conhecimentos teóricos e operacionais acerca dos pontos de estrangulamento da atenção que comprometem a integração de ações e serviços de saúde, de modo a possibilitar estratégias de intervenção que subsidiem o adequado manejo clínico do morador de rua doente de TB no contexto do SUS, contribuindo assim, para o incremento na qualidade da assistência prestada ao indivíduo, família e comunidade. Espera-se que, investigar os modos de vida e como ocorre a prestação da assistência ao morador de rua doente de TB possibilite repensar a capacidade dos serviços do SUS, a começar pela APS, em atender as reais necessidades dessa população e o planejamento de políticas de controle da doença nas realidades estudadas.

Convidamos o(a) senhor(a) a participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas sobre dados relacionados ao seu conhecimento e/ou trabalho com pessoas em situação de rua e com a tuberculose.

Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do(a) senhor(a) será mantido em sigilo. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade, o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa e o direito de desistir da mesma. Não será efetuada nenhuma forma de gratificação pela sua participação. Informamos ainda que o referido estudo poderá apresentar o risco de constrangimento de falar da temática, porém, os benefícios superarão esse risco. A participação do(a) senhor(a) na pesquisa é voluntária e, portanto, não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pelo(a) pesquisador(a). Caso decida não participar da pesquisa ou resolver a qualquer

momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo. A pesquisadora responsável e seus colaboradores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa¹.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do(a) senhor(a) na realização desta pesquisa.

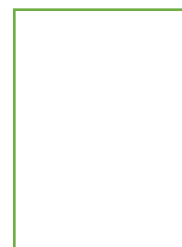
Eu, _____, declaro que entendi o(s) objetivo(s), a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma.

Declaro também que o(a) pesquisador(a) me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CCS – UFPB². Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a(s) página(s) anterior(es) e assinada a última por mim e pelo(a) pesquisador(a), em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Campina Grande, ____/____/2017.

Rodrigo Pinheiro Fernandes de Queiroga
Pesquisador participante

Participante da Pesquisa/Testemunha

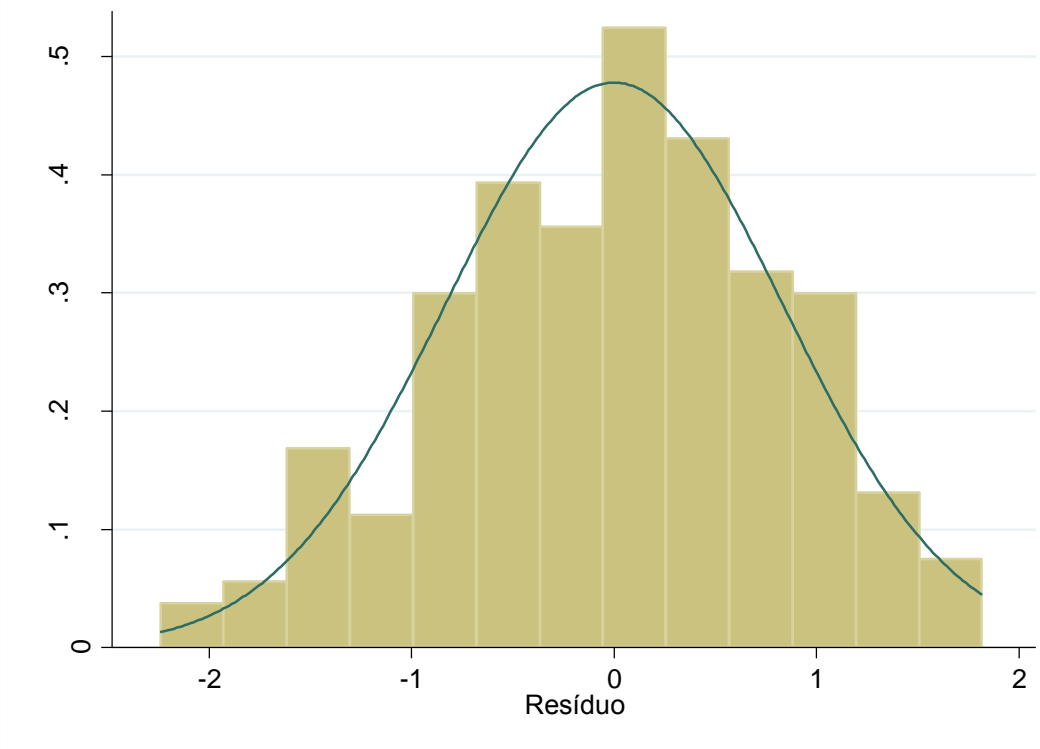


¹Endereço residencial da pesquisadora responsável: Rua da Falésia, n. 1260, Condomínio Village Atlântico Sul, Ponta de Seixas, João Pessoa – PB, CEP: 58045-550, E-mail: sa.lenilde@gmail.com, Telefones: (83) 3216-7559; 98714-8419.

²Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Bloco Arnaldo Tavares, sala 812, CCS – Cidade Universitária. Email: eticaccsufpb@hotmail.com

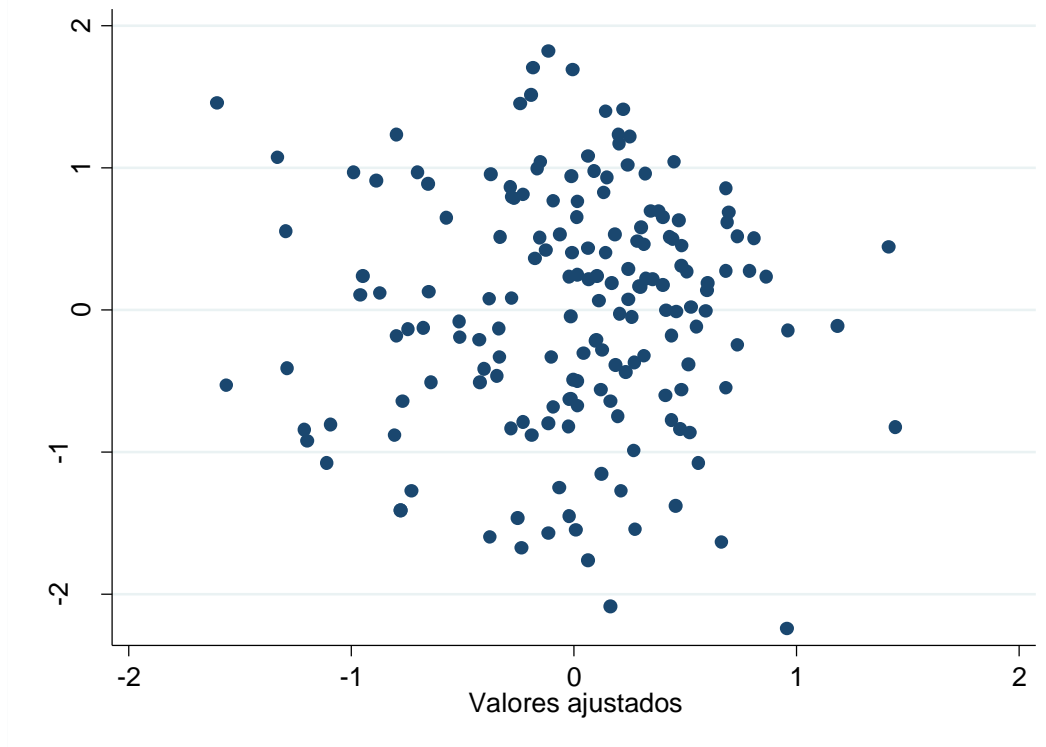
APÊNDICE E

Histograma dos resíduos: regressão linear multivariada.



APÊNDICE F

Resíduos versus valores ajustados: regressão linear multivariada.



ANEXO 1 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 8ª Reunião realizada no dia 20/08/2013, o Projeto de pesquisa intitulado: **“ANÁLISE DOS PONTOS DE ESTRANGULAMENTO NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE RUA NOS MUNICÍPIOS DE JOÃO PESSOA E CAMPINA GRANDE - PB”**, da pesquisadora Lenilde Duarte de Sá. Prot. Nº 0478/13. CAAE: 20446513.0.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB

ATA DE NÚMERO 118 (CENTO E DEZOITO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELO CANDIDATO RODRIGO PINHEIRO FERNANDES DE QUEIROGA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTOR EM ENFERMAGEM.

Aos 12 (doze) dias do mês de dezembro de dois mil e dezoito, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da tese "*AÇÕES PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: FATORES ASSOCIADOS E DESEMPENHO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE*", do aluno **Rodrigo Pinheiro Fernandes de Queiroga**, candidato ao título de "Doutor em Enfermagem", linha de pesquisa "Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira (orientadora), Mery Natali Silva Abreu, Tarcísio Laerte Gontijo, Mariangela Leal Cherchiglia e Paula Hino, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADA;**
 APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Patrícia Prata Salgado, Servidora do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 12 de dezembro de 2018

Prof^ª. Dr^ª Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

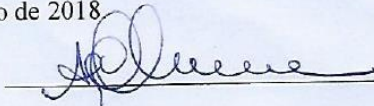
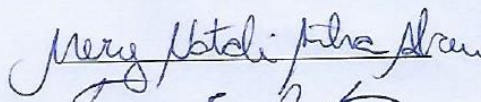
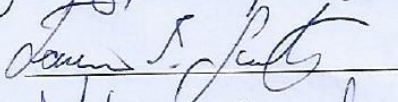
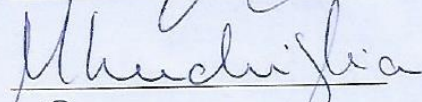
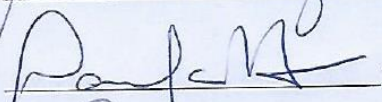
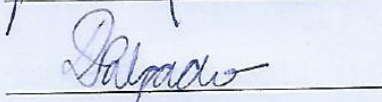
Prof^ª. Dr^ª. Mery Natali Silva Abreu
(Esc.Enf/UFMG)

Prof. Dr. Tarcísio Laerte Gontijo
(UFSJ)

Prof^ª. Dr^ª. Mariangela Leal Cherchiglia
(Fac. Medicina/UFMG)

Prof^ª. Dr^ª. Paula Hino
(UNIFESP)

Patrícia Prata Salgado
Servidora do Colegiado de Pós-Graduação

MODIFICAÇÃO DE TESE

Modificações exigidas na Tese de Doutorado do Senhor **RODRIGO PINHEIRO FERNANDES DE QUEIROGA**.

As modificações foram as seguintes:

NOMES

Prof.^a. Dr.^a Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira
Prof.^a. Dr.^a. Mery Natali Silva Abreu
Prof. Dr. Tarcísio Laerte Gontijo
Prof. Dr.^a. Mariangela Leal Cherchiglia
Prof.^a. Dr.^a. Paula Hino

ASSINATURAS

