



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

ELISÂNGELA MASCARENHAS DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO E DO DESEMPENHO DOS
SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTROLE DA
TUBERCULOSE EM FEIRA DE SANTANA-BA, 2007**

FEIRA DE SANTANA – BA

2009

ELISÂNGELA MASCARENHAS DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO E DO DESEMPENHO DOS
SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTROLE DA
TUBERCULOSE EM FEIRA DE SANTANA-BA, 2007**

Dissertação apresentada à banca examinadora para defesa como requisito final de avaliação do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Marluce Maria Araújo Assis

**FEIRA DE SANTANA – BA
2009**

Ficha Catalográfica
Elaborada por: Deivisson Lopes Pimentel
Bibliotecário CRB 5/1562

S586a Silva, Elisângela Mascarenhas da
Avaliação da organização e do desempenho dos serviços de atenção primária no controle da tuberculose em Feira de Santana-BA, 2007. / Elisângela Mascarenhas da Silva. – Feira de Santana, 2009.
118f.

Orientadora: Prof^ª: Dra. Marluce Maria Araújo Assis

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, 2009

1. Tuberculose 2. Sistema de Saúde 3. Serviços básicos de saúde 4. Atenção primária à saúde I. Universidade Estadual de Feira de Santana II. Título.

CDU: 614:616-002.5(814.22)

ELISÂNGELA MASCARENHAS DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO E DO DESEMPENHO DOS
SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTROLE DA
TUBERCULOSE EM FEIRA DE SANTANA-BA, 2007**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada por:

Prof^a. Dr^a. Marluce Maria Araujo Assis
Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof^a. Dr^a. Maria Salete Bêssa Jorge
Universidade Estadual do Ceará

Prof^a. Dr^a. Maria José Bistafa Pereira
Universidade de São Paulo

DEDICATÓRIA

Dedico esse fruto ao nosso Pai Celestial, mestre de todos os mestres,
a minha perseverança de eterno crescimento e aprendizado,
herdado da minha família, fonte do saber maior,
a minha orientadora sempre presente e incentivadora
e a minha amável filha – **Ana Clara**.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é uma das tarefas mais gratificantes e prazerosas do ser humano. É o momento de pontuarmos a valorização de uma vivência, ou até mesmo de uma ação. Dito isto, espero contemplar todos que direta ou indiretamente contribuíram para mais uma das minhas realizações.

Primeiramente, louvo ao nosso infalível Criador, que é a verdadeira fonte da luz e o princípio supremo da sabedoria. Quão grande és Tu!

A minha família, meus pais, **Edelvito e Angélica**, aos meus irmãos, **Antônio Edson, Flávia e Débora**, importante alicerce para a minha vida e incentivadores de cada conquista e ao meu sobrinho fofo, **Igor Mascarenhas Souza**, que me lembrou muitas vezes que permanecemos criança.

A minha mentora intelectual, minha querida orientadora, **Prof^a. Dr^a. Marluce Maria Araujo Assis**, presente e incentivadora desde a concepção da idéia de participação da seleção do Mestrado. Meu enorme agradecimento a este exemplo de mestre. Seu companheirismo pessoal e intelectual foi imprescindível!

Ao **Núcleo de Pesquisas Integradas de Saúde Coletiva (NUPISC)**, meu muito obrigada pela recepção dos pesquisadores, especialmente **Prof^a. Dr^a. Maria Angela Alves Nascimento, Prof^a. Erenilde Marques Cerqueira**, bolsistas e voluntários, sempre dispostos a colaborar.

A **Prof^a. Dr^a. Tereza Cristina Scatena Villa (Tite)**, coordenadora geral do Projeto Multicêntrico, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, serei sempre grata por suas orientações e seu exemplo de pesquisadora. A sua simplicidade e determinação foram lições jamais esquecidas.

A toda a equipe da Prof^a Tite, secretárias, mestres, mestrandos, doutores e doutorandos, pela acolhida e aprendizado incomensurável, especialmente com quem tive a oportunidade de conviver alguns dias: **Rubia Laine de Paula Andrade, Lívia Módolo Martins, Maria Eugênia Firmino Brunello, Elisangela Gisele de Assis, Flávio de Felício, Maria Amélia Zanon Ponce, Prof^a. Tânia Ribeiro, Mayra Fernanda de Oliveira, Laís Mara C. da Silva, Sônia A. da Cruz Oliveira, Aline Ale Beraldo e Prof^o. Pedro Palha**.

Ao **Prof^o. Dr. Antonio Ruffino-Neto (USP)**, presente em minha parceria com a TB desde a monografia de conclusão da graduação. Foi um imenso prazer compartilharmos algumas idéias pessoalmente, sua pessoa é muito especial.

A **Prof^a. Lúcia Marina Scatena (USP)**, pela paciência das aulas de bioestatística e pelo acompanhamento contínuo. Sem as suas orientações não chegaríamos até aqui.

Ao **Prof^o. André Renê Barboni**, pela disposição de colaboração e pela partilha de conhecimentos estatísticos.

A **Prof^a. Yaná Freitas**, pela colaboração singular de sua experiência no Programa de Controle de Tuberculose do município de Feira de Santana, um obrigada especial em nome de toda equipe que integra o projeto multicêntrico.

A **Prof^a. Dr^a. Maria Salete Bêssa Jorge**, por ter depositado confiança em minha idéia desde a qualificação, colocando-se sempre a disposição para ajudar.

A **Prof^a. Dr^a. Maria José Bistafa Pereira**, por sua orientação ao final da conclusão do trabalho.

A minha cunhada **Manele Alexandre**, o que seria de mim sem ti, nas horas mais agoniadas de confronto com o meu lindo computador (rsrs).

Aos amigos que compartilham a jornada do cotidiano, carrego um pedacinho de cada um de vocês em meu coração.

A todos os colegas do mestrado, foi muito prazeroso vivenciarmos novos conhecimentos e sentimentos, para além das aulas e reuniões de trabalho. Em meio a tantas tarefas, conseguimos deixar um pouco de nós em cada um.

Ao colega **Jefferson Cardoso**, pela paciência e partilha dos conhecimentos. Você foi muito importante para que tudo ficasse bem arrumadinho.

Não poderia jamais findar meus agradecimentos sem lembrar de cada portador de TB que com sua doença e fragilidade contribuiu para que essa pesquisa acontecesse, sendo este o caminho para que avanços necessários se concretizem na atenção ao portador de TB. Esses agradecimentos também se estendem aos colegas que atuam na rede de serviços de Feira de Santana que colaboraram para a realização deste estudo.

Por fim, com a convicção de que não cabe findar e sim, iniciar mais uma etapa (doutorado), queria louvar a Deus mais uma vez pela dádiva que colocou em meu caminho desde o ventre, eu ainda nas salas de aula cumprindo atividades obrigatórias do curso e agora na reta final, abrilhantando minhas agonias de conclusão do trabalho com seu sorriso esplendoroso, revitalizando meu viver.

Ana Clara Mascarenhas Bastos, minha **Clarinha**, é por você que mamãe batalhará sempre pelo amor, pela humanidade, pela justiça e pelo saber. És fonte de muita luz! Obrigada filha, te amo muito!!!

**“É fundamental diminuir a distância
entre o que se diz e o que se faz,
de tal maneira que,
num dado momento a tua fala
seja a tua prática.”**

Paulo Freire

RESUMO

Avaliação da organização e do desempenho dos serviços de atenção primária no controle da tuberculose em Feira de Santana-BA, 2007

A Tuberculose (TB), doença potencialmente curável e prevenível, ainda se configura em grande problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, atingindo o estado de calamidade negligenciada. O presente estudo objetivou avaliar as dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de APS, relacionadas ao elenco de serviços e coordenação, no controle da TB em Feira de Santana-BA. Trata-se de um estudo epidemiológico com modelo de inquérito de avaliação de serviço. Participaram do estudo dois grupos: 100 doentes e 14 profissionais, ambos com amostras intencionais. Para o tratamento dos dados, criou-se um banco de dados no Software Statistica 6.1 que incluiu análise de frequência e teste χ^2 de associação entre os itens do questionário. O nível de significância foi de 5%. Os resultados da análise de frequência mostraram que para 98% dos doentes nunca foi ofertado o Tratamento Supervisionado (TS); para 50% dos doentes nunca foi ofertado o exame de HIV; 52% nunca receberam visita domiciliar (VD) durante o tratamento da TB. Alguns itens do questionário apresentaram maior associação estatística: doentes que sempre receberam cesta básica são mais frequentes entre os que sempre receberam vale transporte (91,30%) e menos frequentes em doentes que nunca receberam vale transporte (25,97%). O estudo mostrou que as ações de controle da TB no município ainda encontram-se centralizadas em um ambulatório de referência, com um ineficiente sistema de referência e contra-referência. Na maioria das variáveis, os dados revelaram divergências na perspectiva do doente em relação ao profissional, demonstrando a fragilidade da atenção do Programa de Controle da Tuberculose, cujas diretrizes estão bem definidas e com as melhores avaliações sendo realizadas pelos profissionais e as piores pelos doentes. Sendo assim, urge a necessidade de integração das ações de controle da TB, inseridas num sistema organizado em seus diversos níveis de atenção com a interação dos diversos atores envolvidos. Os doentes de TB no município não contam com uma rede de serviços descentralizada, pois as ações são realizadas na unidade de referência. O Tratamento Supervisionado não é ofertado. Observa-se que somente as atividades básicas do programa, como as consultas mensais, são garantidas. Ressalta-se a necessidade de medidas efetivas de implementação das ações de controle com o envolvimento de todos os segmentos (gestores, trabalhadores de saúde e usuários do sistema).

PALAVRAS-CHAVE: Programa. Tuberculose. Sistema de Saúde. Serviços Básicos de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Coordenação.

ABSTRACT

Evaluation of the organization and performance of the services in primary care in the control of tuberculosis in Feira de Santana- BA, 2007

Abstract

Tuberculosis (TB), a potentially curable and preventable disease, still represents a large problem in public health in developing countries, reaching the state of neglected calamity. The present study had as goal to evaluate the organization and performance of the services in primary care, related to range of services and coordination, in the control of tuberculosis in the municipality of Feira de Santana. By means of an epidemiological study with the model of inquiry of service evaluation. 2 groups participated in this study: 100 patients and 14 professionals, both with deliberate samples. For the handling of the data a data bank was created in the software Statistica 6.1 that includes frequency of analysis and test X² of association among the items of the questionnaire. The level of significance was of 5 %. The results of the frequency analysis showed that for 98 % of the patients the supervised treatment had never been offered; for 50 % of the patients the HIV test had never been offered; 52 % had never received a house call during tuberculosis treatment. The items of the questionnaire that show major statistical association were: patients that always received basic food allowance are more frequent among those that always received transportation voucher (91.30%) and less frequent in patients that never received a transportation voucher (25.97%). The study showed that the tuberculosis control actions in the municipality are still centralized in an ambulatory care clinic of reference with an insufficient system of reference and counter reference. In the majority of the variables, the data reveal divergences in the patient's perspective regarding the professional, demonstrating the fragility of the care in the tuberculosis control program, whose policies are well defined and with the best evaluations being performed by the professionals and the worst ones by the patients. Thus, the necessity of integration of the actions in the control of tuberculosis, inserted in a system organized in its various levels of care with the interaction of different actors involved.

The patients of Tuberculosis in the municipality do not count on a decentralized network of services. The actions of the control of the disease are done at the unit of reference. The supervised treatment is not offered. It can be noted that only the basic activities of the program, such as the monthly consultations, are guaranteed. Emphasized is the necessity of

actual steps to be taken for the implementation of control actions with the involvement of all the segments (managers, health workers and users of the system).

Key Words: Program. Tuberculosis. Health System. Basic Health Services. Primary Care in Health. Coordination.

SUMÁRIO

1.	Introdução	12
2.	Marco Teórico	17
2.1.	Atenção Primária à Saúde: construção política e estratégica do Programa de Controle da Tuberculose	17
2.2.	A Tuberculose e a construção da integralidade: ações individuais e coletivas	21
3.	Metodologia	24
3.1.	Natureza e tipo de estudo	24
3.2.	Campo Empírico	25
3.2.1.	Local de Estudo	27
3.3.	População e amostra do estudo	32
3.4.	Instrumentos e Técnicas de coleta de dados	33
3.5.	Coleta de dados	34
3.6.	Etapas operacionais do Plano de Análise	35
3.6.1.	Análise preliminar dos dados	35
3.6.2.	Análise de confiabilidade do questionário dos doentes	35
3.6.3.	Análise de associação entre variáveis categóricas do questionário dos doentes	36
3.6.4.	Análise de variância entre doentes e profissionais	37
3.7.	Aspectos Éticos	39
4.	Resultados	40
4.1.	Organização das ações de controle da tuberculose, 2007: um estudo de avaliação	
4.2.	Avaliação do elenco de serviços no Programa de Controle da Tuberculose, 2007	57
5.	Considerações Finais	73
	Referências	75
	ANEXO A – Questionário dos doentes de Tuberculose	80
	ANEXO B – Questionário dos profissionais de saúde	97
	ANEXO C – Questionário dos gestores	105
	ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	115
	ANEXO E – Documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da USP	116

1 INTRODUÇÃO

Desde a Antiguidade até os dias atuais, com sua presença impiedosa e diferentes denominações, a Tuberculose (TB) aflige a humanidade com semelhante importância. Ruffino-Neto (2002) corrobora com tal expressividade esclarecendo que, atualmente, a TB é reconhecida como a calamidade negligenciada e, não somente, como um problema de Saúde Pública, o que tem despertado preocupação nas autoridades de saúde.

De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2006, ocorreram 9,2 milhões de casos novos de TB no mundo, com uma taxa de incidência de 219/100.000 habitantes, sendo que mais de 80% dos casos aconteceram nas regiões da África, do Sudeste Asiático e do Pacífico Oriental. Aproximadamente, 1,66 milhões de pessoas morreram no mesmo período (WHO, 2008).

Ainda segundo a OMS, a TB é um problema prioritário em 22 países em desenvolvimento com as mais altas cargas notificadas no mundo, fazendo parte desta estatística de liderança o Brasil, que atualmente ocupa o 16º lugar, com estimativa de 94 mil casos de TB com incidência de 50/100.000 casos de TB por todas as formas, 31/100.000 por TB pulmonar bacilífera e prevalência de 55/100.000 casos por todas as formas. Mesmo sendo uma doença que tem cura, ainda causa a morte de 5,1% dos casos diagnosticados no Brasil, com um percentual de cura de 77% e a taxa de abandono está em torno de 9% (WHO, 2008).

Reigota e Carandina (2002) considerando a representatividade significativa da subnotificação pontuam que no país pode haver até 130.000 casos por ano. Tal situação está aliada a alguns fatores conforme referem Muniz et al. (2001), Ruffino-Neto (2002), Reigota e Carandina (2002) e Ferreira, Silva e Botelho (2005), como a desigualdade social e o advento da Síndrome da Imuno-deficiência Adquirida (AIDS), além do envelhecimento da população, dos grandes movimentos migratórios, da deterioração dos serviços de saúde e, conseqüentemente, à falência e resistência as drogas.

Na tentativa de reverter o quadro, a OMS em 1993, declarou a situação da TB como emergência mundial estabelecendo novas diretrizes de trabalho, dentre elas, o Directly Observed Treatment Short Course (DOTS), que significa tratamento diretamente observável de curta duração, o qual envolve cinco pilares: compromisso político, detecção de casos por microscopia, tratamento de curta duração e diretamente observado, provisão regular das drogas e sistema eficiente de registro de dados (MUNIZ et al., 2001; RUFFINO-NETTO, 2002; VENDRAMINI et al., 2002).

O DOTS tem trazido grandes avanços no cenário desta doença infecto-contagiosa de distribuição universal. Estudos internacionais e nacionais retratam sua influência na melhoria dos indicadores epidemiológicos através do aumento das taxas de cura e diminuição das taxas de abandono (RUFFINO-NETTO, 2001; CAMPINAS; ALMEIDA, 2004). Países com a taxa de cura abaixo ou igual a 50% estão obtendo taxas entre 80% a 91%, como a Tanzânia, China e Peru, conforme explanam Montero e Skzufka (1999).

De acordo uma análise da situação de saúde feita pelo Ministério da Saúde no ano de 2005, a Bahia é o terceiro Estado com maior incidência de TB no país (9,1%) e o quarto com maiores proporções de casos não encerrados (24,6%) (BRASIL, 2005).

A situação do município de Feira de Santana não difere muito deste cenário, pois foi considerado um dos 329 municípios brasileiros prioritários para TB no Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para a Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose (BRASIL, 2001).

Sendo o objeto deste trabalho a organização e o desempenho dos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) no Controle da TB, nesse sentido, as organizações dos serviços de saúde devem ser compreendidas como campos de intervenções inter-relacionados e justapostos, ainda que produzam conhecimentos e ações diferenciadas nas dimensões individuais e coletivas.

Daí ser possível afirmar que existem diferenciações mais gerais entre as especificidades internas nos micro-espacos institucionais, mesmo que se adotem experimentações similares, copiando idéias experienciadas por outras realidades. O movimento de conformação social define a dinâmica de transformação histórica que é peculiar a cada contexto, por estas ações serem realizadas por sujeitos concretos em cada instituição e território social (ASSIS, 1998).

Além disso, para analisar as estratégias de intervenção no processo de descentralização do Programa de Controle de TB (PCT), é necessário articulá-las a organização da rede de saúde nos diferentes níveis de complexidade, espaços de concretização das ações.

O desafio situa-se no campo da reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), orientado pelos seus princípios, aqui em evidência a integralidade e equidade, constituindo-se em “imagem objetivo” para os sujeitos sociais que atuam no campo da Saúde Coletiva, focalizando as práticas orientadas para a prevenção, controle e cura da TB.

Muitas experiências de intervenção têm sido implementadas nos municípios brasileiros, esses esforços vêm se aglutinando em torno da reorganização da APS, tomando como “porta de entrada” a rede básica de saúde através das Estratégias do Programa de

Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF). A implantação desses programas, embora definidos no nível central – Ministério da Saúde -, vem produzindo algumas experiências exitosas na mudança do modelo de saúde e, em muitos casos, reproduzindo o modelo tradicional de atenção à saúde em novas embalagens, conforme analisam Santos e Assis (2006).

Sendo assim, Starfield (2004) assinala que os serviços de saúde podem ter um papel fundamental na melhoria da saúde, enquanto um determinante direto desta, ainda que existam as perceptíveis iniquidades das condições de vida, e, maiores gastos não implicam necessariamente em melhoria dos serviços. Desta forma, é provável que para obter a efetividade e equidade seja indispensável uma orientação adequada de toda rede assistencial em seus diversos níveis de atenção, não apenas no primário.

O Programa Saúde da Família (PSF), hoje entendido como estratégia orientadora do modelo de atenção à saúde, foi oficialmente implantado no Brasil em 1994, com o intuito de reorientar as práticas de saúde e re-pensar os modelos de atenção à saúde.

Esta estratégia trouxe um pilar para o DOTS enquanto elemento fundamental para concretização do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), na qual foi depositada grande expectativa na melhoria dos indicadores de TB, embora Cavalcante (2007) ressalte a relevância de abordagens mais amplas adicionais a esta estratégia do DOTS, em países em desenvolvimento. Conforme aponta Firmino (2005), no PSF as equipes de saúde possuem um grande potencial de conhecimento e vínculo com a comunidade e que articulado com a Vigilância Epidemiológica do município devem desenvolver atividades efetivas para o controle da TB e minimizar o cenário dos baixos indicadores que persiste, conforme apontado anteriormente.

Nessa perspectiva, há que se considerar a atuação desses sujeitos inseridos no processo de trabalho, que Alves et al. (2000) figuram como corolários desse aumento da morbimortalidade da TB, a deterioração do serviço público de saúde, a fragmentação da provisão das drogas e, especialmente, a falta de pessoal devidamente capacitado para desenvolver as atividades inerentes ao programa que ultrapassa da simples distribuição de medicamentos prescritos.

Ruffino-Netto (2001) levanta a necessidade de transcender na assistência prestada pela equipe multiprofissional, ultrapassando as fronteiras das Unidades de Saúde, permanentemente vinculada à realidade da comunidade, desencadeando, portanto, uma assistência integral de fato. Isto acaba por impor uma reflexão sobre a estrutura e o processo

de serviços de saúde em geral, residindo aí a estreita ou longa distância entre a adesão à terapêutica ou abandono.

Além disso, pesquisas recentes destacam a essencial parcela de contribuição dos atores-chaves nesse processo, uma vez que, essa estratégia exige maior responsabilização no trabalho, a exemplo das notificações, com redefinições de papéis e atribuições, levando a repensar a prática e a reorganização do serviço (MUNIZ et al., 2001; REIGOTA; CARANDINA, 2002; FIRMINO, 2005).

Em consonância com esta perspectiva Hijjar et al. (2007) apontam a necessidade de um novo modelo de atenção com foco no serviço e no paciente, considerando este como um sujeito ativo no seu processo de cura, oferecendo-lhe condições que minimizem o abandono do tratamento e eleve os índices de cura para alcançar a meta preconizada, conforme sinalizou-se anteriormente.

Dentro desta perspectiva há que considerar o conceito de desempenho, pois ainda que haja discordâncias, desempenho, em geral, se refere ao grau de alcance dos objetivos dos serviços e sistemas de saúde. Contudo, Viacava et al. (2004) ressaltam que em uma construção metodológica de avaliação de desempenho é necessário ter clareza sobre os princípios, objetivos e metas dos serviços e sistemas de saúde que se quer avaliar para poder embasar a escolha das dimensões que serão objeto de avaliação.

Diante do exposto, o interesse em estudar esta temática surgiu desde a graduação em Enfermagem, especificamente nos estágios de Saúde Coletiva, a partir da busca por respostas para uma problemática persistente, a TB, que traz consigo meios garantidos de resolução, quando se estudou o perfil da clientela que abandonou o tratamento em Feira de Santana.

A constante atuação profissional nos Departamentos de Vigilância Epidemiológica dos municípios, incluindo-se também nesse contexto da temática, a participação no Projeto Nacional de Tuberculose¹ intitulado “Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho de serviços de atenção básica no controle da Tuberculose em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil”, coordenado pela prof^a. Dr^a. Tereza Cristina Scatena Villa. Além disso, a experiência enquanto técnica do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) foram disparadores para propor algumas respostas à problemática em questão.

¹ O sub-projeto de Feira de Santana é coordenado pela Prof^a. Dr^a. Marluce Maria Araújo Assis, sendo intitulado: “Organização e desempenho dos serviços de atenção básica no Controle da Tuberculose em Feira de Santana-BA”, inserido na Linha de Pesquisa: Políticas, Organização de Sistema, Serviços e Programas de Saúde.

Diante da atual situação, é necessário investimentos na qualificação dos serviços e desempenho da equipe de saúde com ênfase na APS do controle da TB, tendo como dimensões de análise: o elenco de serviços, que implica em estabelecer arranjos que assegurem todo tipo de serviço de atenção à saúde que o usuário necessite, compreendendo o diagnóstico, controle e acompanhamento do tratamento, bem como a educação em saúde; a coordenação, que pressupõe ordenação do atendimento, garantindo sua continuidade independente da quantidade de profissionais envolvidos e do reconhecimento de problemas novos e anteriores, a qual engloba o registro das informações do paciente e a efetividade do sistema de referência e contra-referência; a formação profissional, que requer uma atenção básica enquanto uma área especializada com formação específica, que compreende a resolubilidade dos problemas, a qualidade e a disponibilidade do atendimento pelos profissionais; além da formulação de políticas para o controle da TB municipal, em virtude da sua prioridade na agenda municipal, necessitando assim de avaliar o planejamento, a aplicação dos recursos e a disponibilidade dos incentivos aos doentes.

Sendo assim, o presente estudo traz o seguinte questionamento: Quais são as dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços² de APS, relacionadas ao elenco de serviços e coordenação, para os gestores, trabalhadores de saúde e usuários que atuam no Controle da TB em Feira de Santana-BA?

Para contemplar a indagação, este trabalho tem como objetivo geral:

- Avaliar as dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de APS relacionadas ao elenco de serviços e coordenação, no controle da TB em Feira de Santana-BA.

Os objetivos específicos:

- Caracterizar o elenco de serviços de APS oferecidos dentro do Programa de Controle da Tuberculose;
- Descrever o desempenho das ações relacionadas à coordenação dos serviços de APS no PCT do referido município e suas articulações e encaminhamentos para as unidades referenciadas;
- Discutir como o Programa de Controle da Tuberculose está sendo considerada na agenda municipal de saúde.

² As dimensões organizacionais e de desempenho se constituem nas proposições de Starfield (2004) e complementados por Assis et al (2007), que para o presente trabalho foram recortadas em 4 dimensões: elenco de serviços, coordenação, formação profissional e formulação de políticas.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Atenção Primária à Saúde: construção política e estratégica do Programa de Controle da Tuberculose

Independente da gestão de saúde municipal, discutir a APS é de interesse de todos os gestores, haja vista sua importância enquanto alicerce para o desencadeamento de todas as ações em saúde. Desse modo, vale levantar a definição de APS segundo Starfield (2002, p. 28):

Aquele nível de um sistema de serviço de saúde que funciona como porta de entrada no sistema, atendendo todas as necessidades e problemas de saúde da pessoa (não direcionadas apenas para a enfermidade), ao longo do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra os outros tipos de atenção fornecidos em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária... A atenção primária aborda os problemas mais comuns da comunidade oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação... Ela integra a atenção quando existem múltiplos problemas de saúde... É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

A reorganização da APS ocorre a partir do processo de descentralização da saúde, tendo a transferência das responsabilidades para os municípios como estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde. Os municípios, então, passam a responder pela gestão da atenção básica, com o propósito de privilegiar este nível de atenção como porta de entrada aos serviços de saúde, enfatizando um modelo centrado nas ações preventivas e de promoção à saúde (BODSTEIN, 2002).

Destaca-se que o esforço nacional de implantação da ESF tem possibilitado uma significativa ampliação do acesso aos serviços de atenção básica. Dados de 2005 apontam à existência de mais de 24.000 equipes de PSF, promovendo a expansão do cuidado para mais de 80 milhões de cidadãos brasileiros (OPAS, 2006). Mesmo sendo significativo o processo de implantação e expansão do PSF no Brasil, ainda é nítida a hegemonia do modelo convencional de assistência à saúde (MENDES, 2004).

O modelo convencional é aquele manifestado através da Unidade Básica de Saúde (UBS) que atende à demanda por atenção médica e exercita algumas ações programáticas. Este modelo é alimentado por sua maior coerência com o paradigma flexneriano vigente, fortemente influenciado pelas suas trajetórias passadas. O modelo convencional na APS apresenta uma estrutura central comum, mas admite algumas variantes. A maioria das UBS

não tem uma base populacional, outras apresentam base populacional. O grau de esforço despendido na relação atenção à demanda espontânea/ações programáticas é muito variável em cada contexto específico (MENDES, 2004).

Dentro deste enfoque, Andrade, Barreto e Bezerra (2006) retraduz as diferenças e as dissimilaridades essenciais entre a APS e a atenção médica convencional, tomando como base o trabalho de Starfield (2004), conforme mostra o quadro abaixo.

Quadro 1 Diferenças entre atenção médica convencional e atenção primária à saúde

CONVENCIONAL	ATENÇÃO PRIMÁRIA
ENFOQUE	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
CONTEÚDO	
Tratamento	Promoção da saúde
Atenção por episódio	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
ORGANIZAÇÃO	
Especialistas	Clínicos Gerais
Médicos	Grupos de outros profissionais
Consultório individual	Equipe
RESPONSABILIDADE	
Apenas do setor de saúde	Colaboração intersetorial
Domínio pelo profissional	Participação da comunidade
Recepção passiva	Auto-responsabilidade

Fonte: Starfield, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco-Ministério da Saúde, 2002, p.33.

A partir da análise deste quadro há que se verificar uma tendência, ainda que recente, de se modificar a priorização das ações de saúde, de um enfoque curativo, desintegrado e centrado no papel hegemônico da figura do médico para uma abordagem preventiva e

promocional, integrada com os demais níveis de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais de saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Nas grandes e médias cidades, predomina o trabalho médico realizado por clínicos, gineco-obstetras e pediatras; nas pequenas cidades predomina os médicos generalistas, com ou sem especialização. A maioria não opera com Agente Comunitário de Saúde (ACS), mas já há uma parcela significativa que os utiliza. Não é incomum a operacionalidade de Unidades Básicas de Saúde (UBS) por médicos plantonistas. O resultado da utilização de médicos múltiplos é a falta de vínculo, o reforço da atenção a condições agudas. A hegemonia do modelo convencional de APS exige que se defina uma estratégia nacional que permita lidar com essa realidade de permanência de um sistema dual (MENDES, 2004).

O conceito de Atenção Básica à Saúde (ABS) que se utiliza neste quadro teórico é mais amplo e compatível com as definições de APS encontradas na literatura internacional. Uma vez que Brasil (1999) considera a ABS, como um conjunto de ações de saúde, de caráter individual ou coletivo, desenvolvidas no primeiro nível de atenção dos sistemas de serviços, voltadas para promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação. Esta definição inclui alguns elementos da APS elaborada por Starfield (2002), tais como a porta de entrada e elenco de serviços, contudo, não contempla outras dimensões essenciais, como coordenação, vínculo com o usuário, enfoque familiar e orientação comunitária (OPAS, 2006).

Nesse sentido, a OMS amplia a compreensão do termo APS definindo-a como “todas as ações cuja principal intenção é promover a saúde” (WHO, 2000, p.5), podendo ser utilizado para descrever qualquer unidade de ABS, seja pública, privada ou não governamental (OMS/OPAS/MS, 2006).

Nesse contexto, o PSF assume caráter estratégico para viabilizar a reorganização dos serviços de saúde, seguindo os princípios da APS. O modelo de saúde da família brasileiro está ancorado na ação de uma equipe de saúde da família composta por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis ACS, ofertando serviços básicos a uma população adscrita (MENDES, 2004).

No controle da Tuberculose, embora o Brasil tenha sido o primeiro país a implantar o tratamento de curta duração, de seis meses, no ano de 1980, obtendo um sucesso inicial relativo, recentemente seu percentual de cura da TB não ultrapassa 75% dos casos tratados (BRASIL, 2002).

Ainda com base na explanação de Brasil (2002), o MS em 1999 definiu a TB como prioridade nacional, fixando a meta de diagnosticar pelo menos 90% dos casos esperados e

curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados, expandindo as ações de controle para 100% dos municípios.

Essa expansão se dará no âmbito da APS, pautada na integração das diversas esferas de governo, as quais segundo Brasil (2002, p. 07) deverão agir de modo planejado e articulado para garantir:

estruturação da rede de serviços de saúde para identificação de sintomáticos respiratórios; organização da rede laboratorial para diagnóstico e controle dos casos; garantia de acesso ao tratamento supervisionado e ou alto-administrado dos casos; proteção dos sadios e alimentação e análise das bases de dados para tomada de decisão.

Como uma estratégia de consolidação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) está o avanço dos Programas de Agentes Comunitários (PACS) e do PSF, ambos do MS, em parceria com os governos municipais. Hijjar et al. (2007) acrescentam a importância de expandir o combate à TB a todo e qualquer serviço do SUS visando sua integração com os demais setores, a fim de garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento.

Enquanto uma intervenção terapêutica prioritária para o controle da TB que objetiva aumentar a adesão ao tratamento, o DOTS foi proposto oficialmente no Brasil em 1998 juntamente com o PNCT e trouxe duas inovações significativas, “instituiu, como estratégia, repasses financeiros aos municípios e incentivou a busca de casos e o tratamento através de benefícios” (VILLA et al., 2006, p.36).

O avanço da implantação da estratégia DOTS vem enfrentando dificuldades financeiras, institucionais e administrativas dos sistemas de saúde dos municípios, conforme asseguram Villa et al. (2006) e, portanto, o seu avanço assinala a complexidade de consolidar uma política nacional de saúde em um país imenso, desigual, com um sistema político federativo (LEVCOVITZ et al., 2001).

Antes até de considerar todo esse trajeto do PCT há que se refletir sobre a relação inegável das desigualdades sociais com as condições de saúde da população, uma vez que, os estudos de TB buscam evidenciar os diferenciais existentes entre os grupos sociais, independente de seus propósitos, haja vista a sua considerável influência no processo saúde-doença da TB.

Paim (1997) chama atenção para o fato de que as condições de vida vão além das condições materiais de sobrevivência e do estilo de vida, incluindo não apenas os aspectos relacionados com o poder aquisitivo na esfera individual, mas também as políticas públicas

que buscam garantir o atendimento de necessidades básicas para a sobrevivência, agregando assim a dimensão política a essa categoria.

Relacionado a esta conjuntura há que se empreender esforços para promoção de melhorias sócio-econômicas no Brasil, dispondo de medidas eficazes para o controle da doença ao alcance de todos, trilhando desta forma o caminho da construção da integralidade.

2.2 A Tuberculose e a construção da integralidade: ações individuais e coletivas

O termo integralidade não é instituído na Constituição de 1988, pois ela fala em “atenção integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, art. 198). Contudo, Mattos (2006) salienta que o termo integralidade, numa primeira aproximação, configurado em uma das diretrizes básicas do SUS, tem sido usado correntemente para referir exatamente essa diretriz.

Entretanto, o próprio autor supracitado acrescenta que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS e, sim, uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetivo”³, considerada desejável, composta de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2006).

Partindo deste enfoque integral abordado, a APS pretende em sua essência interagir trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, numa perspectiva de humanização da atenção que pressupõe a compreensão de um trabalho interdisciplinar e interconectado pelos diferentes saberes, culturas e práticas (ASSIS et al., 2007). Sem desconsiderar a centralidade do acesso à atenção ao portador de TB, fazendo uma relação com o objeto de estudo.

Ainda discutindo a questão da TB, agora enquanto programa de cunho nacional, traz consigo a sua “imagem objetivo” de metas e indicadores a serem cumpridos, já citados anteriormente. Todavia, a perspectiva integral fica a ser questionada por várias razões, dentre elas: a carência de interação profissional, ausência ou inadequação das condições necessárias à descentralização do programa, difícil complementaridade das racionalidades médicas não-convencionais com a medicina convencional, enquanto uma prática inovadora, além da articulação das práticas individuais/assistenciais com as ações coletivas/preventivas.

O interesse pelo controle da TB perpassa o campo individual, uma vez que, aquele indivíduo que por diversos fatores interrompe o tratamento favorece ao prolongamento da infecciosidade (ALBUQUERQUE et al., 2001), e, por conseqüência, põem em risco a saúde

³ A noção de imagem objetivo tem sido usada na área de planejamento para designar uma certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns atores na arena política consideram desejável (MATTOS, 2006).

coletiva, dando seguimento ao fato da TB continuar sendo vista como um grave problema de Saúde Pública (BRASIL, 2001).

Segundo Villa et al. (2006), apesar da TB ter cura, é uma doença que mata pelo menos seis mil brasileiros por ano. A cura atinge um percentual de 72% e abandono, 12%, sendo que, em algumas capitais, este último valor chega até a 40%.

Esses números refletem a longa e difícil caminhada do país rumo ao controle do agravo, haja vista as metas assumidas junto a OMS de diagnosticar 90% dos casos, curar 85% destes e reduzir o abandono para 5% (VILLA et al., 2006), que ainda estão muito distantes em algumas regiões. Brasil (2002) chama atenção para o fato de que esses números não representam toda a realidade, dada à falta de diagnóstico ou ausência/deficiência de registro de caso.

Um exemplo prático da importância do registro dos dados de TB foi demonstrado em um estudo realizado no país no período de 2000 a 2004, o qual objetivou avaliar o impacto nas taxas de incidências de TB com a exclusão de registros indevidamente repetidos no sistema de informação, o que resultou numa redução da taxa de incidência de até 9,4% ao ano, comprovando a necessidade de melhoria da qualidade dos dados de notificação (BIERRENBACH et al., 2007).

Outro fator condicionante para o agravamento da situação é a condição de sobrevivência de grande parcela da população brasileira, em associação com outros produtos deste meio, como a subnutrição, o alcoolismo e o uso de drogas que só tendem a favorecer o processo de adoecimento, além do advento da AIDS.

Ou seja, a TB, por si só, exige que se compreenda o indivíduo de modo integral, compreendendo a integralidade enquanto um princípio do SUS inovador, complexo e polissêmico, aglutinador de dispositivos institucionais – acolhimento, autonomia, vínculo, responsabilização e resolubilidade, conforme aponta Santos (2005), quando discute a travessia da fragmentação à integralidade nas práticas de saúde.

Para Merhy e Franco (2003), a integralidade constitui-se num dispositivo potente para desencadear processos de transformação no cotidiano das práticas em saúde e (re) direcionar o modelo de atenção à saúde⁴.

⁴ Inspirados em Campos (1994a), compreende-se modelo de atenção à saúde como sendo o modo pelo qual as ações de saúde são planejadas, produzidas e organizadas para compor o leque dos serviços de saúde e a forma de articulação estrutural e organizativa do Estado. Envolve também, as políticas de saúde definidas pelo Estado; as diversas formas de relações entre os sujeitos; e os diferentes saberes e práticas envolvidas na atenção à saúde que, por sua vez, determinam as feições assistenciais do sistema de saúde.

Dentre as diversas correntes interpretativas, a que mantém consonância com os conceitos de APS é definida por Mendes (2001) como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde a partir de uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS dentro de um sistema integrado de serviços de saúde, com alguns componentes estruturantes no processo de organização dos serviços de saúde.

Os componentes organizacionais são definidos como princípios da APS: acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar e orientação para a comunidade, que se organizam a partir de uma atenção primária à saúde (MENDES, 2002).

O quadro 2 retrata de forma sintetizada as dimensões de análise tratadas no presente estudo.

Quadro 2 Dimensões de análise da atenção primária à saúde

Dimensões de análise	Definição
Elenco de serviços	Implica que as unidades de atenção primária devem estabelecer arranjos para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde que necessite. Isso inclui o elenco de serviços que a unidade oferece e encaminhamentos para consultas especializadas (nível secundário), serviços terciários, internação domiciliar e outros serviços comunitários.
Coordenação	Pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos. Inclui ainda o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados.

Fonte: adaptado de Starfield (2004) e Assis *et al* (2007).

3 METODOLOGIA

3.1 Natureza e tipo do estudo

Trata-se de um estudo de avaliação de serviço do tipo corte transversal que utilizou como referencial teórico-metodológico as categorias básicas da avaliação da qualidade de serviços de saúde: estrutura-processo-resultados (E-P-R) proposta por Donabedian (1996) e Starfield (2004) com base nas dimensões da atenção básica.

Por referir-se a um projeto oriundo de um estudo multicêntrico, este foi desenvolvido em municípios prioritários para TB em diferentes regiões do Brasil: Ribeirão Preto e São José do Rio Preto – (SP); Campina Grande – Paraíba; Itaboraí - Rio de Janeiro; Feira de Santana – Bahia; Curitiba-Paraná.

Os critérios de escolha dos municípios foram: possuir área geograficamente delimitada, com alta taxa de incidência de TB, DOTS implementado no sistema de saúde e presença de todos os atores: gestor, academia, ONG e conselhos de saúde; razoável tradição histórica de organização de serviços de atenção primária e desenvolvimento de ações de controle da TB em APS.

Além disso, para este tipo de pesquisa, o envolvimento de todos os parceiros é ainda mais relevante para o alcance do sucesso. Dessa forma, este projeto foi desenvolvido por pesquisadores através de consulta com representantes dos gestores, equipe do Programa de TB (PCT) e Vigilância Epidemiológica (VE), ONG locais e do Conselho de Saúde. Estes parceiros permaneceram em todas as fases de desenvolvimento da pesquisa.

A crescente consciência de responsabilização dos gestores e trabalhadores têm despertado o interesse pelo estudo avaliativo em saúde ampliando seu foco do meio acadêmico, considerando o *sensu comum* e procurando superá-lo. Contandriopoulos et al. (1997) apontam que a avaliação pode ser entendida enquanto um julgamento sobre uma intervenção ou sobre algum de seus componentes com a finalidade de colaborar no processo de tomada de decisão.

Os componentes dos Sistemas de Serviços de Saúde são: a Estrutura, o Processo e o Resultado (DONABEDIAN, 1996). As características individuais dentro de cada componente diferem a partir dos cenários, mas cada sistema possui uma estrutura que consiste na sua capacidade física e material de ofertar os serviços; os processos envolvem as atividades tanto por parte dos profissionais de saúde quanto por parte da população e dos usuários,

constituindo na oferta e recebimento de serviços, e o resultado é fruto das atividades desenvolvidas refletido em vários aspectos do estado de saúde (STARFIELD, 2002).

3.2 Campo Empírico

O presente estudo teve como cenário de atuação o município de Feira de Santana que é sede da Macrorregião Centro Leste do Estado, abrange uma população de 1.959.599 habitantes, congregando 27 municípios. Para atender as necessidades de saúde de seus cidadãos, o sistema municipal de saúde está composto por 72 Unidades de Saúde da Família com 82 equipes de Saúde da Família e 20 equipes de Saúde Bucal, 05 policlínicas (sendo que 03 funcionam 24 horas: Tomba, Rua Nova e George Américo), um Hospital Especializado em Saúde da Mulher, um laboratório municipal e 13 Unidades Básicas de Saúde. A ESF tem um percentual de cobertura no município de 60% e cobre 100% da zona rural.

A cidade de Feira de Santana atende 67 municípios que pactuaram ações de saúde de baixa, média e alta complexidade. Feira de Santana com 527.625 habitantes, estimativa para 2005. A densidade demográfica é de 392,8 hab/Km², distante 108 km de Salvador, constitui-se no maior entroncamento rodoviário do norte, nordeste e sudeste, tendo um comércio forte e expressivo (IBGE, 2005).

O perfil epidemiológico não difere muito da maioria dos municípios do norte/nordeste brasileiro, onde convivem doenças ditas da pobreza como as infecto-parasitárias, as crônico-degenerativas e as ligadas à modernidade, como as de causas externas. Em relação à Tuberculose, o Ministério da Saúde selecionou 240 municípios brasileiros como prioritários para implementar as ações de controle, onde concentravam-se 70% dos casos notificados de TB do país. Na Bahia foram selecionados 20 municípios, com inclusão de Feira de Santana neste grupo prioritário⁵.

Com o intuito de descrever a organização da atenção à Tuberculose no município de Feira de Santana-BA será explanado todo o processo histórico e político da construção do programa na cidade.

Na década de 1970, emergiu a necessidade de implantar serviços de Saúde Pública no município de Feira de Santana para responder a uma demanda da população, inaugurou-se o posto de Higiene, unidade sob responsabilidade da esfera estadual, tendo como objetivo a execução de programas definidos pelo Ministério da Saúde e implantados pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Estes programas eram: Puericultura, Pré-Natal,

⁵ Dados colhidos diretamente na Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana-BA

Planejamento Familiar, Programa de Tuberculose, Programa de Hanseníase, Imunização, Programa de Combate as DST, atendimento odontológico, realização de curativo, aferição de Pressão Arterial, Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN).

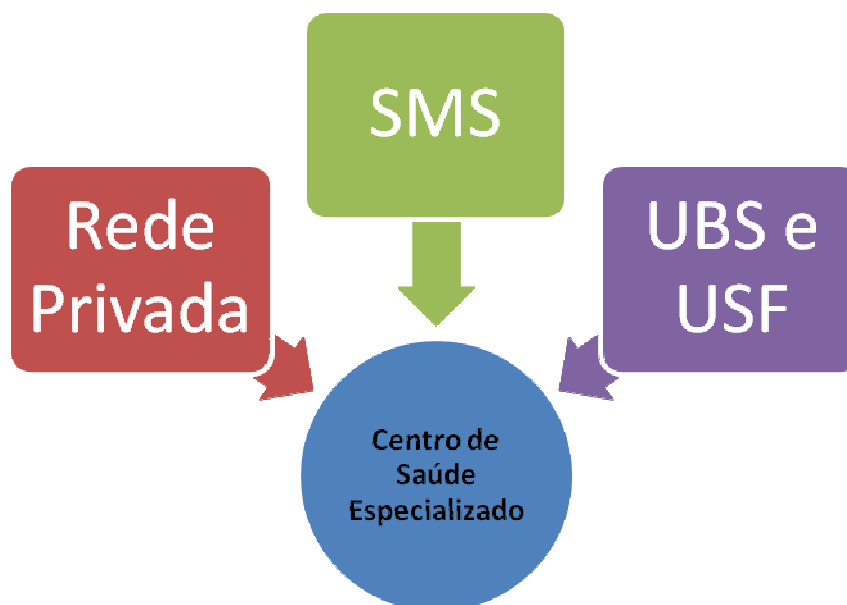
Nesse contexto, a unidade de saúde começou a funcionar com ações profiláticas e menos complexas, passando por reformas e ampliações, tendo como missão assistir o indivíduo, família e comunidade para responder, gradativamente, a demanda espontânea e ampliar os serviços, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Com o processo de municipalização da saúde, viabilizado pós-Constituição de 1988 e o cumprimento das Leis 8.080/90; 8.142/90 e das Normas Operacionais Básicas NOB 93, NOB 96 e Norma Operacional de Assistência a Saúde NOAS 2001/2002, as Unidades Básicas de Saúde municipais foram estruturadas para atender a demanda da população, sendo incorporadas na rede municipal as Unidades da esfera estadual.

Através do cumprimento dessas normas operacionais, os municípios assumiram a responsabilidade de assistirem à população através de serviços da Atenção Básica à Saúde (ABS), sendo uma das unidades, denominada Posto de Higiene que foi re-inaugurada em 1998, sendo nominada Centro de Atenção Especial II (CAE-II) respondendo pela referência no Programa de Tuberculose, para a regional 2ª DORES, contemplando 27 municípios em sua abrangência, com sede em Feira de Santana-BA. Nesse período, foi implantado o Programa de Controle da Tuberculose em duas unidades de saúde no município de Feira de Santana: uma na Unidade da Rua Nova em 1996, e outra Unidade no George Américo que funcionaram até abril de 2004.

O processo de municipalização da saúde foi avançando gradativamente e, em maio de 2004, o município de Feira de Santana após aprovação pela Comissão Intergestora Tripartite passou para a Gestão Plena do Sistema de Saúde, assumindo a assistência à saúde dos seus municípios na ABS, na média e alta complexidade. Além de pactuar com 89 municípios, através do Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Macro-Região Centro Leste para realização de exames de média complexidade. Nesse mesmo período, foram cedidas ao município de Feira de Santana as estruturas de saúde do Estado, entre tantas outras, o CAE II.

Diante da nova realidade assumida pelo município, com a gestão plena do sistema algumas deliberações foram tomadas, sendo desativados os Programas de Controle da Tuberculose na Rua Nova e George Américo, voltando a centralizar as ações de Tuberculose no CAE II. Esta unidade foi denominada a partir de 2004 de Centro Saúde Especializado (CSE) Dr. Leone Coelho Lêda.



Fluxograma 1 Fluxo da rede municipal de atendimento do PCT em Feira de Santana-BA.

Com base neste fluxograma constata-se que tanto a rede privada, formada pelas clínicas particulares e populares, como as UBS e as USF além da própria Secretaria Municipal de Saúde configuram-se enquanto porta de entrada para o programa, que ainda centraliza suas ações no CSE, conforme veremos a seguir, de forma sistematizada, para que fique explícito todo o trajeto do portador de TB em Feira de Santana-BA.

Dentro deste cenário, do segundo semestre de 2005 ao primeiro semestre de 2006, foram registrados 760 (setecentos e sessenta) casos de TB, sendo que 328 casos em 2005 e 432 em 2006. O índice de cura é de 75%, com um percentual de óbito de 4% e de abandono de 8,4%⁶.

3.2.1 Local do Estudo

Para contemplar os objetivos propostos e o questionamento deste estudo, foram considerados locais de estudo: Centro de Saúde Especializado para contemplar o grupo de doentes e trabalhadores; Unidades de Saúde da Família para os trabalhadores; e os domicílios para abranger os doentes de TB.

Diante da centralização da atenção à TB no CSE, este será detalhado adiante em seu funcionamento e organização. O CSE funciona hoje com os programas de controle da TB e combate da hanseníase, além de atendimento especializado em neurologia,

⁶ Dados colhidos diretamente da Secretaria Municipal de Saúde.

otorrinolaringologista, gastroenterologista, reumatologista, dermatologista, pneumatologista. A proposta municipal é transformar esta unidade em um Centro de Referência para Tuberculose e fazer cumprir a Norma de Assistência à Saúde (NOAS) no que se refere ao atendimento do PCT que é um serviço de competência da ABS. Considerando que está previsto pela SMS que o paciente teria que ser atendido em todos os PSF e UBS. Vale ressaltar que, as equipes de PSF foram todas treinadas, de acordo com as normas preconizadas pelo PCT. No entanto, o processo de descentralização do programa está acontecendo de forma ainda tímida e com baixa resolubilidade, o que na prática é retratado, pelo acesso dos doentes ao PCT municipal, que centraliza as ações de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e cura dos casos no CSE. Ou seja, o usuário entra no programa encaminhado pelo PSF, pelos hospitais da região, por clínicas particulares/populares ou pela demanda espontânea, contudo, as ações do programa permanecem centralizadas no CSE.

A sua equipe central conta com dois médicos, duas enfermeiras, dois técnicos de enfermagem, dois técnicos administrativos e três técnicos de laboratório, além de receber a colaboração de 20 equipes de Saúde da Família. O atendimento é feito diariamente de 8:00 às 17:00 horas no Ambulatório Central de Tuberculose e em algumas unidades do Programa de Saúde da Família (PSF).

O fluxo da atenção é organizado a partir do encaminhamento das diversas unidades que compõem o sistema de saúde do município, conforme explanado a seguir:

Demanda Espontânea : na primeira visita ao PCT, caso o paciente ainda não tenha realizado a baciloscopia e/ou RX de tórax, o usuário é recebido pelos membros da equipe, que respondem aos questionamentos do usuário, solicitam seus exames fazendo os devidos encaminhamentos, fornecendo potes para a coleta de escarro, que deverá ser encaminhada para a unidade em dois dias úteis e consecutivos; além de ser informado sobre a melhor forma e a mais correta de realizar a coleta do escarro. Só é colhido o escarro do paciente se ele estiver em jejum. Neste momento é agendado a consulta médica - média de dias para o atendimento, 2 a 3 dias. Na consulta, o médico levanta a história clínica, verifica os resultados de exames: raio x e baciloscopia. Em caso de Tuberculose pulmonar, realiza o exame físico e confirma ou descarta o caso suspeito de Tuberculose. Se for confirmado, ocorre a prescrição dos medicamentos e o paciente é encaminhado para a(o) enfermeira(o) com a finalidade de ser: pesado, orientado sobre todas as dúvidas referente ao diagnóstico, transmissibilidade, tratamento, cuidados domiciliares, exames dos contactantes e de controle a serem realizados, dentre outras atividades.

Pelos Hospitais da Região: normalmente esses pacientes se encontram internados. Nesse caso, é encaminhado um relatório e às vezes a notificação do caso, a solicitação de início de tratamento vem por escrito, assinada pelo médico assistente do paciente no hospital e com a dosagem a ser administrada. Neste momento, procede-se a notificação do caso e liberação da medicação, dando as orientações para o responsável e solicitando a presença do paciente com trinta dias, em decorrência da segunda consulta. O hospital municipal encaminha o relatório e a prescrição das medicações.

Pelas unidades de PSF: a unidade de PSF tem por objetivo não só a busca, diagnóstico e tratamento dos suspeitos/confirmados de TB, como também de todos os usuários sintomáticos respiratórios. Normalmente os pacientes que vêm ao Ambulatório de referência do PCT oriundos do PSF, raramente realizaram raio x, e/ou baciloscopia, e são encaminhados com a ficha de referência com solicitação de consulta para o pneumologista. Dificilmente estes pacientes chegam com resultados de exames essenciais para o diagnóstico.

O Serviço de Coleta de Escarro está sendo realizado em três UBS, e após confirmação do caso, esses pacientes são encaminhados para o CSE para agendamento da 1ª consulta que é realizado pessoalmente. Ainda não existe uma cultura formada entre os profissionais que atuam na rede SUS municipal, da necessidade de registrar e encaminhar para a unidade de origem a contra- referência.

Diante de um processo lento de descentralização das ações de controle da Tuberculose, os pacientes sentem-se mais bem cuidados na unidade de referência, pois tem receio de seu problema de saúde ser conhecido pelos moradores do bairro. Por conseguinte, grande parte dos pacientes opta por continuarem o tratamento na Unidade de Referência e não em unidade de saúde próxima a sua residência.

Se o caso é considerado de urgência, o paciente é encaminhado para hospital sendo realizada a baciloscopia no laboratório local, com resultado liberado no dia posterior. Para a realização do raio x são encaminhados para outra unidade de saúde, distante aproximadamente 3 km.

A marcação do exame de raios x tem sido uma questão que merece atenção, considerando que a demora tem sido freqüente. Nos casos de urgência, o Ambulatório de Referência (CSE) solicita veículo à Secretaria de Saúde via telefone e encaminha o paciente para a emergência do Hospital Geral Clériston Andrade (Hospital de Referência Estadual). Sendo o fluxo de paciente igual a todos outras pessoas que chegam a uma unidade de emergência.

Pelas clínicas particulares: pela dificuldade de acesso ao serviço de saúde municipal, os pacientes têm frequentado clínicas particulares e/ou clínicas particulares com preços populares, pagam os seus exames e depois são encaminhados para a unidade de referência com o resultado de exames e prescrição médica, para que o paciente seja notificado, e dispensado os medicamentos. Neste momento, o paciente é matriculado no programa e se desejar ficará sendo acompanhado pelo profissional médico do programa, caso contrário, continuará atendimento com o profissional que diagnosticou o caso, que é de uma clínica particular e o paciente ficará com a responsabilidade de todos os meses trazerem um relatório do profissional que o está acompanhando mensalmente.

Ao iniciar o tratamento, o usuário pode fazer a opção de ser atendido no PSF, sem, no entanto, existir uma proposta concreta de descentralização. Caso não queira ser tratado pela equipe do PSF, este tem a opção de receber tratamento na Unidade de Referência. Alguns usuários relatam que no PSF os vizinhos, amigos e familiares saberiam da sua condição de saúde interrompida, transparecendo assim o estigma que ainda nos dias atuais cercam a Tuberculose na sociedade.

O tratamento de TB-MR, casos graves, intolerância medicamentosa, ou associação com HIV é realizado na Unidade de Referência (UR) e os casos mais graves encaminhado para o Hospital Otávio Mangabeira, em Salvador –Bahia.

As crianças que fazem tratamento para Tuberculose ou que iniciam quimioprofilaxia devem estar presente mensalmente na UR para receber medicação.

Mesmo o usuário fazendo tratamento no PSF este tem prontuário na Unidade de Referência, pois tem que ser constatado a alta após no mínimo seis meses de tratamento. Se o paciente desejar receber a medicação e realizar o acompanhamento no PSF, o profissional enfermeiro levará a medicação dos seis meses para o PSF, reorientando o profissional os cuidados e o protocolo de dispensação de medicamentos. O paciente é solicitado a conduzir a unidade de referência todos os sintomáticos respiratórios para realização de exames raio x , teste de mantoux em menores de 15 anos e ou baciloscopia. Quando o paciente faz opção por ser atendido na Unidade de Referência, dificilmente o PSF é comunicado sobre o caso de Tuberculose.

Na 1ª consulta, o paciente recebe as orientações sobre a doença, tempo de tratamento, principais efeitos colaterais e atitudes a serem tomadas frente ao aparecimento dos mesmos. É feito a solicitação do exame anti HIV I, II e encaminhado o paciente ao serviço de Centro de

Testagem e Aconselhamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS que está localizado na mesma CSE Dr^o Leone Coelho Leda. O paciente recebe a dose auto administrada do PCT levando medicação para 30 (trinta) dias, realizando visitas mensais na unidade ou retornar para se apresentar em caso de qualquer intercorrência, ou efeito adverso a drogas administradas.

Periodicamente a Unidade de Referência executa supervisão do PSF, para avaliar o acompanhamento do caso pela equipe de saúde.

Em relação à dose supervisionada nas unidades de PSF teria que ser diária, sendo visualizada a ingestão dos medicamentos diariamente, seja pelo profissional de nível superior ou pelos de nível técnico e elementar, como os ACS. No Centro Especializado de Tuberculose a supervisão acontece duas vezes por semana, durante todo o tratamento. O PCT conta com uma funcionária, especialmente, para desenvolver esta atividade de visitas domiciliares e de acompanhamento das atividades do PSF que tenham pacientes de Tuberculose em tratamento.

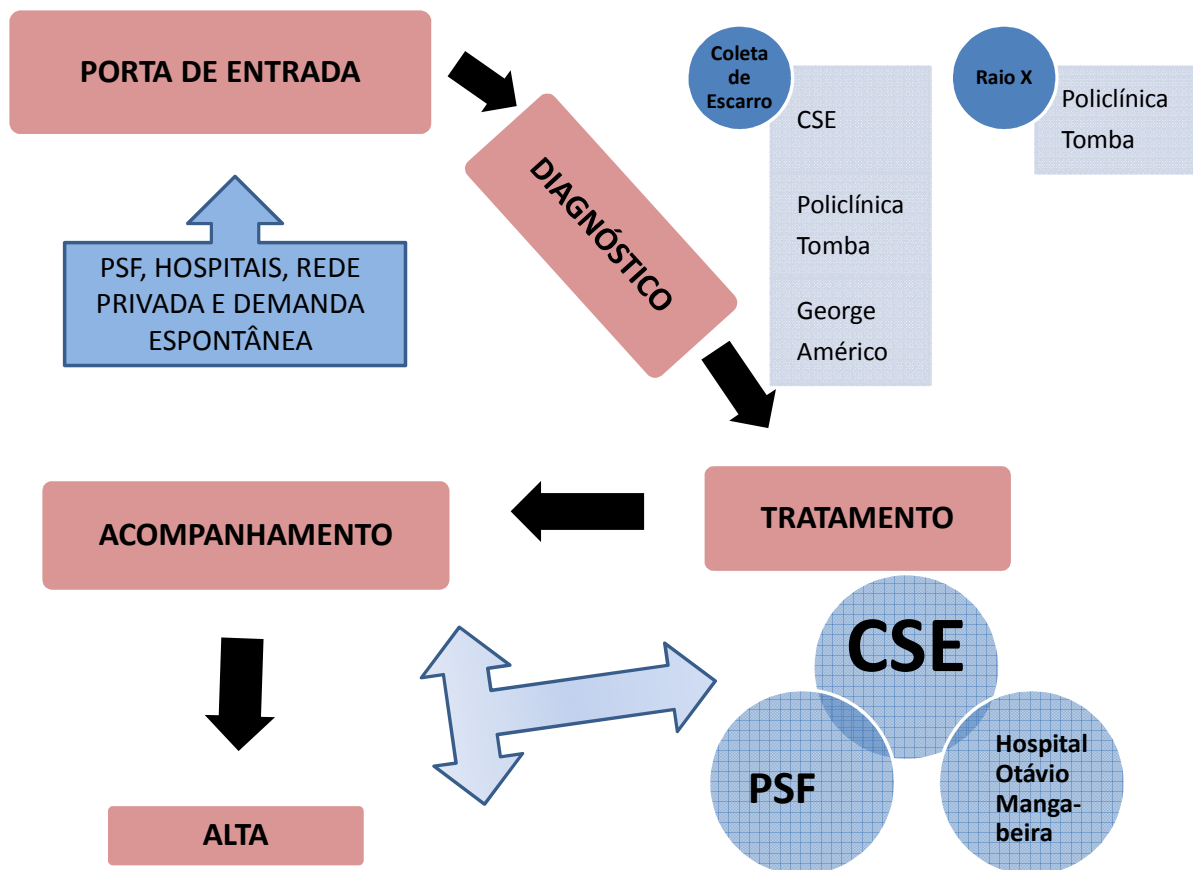
Chama à atenção que o PCT ainda não executa um acompanhamento sistematizado dos PSF, como também, não faz coleta de exame de escarro em unidades de saúde e a busca ativa é incipiente.

Em relação às faltas à consulta, o profissional pode entrar em contato direto com o usuário se este tiver telefone, utilizar a rota da viatura para fazer uma visita domiciliar ou se comunicar com a equipe do PSF, próxima a sua residência para que se faça contato imediato com o usuário e evite o abandono do tratamento.

A alta é dada após utilização dos medicamentos, durante um período mínimo de seis meses, a depender do esquema de tratamento, além de ser solicitado exame de raio x e acompanhamento das baciloscopias de controle, mensalmente ou no segundo, quarto e sexto mês de tratamento, e avaliação médica.

Por fim, após o encerramento do caso por cura ou término de tratamento, este usuário recebe orientações para retornar ao serviço e se apresentar algum sinal/sintoma.

Toda essa sistematização do atendimento ao portador de TB está explicitado no fluxograma abaixo.



Fluxograma 2 Fluxo de atendimento dos doentes de TB na rede SUS de Feira de Santana-BA.

3.3 População e amostra do Estudo

Participaram deste estudo dois grupos de informantes-chave: o primeiro foi constituído pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que desenvolvem ações de controle da TB nos serviços de saúde (SS) de APS e ambulatórios de referência os quais responderam ao questionário sobre a unidade na qual trabalham; o segundo grupo foi constituído pelos doentes de TB atendidos no ambulatório de referência, pelo fato de que apesar do doente poder ser atendido em outras unidades básicas e de Saúde da Família, eles tendem em sua grande maioria a preferir o ambulatório de referência, quer seja pelo estigma ainda existente acerca da doença, quer seja pela garantia da continuidade do tratamento mesmo que centralizado, devido ao processo de descentralização incipiente do programa no município.

Sendo assim, o universo de estudo foi constituído por doentes de TB em tratamento no município no período de julho/2006 a agosto/2007, pertencentes ao Centro de Saúde Especializado Dr. Leone Coelho Lêda, que puderam ser localizados e que concordaram em participar da pesquisa.

Vale destacar que fez parte da amostra toda a rede municipal, entretanto, a única unidade que diagnostica, trata e acompanha é o CSE, conforme discutido anteriormente, o que naturalmente influenciou o encontro dos doentes nesta unidade, o que caracterizou uma amostra intencional. Além disso, nesta amostra foram detectados apenas dois casos em DOTS, por estes, em sua quase totalidade, se concentrarem atualmente na zona rural do município.

Para os critérios de exclusão, enquadraram-se os doentes menores de 18 anos devido às questões éticas e legais. Foram priorizados os doentes com a forma pulmonar da doença por permitir a possibilidade de avaliação das ações de diagnóstico, tratamento e controle dessa, que é forma predominante da doença entre a população.

Para satisfazer as condições sugeridas por Hair et al. (2005) que propõe para análise multivariada o número mínimo de 50 observações (doentes) e, preferencialmente, maior ou igual a 100 – com regra geral que reza que deve haver cinco vezes mais observações do que o número de variáveis a serem analisadas e o tamanho mais aceitável teria uma proporção de dez para um – foram entrevistados 100 doentes do município de Feira de Santana. Esta amostra corresponde a aproximadamente 15% de todos os casos de TB registrados no município no período de agosto de 2005 a julho de 2006.

A amostra foi acrescida de quatorze trabalhadores de saúde das áreas consideradas endêmicas (USF George Américo IV, USF Sobradinho II, USF Feira X, USF Tomba III e o CSE) no município, também considerada uma amostra intencional por privilegiar as áreas que possuíam profissionais que atendessem doentes cadastrados no programa, além da população de gestores da SMS, que com uma recusa totalizou seis gestores.

3.4 Instrumento e Técnica de coleta de dados

O instrumento utilizado é oriundo da adaptação do instrumento Primary Care Assessment Tool (PACT), elaborado por Starfield e Macinko, desenvolvido na Universidade de Johns Hopkins para medir os aspectos críticos dos serviços de atenção primária nos países europeus (STARFIELD, 2002).

No Brasil, este instrumento foi adaptado e validado por Macinko, Almeida e Oliveira (2006) num estudo de avaliação rápida dos serviços de atenção básica do SUS em nível local.

O mesmo foi adequado em 2007 para atenção à TB por Villa e Ruffino-Neto, para melhor refletir o contexto programa no país.

Com base nos trabalhos de Starfield (2004), elaborou-se uma lista dos principais atributos (ou dimensões essenciais) da atenção primária a ser utilizada na proposta de avaliação da dimensão organizacional e de desempenho dos serviços de saúde no controle da TB.

Sendo este trabalho vinculado a um projeto que envolve várias regiões, estes foram compostos em um só banco de dados, contudo, só analisou-se o cenário de Feira de Santana-BA.

Conceitos como elenco de serviços e coordenação são abordados no estudo, em virtude destes conceitos corresponderem às dimensões da atenção básica e serem internacionalmente utilizadas para avaliação dos serviços da rede básica.

Elaborou-se um instrumento (questionário) para aplicar com os informantes-chave (profissionais de saúde e doentes) (Anexo A e B) da SMS. Os questionários contêm perguntas específicas sobre cada dimensão essencial da atenção básica adequado para as ações de controle de TB.

O entrevistado respondeu cada pergunta segundo uma escala de possibilidades preestabelecida, escala de Likert, à qual foi atribuído um valor entre zero e cinco. O valor zero é atribuído para resposta não sei ou não se aplica e os valores de 1 a 5 registrarão o grau de relação de preferência (ou concordância) das afirmações.

Técnicas foram empregadas para esclarecer a escala de respostas e facilitar a entrevista. Para cada entrevistado foram explicados as diferentes opções de respostas, através de um cartão com as respostas graficamente representadas, identificando-se que era igual a distância relativa entre cada resposta (MACINKO; ALMEIDA; OLIVEIRA, 2006). Desta forma, as respostas eram somadas e o valor médio das respostas de todas as perguntas para cada dimensão foi calculado.

Para armazenar as respostas obtidas via questionário foi criado um banco de dados para cada município no Software *Statistica* 6.1 da *Statsoft*.

3.5 Coleta de Dados

Foi realizado o treinamento com os coletadores para a aplicação do instrumento, especialmente destinados para esse fim, e que possuam experiência na área de saúde.

Durante o treinamento foi feito um primeiro pré-teste com os próprios pesquisadores para ajustes e sugestões de modificações do questionário em cada cenário da pesquisa. Em

seguida, realizou-se um segundo pré-teste com os trabalhadores para o ajuste final do instrumento em Ribeirão Preto-SP.

A coleta de dados foi organizada de tal forma: uma coordenação geral e duas sub-coordenções por grupo de entrevistados. No total, participaram da coleta 12 pessoas, entre professores/pesquisadores e bolsistas de iniciação científica do NUPISC.

Outra questão importante a considerar é que os grupos foram coordenados por enfermeiras da Secretaria Municipal de Saúde que atuam como pesquisadora do núcleo, o que facilitou o processo de coleta de dados que ocorreu no período de setembro a novembro de 2007.

3.6 Etapas operacionais da Análise dos Dados

A (re)organização da ABS como parte da discussão de reorientação das práticas e serviços de saúde, pode contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento; e uma das formas de vislumbrar esta transformação poderia ser através de pesquisas que possam apontar para avaliação quantitativa das diferentes realidades, e no caso em foco, o Programa de Controle de Tuberculose.

O estudo foi realizado em quatro etapas: análise preliminar dos dados; análise de confiabilidade do questionário dos doentes; análise de associação entre variáveis do questionário dos doentes e; análise de variância entre doentes e profissionais.

3.6.1 Análise preliminar dos dados

Na análise preliminar dos dados foram construídas tabelas de frequência para cada variável (perguntas do questionário dos doentes, Anexo A e dos profissionais, Anexo B) para as dimensões “elenco de serviços” e “coordenação de serviços”. As análises de frequência absoluta e relativa (expressas em porcentagem) permitiram verificar possíveis inconsistências nos bancos de dados, como erros na entrada de dados ou omissão de respostas pelos respondentes e quantificar as categorias de respostas observadas nos questionários.

3.6.2 Análise de confiabilidade do questionário dos doentes

A confiabilidade do questionário dos doentes para as dimensões “elenco de serviços” e “coordenação de serviços” foi analisada através da medida de consistência interna da técnica estatística de *Alpha de Cronbach*. A idéia principal desta medida é que os itens individuais da escala devem medir o mesmo objeto e, assim, ser altamente correlacionados. O α de

Cronbach é a proporção da variação total de um escore ou escala que pode ser atribuído a uma dimensão comum difícil de ser observada ou calculada diretamente. Assim, esse coeficiente é usado para medir a precisão que um grupo de itens possui para prever o efeito “latente” desta dimensão, isto é, que não pode ser diretamente observado. Quanto maior o valor, melhor a interação dos itens para medir essa dimensão (MANGIN; MALLOU, 2003).

A equação de cálculo do α de Cronbach é a seguinte:

$$\alpha = \frac{k \text{ cov/var}}{1 + (k - 1) \text{ cov/var}} \quad (1)$$

K = Número de variáveis consideradas

Cov = Média das covariâncias

Var = Média das variâncias.

O α de Cronbach assume valores entre 0 e 1 e trabalha com a premissa de que as correlações entre os itens são positivas (PEREIRA, 2004). Segundo Nunnaly (1978) o valor mínimo para o alfa de Cronbach deve ser 0,7 para pesquisa preliminar, 0,8 para pesquisa básica e de 0,9 para pesquisa aplicada. Hair et al. (2005) trata 0,7 como mínimo ideal, mas também pode aceitar 0,6 para pesquisas exploratórias.

Depois de calcular o α de Cronbach para todos os itens, avalia-se a mudança de seu valor quando da retirada de um item de cada vez da escala ou escore. Se a retirada de um item específico resultar aumento do valor de α de Cronbach, isto significa que, este item não mediu necessariamente a mesma dimensão que os outros itens da escala e que, portanto, deve ser eliminado (MANGIN; MALLOU, 2003).

3.6.3 Análise de associação entre variáveis categóricas do questionário dos doentes

A análise de associação entre as variáveis categóricas do questionário dos doentes foi realizada para as dimensões “elenco de serviços” e “coordenação de serviços” através do teste de associação χ^2 . Os dados foram organizados em tabelas de contingências (linhas x colunas) e foi possível avaliar como as diferentes caselas contribuem para o valor do $\chi^2_{\text{calculado}}$ através da análise de resíduos (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

As variáveis selecionadas para o teste de associação para a dimensão “elenco de serviços” foram: oferecimento de pote para exame de escarro para diagnóstico de TB e

oferecimento de pote para exame de escarro mensalmente para controle de TB; oferecimento de cestas básicas ou vale alimentação e oferecimento de vale transporte; informações sobre a TB e seu tratamento e educação em saúde; visitas domiciliares durante o tratamento e visitas domiciliares por outros motivos além da TB; educação em saúde e participação em grupos de TB.

Para a dimensão “coordenação de serviços” foram selecionadas as variáveis: paciente é encaminhado ao especialista pelo profissional da unidade e profissional discute os possíveis locais de atendimento; profissional fornece informações escritas para o especialista e o doente traz informações escritas do especialista; profissional discute sobre os resultados da consulta especializada e profissional se interessa pela qualidade do atendimento com o especialista.

3.6.4 Análise de variância entre doentes e profissionais

Para avaliar conjuntamente as respostas dos questionários dos doentes e profissionais de saúde em relação às dimensões “elenco de serviços” e “coordenação de serviços” foram construídos indicadores para as duas dimensões.

O quadro 3 apresenta os indicadores da dimensão “elenco de serviços” para os doentes e profissionais de saúde e o quadro 4 os indicadores da dimensão “ coordenação de serviços”.

Quadro 3 Indicadores de Elenco de Serviços

Indicadores de Elenco de Serviços	
Doentes	Profissionais
Pote para exame de escarro para diagnóstico de TB?	Pote para exame de escarro para diagnóstico?
Teste da pele (prova tuberculínica)?	Exame para HIV / AIDS?
Exame para HIV/AIDS?	Teste da pele (prova tuberculínica)?
Pote para exame de escarro mensalmente para controle da TB?	Pote para exame de escarro para controle?
Consulta mensal de controle para o tratamento da TB?	Consulta de controle para o tratamento da TB?
Cestas básicas ou vale alimentação?	Entrega de cestas básicas ou vale alimentação?
Vale transporte?	Entrega de vale transporte?
Informação sobre a TB e seu tratamento?	Informação sobre a TB e seu tratamento?
Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?	Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?
Visitas domiciliares durante o tratamento?	Visitas domiciliares durante o tratamento?
Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?	Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?
Participação em grupos de doentes de TB no posto / centro / unidade de saúde?	Formação de grupos de doentes de TB na Unidade de saúde?
Tratamento Supervisionado? *	Tratamento Supervisionado?*

Quadro 4 Indicadores de Coordenação

Indicadores de Coordenação	
Doentes	Profissionais
O profissional do posto/centro/unidade de saúde pega o prontuário/ficha do(a) Sr.(a) durante a consulta?	Os profissionais utilizam os prontuários quando estão examinando os doentes de TB?
Quando o(a) Sr.(a) precisa dos resultados de seus exames, eles estão disponíveis no posto/centro/unidade de saúde?	Os resultados dos exames dos doentes de TB ficam disponíveis na unidade de saúde?
O(A) Sr.(a) é avisado sobre o agendamento da sua consulta de retorno no posto/centro/unidade de saúde?	Os doentes de TB são comunicados sobre os agendamentos das consultas de retorno na unidade de saúde?
Quando o(a) Sr.(a) precisa consultar com algum especialista, é encaminhado por um profissional do posto/centro/unidade de saúde?	Quando os doentes precisam de uma consulta com algum especialista, são encaminhados por profissionais da unidade de saúde?
Quando o profissional do posto/centro/unidade encaminha o(a) Sr(a) para outros serviços de saúde, ele discute ou indica os possíveis lugares de atendimento?	Quando os doentes precisam ser referidos para outros serviços ou especialidades, os profissionais discutem com eles ou indicam os possíveis lugares de atendimento?
Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado ao especialista, o profissional do posto/centro/unidade de saúde ajuda a marcar a consulta?	Quando os doentes de TB são encaminhados para algum especialista, os profissionais da unidade de saúde ajudam a marcar a consulta?
No momento do agendamento da consulta para o especialista, o(a) Sr.(a) recebe comprovante que a consulta foi marcada?	Quando é agendada a consulta dos doentes de TB para o especialista, é disponibilizado comprovante de que a consulta foi marcada?
Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado ao especialista, o profissional do posto/centro/unidade de saúde, fornece informações escritas sobre seu problema para entregar ao especialista?	Quando os doentes de TB são referidos para outros serviços ou especialidades, os profissionais da unidade de saúde fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?
O(A) Sr.(a) retorna ao posto/centro/unidade de saúde com as informações escritas sobre os resultados da consulta com o especialista?	Quando os doentes de TB retornam à unidade de saúde após a consulta com o especialista, trazem informações escritas sobre os resultados?
O profissional do posto/centro/unidade de saúde discute com o(a) Sr.(a) sobre os resultados da consulta com o especialista?	Os profissionais da unidade de saúde discutem com os doentes de TB sobre os resultados das consultas com os especialistas?
O profissional do posto/centro/unidade de saúde está interessado em saber se o(a) Sr.(a) foi bem atendido pelo especialista?	Os profissionais da unidade de saúde se preocupam com a assistência prestada pelos especialistas aos doentes de TB?

Cada indicador foi determinado através da somatória das categorias das respostas de cada pergunta dos questionários, dividido pelo total de entrevistados, para obtenção de um valor médio.

Para comparar os valores médios dos indicadores dos doentes em relação aos indicadores dos profissionais de saúde, os dados foram submetidos à análise de variância, com o uso do teste F. A análise de variância, abreviada como ANOVA, foi aplicada aos indicadores que satisfizeram as pressuposições de independência, homocedasticidade e normalidade. A suposição de homocedasticidade requerida pela ANOVA foi verificada pelo

teste de Levene, que busca testar a igualdade das variâncias de dois grupos ou mais que estão sendo comparados (DAWSON; TRAPP, 2003).

Em relação aos indicadores que indicaram violação dos critérios para o uso da ANOVA foi utilizado análise de variância não-paramétrica, com o uso do teste de Kruskal-Wallis. O nível de significância estatística adotado em todos os testes foi de 5% de probabilidade (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

3.7 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa multicêntrico foi analisado e considerado aprovado, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo (EERP/USP), em sua 93ª Reunião Ordinária realizada em 21 de março de 2007, conforme determina a Resolução 196, prevendo riscos, benefícios e retorno para os sujeitos do estudo, cujo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se anexado, sendo este trabalho parte deste projeto maior.

Não houve fornecimento de benefícios diretos aos entrevistados, contudo, o estudo possibilitou uma vigilância ao doente e ao sintomático respiratório mais efetiva, a qual inclui as atividades de busca ativa, diagnóstico, acesso ao tratamento e cura, deixando os profissionais mais alertas quanto a doença. No entanto, de forma indireta, os dados pretendem contribuir para uma reflexão sobre as políticas de controle da TB no âmbito municipal.

Dentre os riscos, verificou-se uma série de obstáculos no grupo dos doentes, como o fator estigmatizante refletido na não aceitação da doença e no medo da rejeição, o que gerou dificuldades no acesso das informações.

4 RESULTADOS⁷

4.1 Coordenação dos serviços de Atenção Primária em Saúde no Controle da TB em Feira de Santana-BA, 2007.

Elisângela Mascarenhas da Silva

Marluce Maria Araújo Assis

Tereza Cristina Scatena Villa

RESUMO

A Tuberculose (TB), doença potencialmente curável e prevenível, ainda se configura em grande problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, atingindo o estado de calamidade negligenciada. O presente estudo objetivou avaliar a coordenação dos serviços no Programa de Controle de TB em Feira de Santana. Trata-se de um estudo corte transversal de avaliação de serviço. Entrevistou-se 100 doentes de área endêmica e 14 profissionais de saúde. O estudo mostrou que as ações de controle da TB no município ainda encontram-se centralizadas em um ambulatório de referência, com um ineficiente sistema de referência e contra-referência. Na maioria das variáveis, os dados revelaram divergências na perspectiva do doente em relação ao profissional, demonstrando a fragilidade da atenção do Programa de Controle da Tuberculose, cujas diretrizes estão bem definidas e com as melhores avaliações sendo realizadas pelos profissionais e as piores pelos doentes. Sendo assim, urge a necessidade de integração das ações de controle da TB, inseridas num sistema organizado em seus diversos níveis de atenção com a interação dos diversos atores envolvidos.

PALAVRAS-CHAVE: Programa. Tuberculose. Sistema de Saúde. Serviços Básicos de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Coordenação.

ABSTRACT

Coordination of the services in primary health care in the control of tuberculosis in Feira de Santana- BA, 2007.

Abstract

Tuberculosis (TB), a potentially curable and preventable disease, still represents a large problem in public health in developing countries, reaching the state of neglected calamity. The present study had as goal to evaluate the coordination of the services in the program of control of tuberculosis in Feira de Santana. By means of an transversal study of service evaluation. Interviewed, 100 patients of the endemic area and 14 professionals of health. The study showed that the tuberculosis control actions in the municipality are still centralized in

⁷ Neste capítulo serão apresentados os resultados empíricos da pesquisa, através da apresentação de dois artigos científicos, cujas normas estão de acordo com os periódicos Revista Baiana de Saúde Pública e Jornal Brasileiro de Pneumologia, no formato Vancouver.

an ambulatory care clinic of reference with an insufficient system of reference and counter reference. In the majority of the variables, the data reveal divergences in the patient's perspective regarding the professional, demonstrating the fragility of the care in the tuberculosis control program, whose policies are well defined and with the best evaluations being performed by the professionals and the worst ones by the patients. Thus, the necessity of integration of the actions in the control of tuberculosis, inserted in a system organized in its various levels of care with the interaction of different actors involved.

Key Words: Program. Tuberculosis. Health System. Basic Health Services. Primary Care in Health. Coordination.

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB), doença potencialmente curável e prevenível, ainda se configura em grande problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, atingindo o estado de “calamidade negligenciada”.⁽¹⁾ Esta situação tem despertado preocupação nas autoridades sanitárias.

De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2006, ocorreram 9,2 milhões de casos novos de TB no mundo, com uma taxa de prevalência de 219/100.000 habitantes e aproximadamente, 1,66 milhões mortes no mesmo período.⁽²⁾

Ainda segundo a OMS, a TB é um problema prioritário em 22 países em desenvolvimento com as mais altas cargas notificadas no mundo. Nesse sentido, o Brasil faz parte desta estatística de liderança, que atualmente ocupa o 16º lugar, com estimativa de 94 mil casos de TB com incidência de 50/100.000 casos de TB por todas as formas, 31/100.000 por TB pulmonar bacilífera e prevalência de 55/100.000 casos por todas as formas. Mesmo sendo uma doença que tem cura, ainda causa a morte de 5,1% dos casos diagnosticados no Brasil, com um percentual de cura de 77% e a taxa de abandono está em torno de 9%.⁽²⁾

De acordo a análise da situação de saúde feita pelo Ministério da Saúde no ano de 2005, a Bahia é o terceiro Estado com maior incidência de TB no país (9,1%) e o quarto com maiores proporções de casos não encerrados (24,6%).⁽³⁾ A situação do município de Feira de Santana não difere muito deste cenário, pois foi considerado um dos 329 municípios brasileiros prioritários para TB no Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para a Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose.⁽⁴⁾

Na tentativa de reverter o quadro, a OMS em 1993, declarou a situação da TB como emergência mundial estabelecendo novas diretrizes de trabalho, dentre elas, o Directly Observed Treatment Short Course (DOTS), que significa tratamento diretamente observável

de curta duração, o qual tem trazido grandes avanços no cenário desta doença e envolve cinco pilares: compromisso político, detecção de casos por microscopia, tratamento de curta duração e diretamente observado, provisão regular das drogas e sistema eficiente de registro de dados.^(1,5,6)

Com a realidade da oferta nem sempre coerente com a demanda da população, isso tem gerado algumas conseqüências indesejadas como o comprometimento da terapêutica do doente. Porém, a oferta esperada de serviços e a forma como estão inseridos na rede de atenção, irá variar de acordo com cada realidade, segundo a interação intermitente de vários aspectos: histórico, social, econômico e político.

Nesse contexto, os serviços de saúde podem ter um papel fundamental para a detecção precoce de casos, com ações promocionais e preventivas, ainda que existam as perceptíveis iniquidades das condições de vida. Desta forma, é provável que para obter a efetividade e equidade sejam indispensáveis orientações e integração adequada de toda rede assistencial em seus diversos níveis de atenção, não apenas no primário.

Desta forma, a oferta sistematizada de serviços básicos de saúde que atendam as necessidades de uma comunidade deve exigir um sistema de referência e contra-referência eficaz. Entendido enquanto uma articulação entre os diversos níveis de complexidade, a referência compreende o trânsito do nível menor para o de maior densidade tecnológica, inversamente, a contra-referência compreende o trânsito do nível maior para o de menor complexidade.⁽⁷⁾ Ressalta-se, no entanto, que o acesso do usuário na rede de serviços de saúde deve ser possibilitado por meio de múltiplas portas de entrada, para que de fato o seu problema seja encaminhado e resolvido.⁽⁸⁾

Especificamente falando da oferta de serviços na APS, este tema torna-se central de discussão por ser uma responsabilidade comum a todos os sistemas municipais de saúde brasileiros.⁽⁹⁾ A APS, enquanto uma das portas de entrada para o sistema (que poderia ser a

principal) se constitui em um nível próprio de atenção, que tem capacidade de extrapolar a intervenção curativa individual e responder cerca de 80% dos problemas de saúde demandados.^(9,10)

Destaca-se, a necessidade de transcender a assistência prestada pela equipe multiprofissional, ultrapassando as fronteiras das Unidades de Saúde, permanentemente vinculada à realidade da comunidade, desencadeando, portanto, uma assistência integral de fato. Isto acaba por impor uma reflexão sobre a estrutura e o processo de serviços de saúde em geral, residindo aí a estreita ou longa distância entre a adesão à terapêutica ou abandono.⁽¹¹⁾

O presente trabalho tem como objetivo avaliar a integração dos serviços (coordenação) de Atenção Primária em Saúde (APS) no Controle da TB, tomando como eixo orientador a coordenação dos serviços de saúde, que deve compreender alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos. Inclui ainda o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados. Por exemplo, os problemas observados em consultas anteriores ou pelos quais houve algum encaminhamento para outros profissionais especializados, que deveriam ser avaliados nas consultas subsequentes.⁽¹²⁾

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de avaliação de serviço de saúde que utiliza como referencial teórico-metodológico as categorias básicas da avaliação da qualidade de serviços de saúde de Starfield⁽¹²⁾ com base nas dimensões da APS. O campo empírico da pesquisa foi o município de Feira de Santana com 571.997 habitantes⁽¹³⁾, sede da Macrorregião Centro Leste do Estado que abrange uma população de 1.959.599 habitantes, congregando 27 municípios. Para

atender as necessidades de saúde de seus cidadãos, o sistema municipal de saúde está composto por 72 USF com 82 ESF, 05 policlínicas, um Hospital Especializado em Saúde da Mulher, um laboratório municipal e 13 Unidades Básicas de Saúde, sendo que uma funciona como unidade de referência (UR) em TB. O PSF tem um percentual de cobertura no município de 60% na zona urbana e 100% da zona rural.⁽¹⁴⁾

Dentro deste cenário, do segundo semestre de 2005 ao primeiro semestre de 2006, foram registrados 760 (setecentos e sessenta) casos de TB, sendo que 328 casos em 2005 e 432 em 2006. O índice de cura é de 75%, com um percentual de óbito de 4% e de abandono de 8,4%.⁽¹⁴⁾

Por referir-se a um projeto oriundo de um estudo multicêntrico, este foi desenvolvido em municípios prioritários para TB em diferentes regiões do Brasil, envolvendo 6 cidades: Ribeirão Preto e São José do Rio Preto – (SP); Campina Grande – Paraíba; Itaboraí - Rio de Janeiro; Feira de Santana – Bahia; Curitiba-Paraná. Para o presente artigo apresenta-se dados referentes ao município em análise.

Os critérios de escolha dos municípios foram: possuir área geograficamente delimitada, com alta taxa de incidência de TB, DOTS implementado no sistema de saúde e presença de todos os atores sociais: gestor, academia, organização não governamental e conselhos de saúde; razoável tradição histórica de organização de serviços de APS e desenvolvimento de ações de controle da TB.

Além disso, para este tipo de pesquisa, o envolvimento de todos os parceiros é ainda mais relevante para o alcance do sucesso. Dessa forma, a pesquisa foi desenvolvida por pesquisadores através de consulta com representantes dos gestores, equipe do Programa de TB (PCT) e Vigilância Epidemiológica (VE).

Participaram do estudo dois grupos: profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que desenvolvem ações de controle da TB nos serviços de saúde de APS e Unidade de Referência (UR); e, doentes em tratamento no município, que puderam ser localizados e concordaram em participar da pesquisa, que foi realizada no período de julho/2006 a agosto/2007.

Devido ao processo ainda incipiente de descentralização das ações do PCT para as USF e UBS, o atendimento aos doentes é realizado preferencialmente nas UR. Além da garantia da continuidade do tratamento, alguns doentes referem preferir a UR por conta do caráter estigmatizante da doença. Não querem ser reconhecidos como tuberculosos na comunidade.

Vale destacar que fez parte da amostra de doentes toda a rede municipal, entretanto, a única unidade que diagnostica, trata e acompanha é a UR, conforme mencionado anteriormente, o que naturalmente influenciou o encontro dos doentes nesta unidade, o que caracterizando uma amostra intencional. Além disso, nesta amostra foram detectados apenas dois casos em DOTS.

Para os critérios de exclusão, enquadraram-se os doentes menores de 18 anos.

Adotou-se as orientações estatísticas que propõem para análise multivariada com o número mínimo de 50 observações (doentes) e, preferencialmente, maior ou igual a 100 – com regra geral que reza que deve haver cinco vezes mais observações do que o número de variáveis a serem analisadas e o tamanho mais aceitável teria uma proporção de dez para um. Para o município em estudo, foram entrevistados 100 doentes.⁽¹⁵⁾ Esta amostra corresponde a aproximadamente 15% de todos os casos de TB registrados no município no período de agosto de 2005 a julho de 2006.

A amostra foi acrescida de quatorze trabalhadoras de saúde de 05 áreas consideradas endêmicas no município, constituindo-se em uma amostra intencional, por privilegiar as áreas que possuíam profissionais que atendessem doentes cadastrados no programa.

O instrumento utilizado foi oriundo da adaptação do instrumento Primary Care Assessment Tool (PACT), elaborado por Starfield e Macinko, desenvolvido na Universidade de Johns Hopkins para medir os aspectos críticos dos serviços de APS nos países europeus. No Brasil, este instrumento foi adaptado e validado por Macinko e Almeida⁽¹⁶⁾ num estudo de avaliação rápida dos serviços de atenção básica do SUS em nível local. O mesmo foi adequado em 2007 para atenção à TB por Villa e Ruffino-Neto, para melhor refletir o contexto do programa no país.

Para armazenar as respostas obtidas via questionário foi criado um banco de dados para cada município, no Software *Statistica* 6.1 da *Statsoft*, uma vez que o projeto envolve várias regiões, contudo, no presente estudo, analisou-se apenas o cenário de Feira de Santana.

Durante o treinamento realizado com os coletadores para a aplicação do instrumento, foi feito um primeiro pré-teste com os próprios pesquisadores para ajustes e sugestões de modificações do questionário em cada cenário da pesquisa. Em seguida, realizou-se um segundo pré-teste com os trabalhadores para o ajuste final do instrumento em Ribeirão Preto-SP.

As etapas operacionais da análise foram quatro: análise preliminar dos dados com cálculos de frequências relativas e absolutas; análise de confiabilidade do questionário dos doentes; análise de associação entre variáveis do questionário dos doentes e; análise de variância entre doentes e profissionais.

O projeto de pesquisa multicêntrico foi analisado e considerado aprovado, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo (EERP/USP).

RESULTADOS

A dimensão de análise integração dos serviços (coordenação) composta por 11 itens de análise, cuja consistência interna através dos coeficientes do Alfa de Cronbach não padronizados e padronizados foi, respectivamente, 0,8911 e 0,8629.

Em consonância, nota-se que os níveis do alfa de Cronbach são considerados aceitáveis, pois todos se mantiveram entre 0,8 e 0,9, indicando uma alta consistência interna, isto é, os 11 itens compõem um conjunto consistente, no sentido de mensurar um mesmo objeto.

Em relação à análise de associação entre as variáveis, a Tabela 1 revela que os doentes que *nunca* são ‘encaminhados a especialistas pelos profissionais da unidade’ são mais freqüentes entre os que *nunca* ‘discutem os possíveis lugares de atendimento’ (98,77%) e menos freqüentes entre os que *sempre* ‘discutem os possíveis lugares de atendimento’ (89,47%).

No que se refere ao sistema de referência e contra-referência, os doentes que *nunca* ‘recebem informações escritas para entregar ao especialista’ são mais freqüentes entre os que *nunca* ‘retornam com as informações escritas do especialista’ (97,65%) e menos freqüentes entre os que *sempre* ‘retornam com as informações escritas do especialista’ (80,00%), conforme mostra a Tabela 2.

Os doentes que responderam que o ‘profissional de saúde nunca discute sobre os resultados da consulta com o especialista’ são mais freqüentes, entre os que revelaram que o profissional nunca ‘está interessado em saber se o doente foi bem atendido pelo especialista’ (94,05%); e em doentes que responderam que o profissional sempre ‘está interessado em saber se foi bem atendido pelo especialista’ não foi observado diferença significativa (Tabela 3).

A Tabela 4 mostra a relação dos indicadores que não apresentaram semelhança entre os grupos de doentes e profissionais ($p < 0,05$) inseridos na dimensão Coordenação.

Os indicadores ‘profissional encaminha ao especialista’ e ‘profissional discute a referência’, mostraram diferentes graus de concordância entre os grupos, que variam próximos de *quase nunca* para os doentes e próximos de *sempre* para os profissionais.

O ‘profissional da unidade ajuda a marcar a consulta com o especialista’ foi um indicador que também mostrou diferentes graus de concordância entre os grupos, que variam entre *nunca* e *quase nunca* para os doentes e próximos de *quase sempre* para os profissionais.

Quanto ao ‘recebimento do comprovante de marcação de consultas’, este variou de próximos a *nunca* para os doentes e entre *quase sempre* e *sempre* para os profissionais.

Os resultados referentes ao sistema de referência e contra-referência revelaram que o indicador ‘informações escritas para referência’, variou próximos de *nunca* e *quase nunca* para os doentes, e próximos de *sempre* para os profissionais.

O indicador ‘discussão da consulta especializada’, variou entre *nunca* e *quase nunca* para os doentes e próximos de *quase sempre* para os profissionais.

Por fim, em relação aos indicadores não semelhantes da dimensão coordenação, o ‘interesse no atendimento especializado’ variou entre *nunca* e *quase nunca* para os doentes e entre *quase sempre* e *sempre* para os profissionais.

A Tabela 5 explana os indicadores que apresentaram semelhança ($p > 0,05$) dentro da dimensão Coordenação.

Os indicadores ‘profissional usa o prontuário durante a consulta’ e ‘aviso sobre agendamento’, mostraram grau de concordância entre os grupos, estão próximos de *sempre*.

O indicador ‘resultados de exames disponíveis’ mostrou graus de concordância semelhantes entre os grupos, que próximos de *quase sempre*.

Já o indicador ‘recebe contra-referência’ mostrou que o grau de concordância entre os grupos estão próximos de *quase nunca*.

DISCUSSÃO

Dentro das ações desenvolvidas pelo PCT, a análise de confiabilidade da dimensão em estudo apresentou uma consistência interna considerada aceitável (0,6 – 0,7) de acordo com Hair ⁽¹⁷⁾, o que pode ser compreendido como um indicativo de que os itens abordados possuem certo poder de mensurar o mesmo objeto.

Dentro da dimensão coordenação de ações de controle, referente à forma de integração do programa na rede de serviços do sistema de saúde, os dados revelaram que é predominante as discordâncias entre doentes e profissionais no que tange ao sistema de referência e contra-referência. Nessa lógica, fica evidente que devido ao fato do município ainda centralizar a atenção ao portador de TB na Unidade de Referência (UR), ficando o PSF e PACS na margem da assistência, este sistema acaba tornando-se obsoleto.

Sendo assim, o sistema de referência e contra-referência para o PCT no município ainda funciona de forma incipiente, uma vez que a própria referência se responsabiliza por grande parte da demanda de atendimento, mantendo a verticalidade da assistência.

Aliado a esta situação, é notória a falta de conhecimento e valorização pelos profissionais desse sistema de referência e contra-referência, mesmo sendo este o instrumento responsável por garantir o acesso e a continuidade da terapêutica.⁽¹⁸⁾

Atividades básicas de coordenação como o uso do prontuário, aviso sobre agendamento e disponibilidade dos resultados de exames, fizeram parte das ações concordantes entre doentes e profissionais. Certamente que estas ações compõem ferramentas mínimas para uma atenção de qualidade.

As respostas discordantes, por si só, demonstram uma distância existente entre o serviço/profissional e o doente/usuário. O primeiro tende a avaliar da melhor forma seu serviço e, o último, sendo o mais suscetível, tende a relatar sua realidade.

Partindo deste foco, observa-se que o município ainda encontra-se em fase de implementação do PSF, apesar de ter sido implantado há, aproximadamente 07 anos, com uma descentralização do PCT incipiente, o que dificulta o melhor conhecimento das condições de vida da população, gerando uma assistência fragmentada aos menos favorecidos com a não descentralização da assistência e a verticalidade do programa, tão prejudiciais para a adesão ao tratamento da TB.

Nesse sentido, torna-se imprescindível um crescimento da cobertura de atenção básica e, principalmente, da Estratégia Saúde da Família, com um conseqüente avanço na descentralização do programa. Ações estas, que dependerão muito do fortalecimento da mobilização social em torno da TB, para garantir a cobrança de recursos para a doença e a co-infecção TB/HIV, tendo como principais desafios a redução da taxa de abandono e o aumento da taxa de cura.

CONCLUSÕES

Os dados do presente estudo revelaram diferentes graus de concordância entre os doentes e os profissionais, com as melhores avaliações sendo realizadas pelos profissionais e as piores pelos doentes. Dentre os indicadores discordantes estão os que compõem o sistema de referência e contra-referência, que os doentes referiram nunca ocorrer e os profissionais quase sempre, ficando evidente a fragilidade da atenção do PCT. Em relação ao uso do prontuário e resultados de exames disponíveis, ambos os grupos responderam quase sempre e sempre acontecerem, ou seja, apenas as atividades básicas do programa são garantidas.

Esses dados possibilitam refletir sobre a calamidade negligenciada (TB), pois expande as raízes do problema para todos os envolvidos na organização do sistema de saúde, desde a “porta de entrada” até os níveis mais complexos do sistema.

Ressalta-se a necessidade de ampliar as estratégias de promoção à saúde que envolvam a questão da TB como um problema de saúde pública, com ênfase na prevenção de forma sistematizada, trabalhadores comprometidos e responsáveis pela demandas/necessidades dos usuários, com atendimento eficiente e de qualidade, além da definição de comando articulado entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde, com co-responsabilização entre os diferentes sujeitos que estão envolvidos com atenção à TB.

Os princípios da ABS, entre eles a integralidade, podem e precisam ser operados em todos os níveis de atenção, implicando assim numa mudança de prática de saúde. O elenco de serviços e a coordenação da atenção, se monitorados podem funcionar como observatório na construção de uma prática de saúde comprometida com o usuário. Nessa perspectiva, os serviços do primeiro nível de atenção terão potência para adquirir credibilidade, resolubilidade e no processo construirmos o fortalecimento da ABS.

Para além dos serviços de saúde, é preciso observar as condições de vida da população, evidenciada em indicadores de pobreza, falta de infraestrutura, analfabetismo e o preconceito, como limites a serem superados no controle da TB, pois os próprios doentes optam por serem acompanhados em nível de Unidade de Referência (centralizada). Pode-se inferir que, os doentes de TB para não serem identificados em sua comunidade distanciam-se do atendimento na unidade de sua área de abrangência, pelo estigma de ser um tuberculoso.

Sendo assim, a TB em Feira de Santana só poderá ser controlada se houver o comprometimento dos diversos segmentos envolvidos, com o fortalecimento do controle social, justamente para vencer as barreiras do estigma e da desinformação, e também para

cobrar dos gestores públicos medidas mais eficazes e eficientes. Desta forma, torna-se imperativo esforços na descentralização das ações de controle, expansão e qualificação do Tratamento Supervisionado (TS), com equipe de saúde melhor preparada e mais próxima do doente, preferencialmente no domicílio, além da descentralização do diagnóstico, tratamento e acompanhamento das ações de controle da TB para as equipes de Saúde da Família.

Enfim, é preciso situar a TB na rede de serviços, com articulação das instituições de caráter privado com as públicas em parceria com a sociedade civil, uma vez que essas ações conjuntas entre o governo e organizações da sociedade civil fazem parte da política global de descentralização e, estas, se tornam comprovadamente mais eficazes quando realizadas em parceria.

REFERÊNCIAS

1. Ruffino-Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2002; 35(1): 51-8.
2. World Health Organization [WHO]. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2008. Geneva, Switzerland; 2008.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
4. Brasil. Plano Nacional de mobilização e intensificação das ações para a eliminação da hanseníase e controle da tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
5. Muniz JN, Villa TCS, Monroe AA, Hino P. Construindo e organizando a prática do tratamento supervisionado no controle da tuberculose. *Espaço para a Saúde* 2001; 2(2). [citado 2006 Set 25]. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n2/doc/tuberculose>.
6. Vendramini SHF, Villa TCS, Palha PF, Monroe AA. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. *Boletim de Pneumologia Sanitária* 2002; 10(1): 5-12.
7. Witt RR. Sistema de referência e contra-referência num serviço de saúde comunitária. *Rev gaúch Enferm.* 1992 jan; 13(1): 19-23..
8. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saude Publica.* 1997; 13: 469-78.

9. Assis MMA, Cerqueira EM, Nascimento MA, Santos AM, Abreu-de-Jesus WL. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. *Revista de Atenção Primária à Saúde* 2007; 10(2): 189-99,
10. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
11. Ruffino-Netto A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: Situação Atual e novas perspectivas. *Inf epidemiol SUS*. 2001; 10(3): 129-38.
12. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID; 2003.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [citado 2007 Nov 17]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>.
14. Feira de Santana, Bahia. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão 2007*. Feira de Santana: Secretaria Municipal de Saúde; 2008.
15. Hair Jr JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Análise Multivariada de Dados*. Porto Alegre: Bookman; 2005. 593p.
16. Macinko J, Almeida C, Oliveira E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. *Saúde em Debate* 2003; 27(65): 243-56.
17. Hair Jr JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Multivariate data analysis, with readings*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1998.
18. Juliani MCM, Campione MHT. Organização do Sistema de referência e contra-referência no contexto do sistema único de saúde: a percepção de enfermeiros. *Rev Esc Enfermagem USP*. 1999; 33(4): 323-33.
19. Pereira JCR. *Análise de Dados Qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais*. 3 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2004.
20. Brasil. *Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica/ Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica*. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
21. Bertolozzi MR. *A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva do tratamento diretamente observado (“DOTS”) no município de São Paulo –SP [tese]*. São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.
22. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
23. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saude Publica*. 1997; 13: 469-78.

ANEXOS

Tabela 1 Frequência relativa (porcentagem) do cruzamento das variáveis: encaminhamento ao especialista e lugares de atendimento pelos profissionais, Feira de Santana-BA, 2007.

É encaminhado ao especialista pelos profissionais	Profissional discute os lugares de atendimento				Total
	Nunca		Sempre		
Nunca	80	98,77%	02	10,53%	82
Sempre	01	1,23%	17	89,47%	18
Total	81	100,00%	15	100,00%	100

Tabela 2 Frequência relativa (porcentagem) do cruzamento das variáveis: informações escritas para a referência e contra-referência, Feira de Santana-BA, 2007.

Informações escritas para referência	Informações escritas da contra-referência				Total
	Nunca		Sempre		
Nunca	83	97,65%	03	20,00%	86
Sempre	02	2,35%	12	80,00%	14
Total	85	100,00%	15	100,00%	100

Tabela 3 Frequência relativa (porcentagem) do cruzamento das variáveis: discussão dos resultados do especialista e interesse pelo atendimento especializado, Feira de Santana-BA, 2007.

Discussão dos resultados do especialista	Interesse pelo atendimento especializado				Total
	Nunca		Sempre		
	Nunca	79	94,05%	07	
Sempre	05	5,95%	09	56,25%	14
Total	84	100,00%	16	100,00%	100

Tabela 4 Variáveis não semelhantes de Coordenação. Feira de Santana-BA, 2007.

VARIÁVEIS	DOENTES			PROFISSIONAIS			p
	M	DP	IC	M	DP	IC	
N- Profissional encaminha ao especialista	1,72	1,54	1,41-2,02	4,78	0,80	4,32-5,24	<0,0001
O- Profissional discute referência	1,75	1,55	1,44-2,05	4,64	1,08	4,01-5,26	<0,0001
P- Profissional auxilia marcação com especialista	1,54	1,35	1,27-1,80	4,42	0,64	4,05-4,80	<0,0001
Q- Comprovante de marcação	1,35	1,12	1,12-1,57	4,50	0,94	3,95-5-04	<0,0001
R- Informações escritas para referência	1,59	1,38	1,31-1,86	4,78	0,57	4,45-5,11	<0,0001
S- Discussão da consulta especializada	1,59	1,40	1,31-1,86	4,14	1,29	3,39-4,88	<0,0001
T- Interesse no atendimento especializado	1,67	1,47	1,37-1,96	4,57	1,15	3,90-5,23	<0,0001

Legenda: M= valor médio do indicador; DP= desvio-padrão; IC= intervalo de confiança

Tabela 5 Variáveis semelhantes de Coordenação. Feira de Santana-BA, 2007.

Variáveis	DOENTES			PROFISSIONAIS			<i>P</i>
	M	DP	IC	M	DP	IC	
U- Profissional usa prontuário	4,97	0,22	4,92-5,01	5,00	0,00	5,00-5,00	0,6165
V- Resultados de exames disponíveis	4,42	1,26	4,16-4,67	3,85	1,70	2,87-4,84	0,1388
X- Aviso sobre agendamento	4,92	0,56	4,80-5,03	5,00	0,00	5,00-5,00	0,5972
Z- Recebe contra-referência	1,64	1,44	1,35-1,92	2,35	1,49	1,49-3,22	0,0863

Legenda: M= valor médio do indicador; DP= desvio-padrão; IC= intervalo de confiança

4.2 Avaliação do elenco de serviços no Programa de Controle da Tuberculose, 2007.

Elisângela Mascarenhas da Silva

Marluce Maria Araújo Assis

Tereza Cristina Scatena Villa

Lúcia Marina Scatena

André Renê Barboni

Erenilde Marques de Cerqueira

RESUMO

Objetivo: Avaliar a oferta de serviços de Atenção Primária no Programa de Controle da Tuberculose (PCT) de Feira de Santana.

Métodos: Trata-se de um estudo epidemiológico com modelo de inquérito de avaliação de serviço. O campo empírico da pesquisa foi o segundo maior município da Bahia, Feira de Santana. Participaram do estudo dois grupos: 100 doentes e 14 profissionais, ambos com amostras intencionais. Para o tratamento dos dados, criou-se um banco de dados no Software Statistica 6.1 que incluiu análise de frequência e teste χ^2 de associação entre os itens do questionário. O nível de significância foi de 5%.

Resultados: Os resultados da análise de frequência mostraram que para 98% dos doentes nunca foi ofertado o Tratamento Supervisionado (TS); para 50% dos doentes nunca foi ofertado o exame de HIV; 52% nunca receberam visita domiciliar (VD) durante o tratamento da TB. Alguns itens do questionário apresentaram maior associação estatística: doentes que sempre receberam cesta básica são mais frequentes entre os que sempre receberam vale transporte (91,30%) e menos frequentes em doentes que nunca receberam vale transporte (25,97%).

Conclusões: Os doentes de TB no município não contam com uma rede de serviços descentralizada, pois as ações são realizadas na unidade de referência. O TS não é ofertado. Observa-se que somente as atividades básicas do programa, como as consultas mensais, são garantidas. Ressalta-se a necessidade de medidas efetivas de implementação das ações de controle com o envolvimento de todos os segmentos (gestores, trabalhadores de saúde e usuários do sistema).

Palavras-chave: Programa. Tuberculose. Sistema de Saúde. Serviços Básicos de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Evaluation of the range of services in the Control Program of Tuberculosis, 2007.

Goal: Evaluate the offer of services of Primary Care in the Feira de Santana Tuberculosis Control Program (PCT).

Methods: This is an epidemiological study with a model of inquiry of service evaluation. The empirical field of the research was the municipality of Feira de Santana. 2 groups participated in this study: 100 patients and 14 professionals, both with deliberate samples. For the handling of the data a data bank was created in the software Statistica 6.1 that includes frequency of analysis and test X² of association among the items of the questionnaire. The level of significance was of 5 %.

Results: The results of the frequency analysis showed that for 98 % of the patients the supervised treatment had never been offered; for 50 % of the patients the HIV test had never been offered; 52 % had never received a house call during tuberculosis treatment. The items of the questionnaire that show major statistical association were: patients that always received basic food allowance are more frequent among those that always received transportation voucher (91.30%) and less frequent in patients that never received a transportation voucher (25.97%).

Conclusions: the patients of Tuberculosis in the municipality do not count on a decentralized network of services. The actions of the control of the disease are done at the unit of reference. The supervised treatment is not offered. It can be noted that only the basic activities of the program, such as the monthly consultations, are guaranteed. Emphasized is the necessity of actual steps to be taken for the implementation of control actions with the involvement of all the segments (managers, health workers and users of the system) is indispensable.

Key Words: Program. Tuberculosis. Health System. Basic Health Services. Primary Care in Health.

INTRODUÇÃO

Desde a Antiguidade até os dias atuais, com sua presença impiedosa e diferentes denominações, a Tuberculose (TB) aflige a humanidade com semelhante importância. A TB também é reconhecida como a calamidade negligenciada e, não somente, como um problema de Saúde Pública, o que tem despertado preocupação nas autoridades de saúde.⁽¹⁾

De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2006, ocorreram 9,2 milhões de casos novos de TB no mundo, com uma taxa de prevalência de 219/100.000 habitantes e, aproximadamente, 1,66 milhões mortes no mesmo período.⁽²⁾

Ainda segundo a OMS, a TB é um problema prioritário em 22 países em desenvolvimento com as mais altas cargas notificadas no mundo, fazendo parte desta estatística de liderança o Brasil, que atualmente ocupa o 16º lugar, com estimativa de 94 mil casos de TB com incidência de 50/100.000 casos de TB por todas as formas, 31/100.000 por TB pulmonar bacilífera e prevalência de 55/100.000 casos por todas as formas. Mesmo sendo uma doença que tem cura, ainda causa a morte de 5,1% dos casos diagnosticados no Brasil, com um percentual de cura de 77% e a taxa de abandono está em torno de 9%.⁽²⁾

De acordo a análise da situação de saúde feita pelo Ministério da Saúde no ano de 2005, a Bahia é o terceiro Estado com maior incidência de TB no país (9,1%) e o quarto com maiores proporções de casos não encerrados (24,6%).⁽³⁾

A situação do município de Feira de Santana não difere muito deste cenário, pois foi considerado um dos 329 municípios brasileiros prioritários para TB no Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para a Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose.⁽⁴⁾

Na tentativa de reverter o quadro, a OMS em 1993, declarou a situação da TB como emergência mundial estabelecendo novas diretrizes de trabalho, dentre elas, o Directly

Observed Treatment Short Course (DOTS), que significa tratamento diretamente observável de curta duração, o qual tem trazido grandes avanços no cenário desta doença e envolve cinco pilares: compromisso político, detecção de casos por microscopia, tratamento de curta duração e diretamente observado, provisão regular das drogas e sistema eficiente de registro de dados. ^(1, 5, 6)

Com a realidade da oferta nem sempre coerente com a demanda da população, isso tem gerado algumas conseqüências indesejadas como o comprometimento da terapêutica do doente. Porém, a oferta esperada de serviços varia de acordo com cada realidade que existe segundo a interação intermitente de vários aspectos: histórico, social, econômico e político.

Nesse contexto, os serviços de saúde podem ter um papel fundamental para a detecção precoce de casos, com ações promocionais e preventivas, ainda que existam as perceptíveis iniquidades das condições de vida. Desta forma, é provável que para obter a efetividade e equidade sejam indispensáveis orientações e integração adequada de toda rede assistencial em seus diversos níveis de atenção, não apenas no primário.

Especificamente falando da oferta de serviços na APS, este tema torna-se central de discussão por ser uma responsabilidade comum a todos os sistemas municipais de saúde brasileiros. ⁽⁷⁾ A APS, enquanto uma das portas de entrada para o sistema (que poderia ser a principal) se constitui em um nível próprio de atenção, que tem capacidade de extrapolar a intervenção curativa individual e responder cerca de 80% dos problemas de saúde demandados. ^(7, 8)

Ressalta-se, a necessidade de transcender a assistência prestada pela equipe multiprofissional, ultrapassando as fronteiras das Unidades de Saúde, permanentemente vinculada à realidade da comunidade, desencadeando, portanto, uma assistência integral de fato. Isto acaba por impor uma reflexão sobre a estrutura e o processo de serviços de saúde em geral, residindo aí a estreita ou longa distância entre a adesão à terapêutica ou abandono. ⁽⁹⁾

O presente trabalho tem como objetivo avaliar o elenco de serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) no Controle da TB em um município da Bahia, tomando como eixo orientador a organização dos serviços de saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de avaliação de serviço de saúde que utiliza como referencial teórico-metodológico as categorias básicas da avaliação da qualidade de serviços de saúde de Starfield⁽¹⁰⁾ com base nas dimensões da APS. O campo empírico da pesquisa foi o município de Feira de Santana com 571.997 habitantes⁽¹¹⁾, sede da Macrorregião Centro Leste do Estado que abrange uma população de 1.959.599 habitantes, congregando 27 municípios. Para atender as necessidades de saúde de seus cidadãos, o sistema municipal de saúde está composto por 72 USF com 82 ESF, 05 policlínicas, um Hospital Especializado em Saúde da Mulher, um laboratório municipal e 13 Unidades Básicas de Saúde, sendo que uma funciona como unidade de referência (UR) em TB. O PSF tem um percentual de cobertura no município de 60% na zona urbana e 100% da zona rural.⁽¹²⁾

Dentro deste cenário, do segundo semestre de 2005 ao primeiro semestre de 2006, foram registrados 760 (setecentos e sessenta) casos de TB, sendo que 328 casos em 2005 e 432 em 2006. O índice de cura é de 75%, com um percentual de óbito de 4% e de abandono de 8,4%.⁽¹²⁾

Por referir-se a um projeto oriundo de um estudo multicêntrico, este foi desenvolvido em municípios prioritários para TB em diferentes regiões do Brasil, envolvendo 6 cidades: Ribeirão Preto e São José do Rio Preto – (SP); Campina Grande – Paraíba; Itaboraí - Rio de

Janeiro; Feira de Santana – Bahia; Curitiba-Paraná. Para o presente artigo apresenta-se dados referentes ao município em análise.

Os critérios de escolha dos municípios foram: possuir área geograficamente delimitada, com alta taxa de incidência de TB, DOTS implementado no sistema de saúde e presença de todos os atores sociais: gestor, academia, organização não governamental e conselhos de saúde; razoável tradição histórica de organização de serviços de APS e desenvolvimento de ações de controle da TB.

Participaram do estudo dois grupos: profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que desenvolvem ações de controle da TB nos serviços de saúde de APS e Unidade de Referência (UR); e, doentes em tratamento no município, que puderam ser localizados e concordaram em participar da pesquisa, que foi realizada no período de julho/2006 a agosto/2007.

Devido ao processo ainda incipiente de descentralização das ações do PCT para as USF e UBS, o atendimento aos doentes é realizado preferencialmente nas UR. Além da garantia da continuidade do tratamento, alguns doentes referem preferir a UR por conta do caráter estigmatizante da doença.

Vale destacar que fez parte da amostra de doentes toda a rede municipal, entretanto, a única unidade que diagnostica, trata e acompanha é a UR, o que naturalmente influenciou o encontro dos doentes nesta unidade, o que caracterizando uma amostra intencional. Além disso, nesta amostra foram detectados apenas dois casos em DOTS.

Para os critérios de exclusão, enquadraram-se os doentes menores de 18 anos.

Adotou-se as orientações estatísticas que propõem para análise multivariada com o número mínimo de 50 observações (doentes) e, preferencialmente, maior ou igual a 100 – com regra geral que reza que deve haver cinco vezes mais observações do que o número de variáveis a serem analisadas e o tamanho mais aceitável teria uma proporção de dez para um.

Para o município em estudo, foram entrevistados 100 doentes.⁽¹³⁾ Esta amostra corresponde a aproximadamente 15% de todos os casos de TB registrados no município no período de agosto de 2005 a julho de 2006.

A amostra foi acrescida de quatorze trabalhadoras de saúde de 05 áreas consideradas endêmicas no município, constituindo-se em uma amostra intencional, por privilegiar as áreas que possuíam profissionais que atendessem doentes cadastrados no programa.

O instrumento utilizado foi oriundo da adaptação do instrumento Primary Care Assessment Tool (PACT), elaborado por Starfield e Macinko, desenvolvido na Universidade de Johns Hopkins para medir os aspectos críticos dos serviços de APS nos países europeus. No Brasil, este instrumento foi adaptado e validado por Almeida e Macinko⁽¹⁴⁾ num estudo de avaliação rápida dos serviços de atenção básica do SUS em nível local. O mesmo foi adequado em 2007 para atenção à TB por Villa e Ruffino-Neto, para melhor refletir o contexto do programa no país.

Para armazenar as respostas obtidas via questionário foi criado um banco de dados para cada município, no Software *Statistica* 6.1 da *Statsoft*, uma vez que o projeto envolve várias regiões, contudo, no presente estudo, analisou-se apenas o cenário de Feira de Santana.

Durante o treinamento realizado com os coletadores para a aplicação do instrumento, foi feito um primeiro pré-teste com os próprios pesquisadores para ajustes e sugestões de modificações do questionário em cada cenário da pesquisa. Em seguida, realizou-se um segundo pré-teste com os trabalhadores para o ajuste final do instrumento em Ribeirão Preto-SP.

As etapas operacionais da análise foram quatro: análise preliminar dos dados com cálculos de frequências relativas e absolutas; análise de confiabilidade do questionário dos doentes; análise de associação entre variáveis do questionário dos doentes e; análise de variância entre doentes e profissionais.

O projeto de pesquisa multicêntrico foi analisado e considerado aprovado, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo (EERP/USP).

RESULTADOS

Caracterização do perfil dos doentes de TB

Do total de 100 doentes entrevistados, a maioria era do sexo masculino, representando 71 % da amostra. Com relação ao grau de escolaridade, 41% dos doentes afirmaram ter o ensino fundamental incompleto, 18% referiram não ter escolaridade, 17% têm o ensino médio completo, 12% não concluíram o ensino médio, 8 % têm o ensino fundamental completo e 3% o ensino superior incompleto. Todos os doentes referiram morar em casa de alvenaria. Quanto à habitação 76% dos doentes de TB possui casa própria, seguida pela casa alugada com 22% e empréstimo em 2 %.

Em relação aos bens permanentes no domicílio, a totalidade dos doentes afirmou ter luz elétrica, 88% referiram ter água encanada e 90% banheiro. Já quando questionados sobre os bens existentes no domicílio, 76% tem geladeira, 93% televisão, 77% não possui carro, 91% tem rádio e 71 % telefone fixo ou celular.

A maioria dos doentes (74%) referiu ter cinco ou mais cômodos no domicílio, assim como, têm quatro ou mais pessoas que residem no mesmo domicílio (59 %). Com relação à faixa etária dos contatos domiciliares, 43% dos doentes relataram a presença de crianças menores de 12 anos, e 30% têm um ou mais idosos morando no mesmo domicílio.

Elenco de Serviços do Programa de Controle de Tuberculose

A dimensão de análise “Elenco de Serviços” foi composta por 13 itens no questionário dos doentes e dos profissionais, possibilitando a associação entre as variáveis, através do teste

de associação χ^2 e, a associação entre os grupos, através da ANOVA, cujos resultados estão expostos na Tabela 1.

A correlação entre o item e o total, tabela 1, mostra o coeficiente de correlação entre o item específico e o indicador total, depurado de sua própria contribuição.⁽¹⁶⁾ O item ‘Tratamento Supervisionado’ é o que possui menor correlação com o indicador total. Ou seja, é a medida com maior disparidade das outras tomadas em conjunto.

O alfa de Cronbach calculado quando o respectivo item é desprezado, revela o impacto que teria a retirada de cada item do questionário.⁽¹⁶⁾ Na Tabela 1, nota-se que a eliminação do item ‘Tratamento Supervisionado’ melhoraria um pouco o resultado do alfa (0,7020). No entanto, sendo a pesquisa de caráter exploratório, ou seja, é a primeira vez que o instrumento é aplicado neste município, este deve permanecer no questionário por estabelecer correlação com o indicador total.

A Figura 1 mostra a relação dos indicadores que apresentaram respostas concordantes e discordantes entre os grupos de doentes e profissionais ($p < 0,05$).

Os indicadores ‘pote de escarro para diagnóstico’(A); ‘pote de escarro para controle mensal’(C); e informação sobre TB (F) apresentam grau de concordância entre os grupos, próximo de *quase sempre*. O indicador ‘consulta mensal para TB’(D) apresenta semelhante grau de concordância entre os grupos que varia próximo de *sempre*. O indicador ‘teste tuberculínico’(B) mostra semelhante grau de concordância entre os grupos, que está próximo de *às vezes*.

O indicador ‘vale transporte’(E) mostra que o grau de concordância entre os grupos está próximo de *quase nunca* para os doentes e *às vezes* para os profissionais. Em relação ao ‘exame Aids’ (G) apresenta discordância que variou de *às vezes* para os doentes e *sempre* para os profissionais. Os indicadores ‘cesta básica ou vale alimentação’(H) apresenta discordância entre os grupos que varia próximo de *quase nunca* para os doentes e *quase sempre* para os

profissionais. Já o item ‘educação em saúde’(I) mostra diferente grau de concordância entre os grupos que varia de próximo *quase nunca* para os doentes, e próximo de *quase sempre* para os profissionais.

A pergunta ‘visita domiciliar sobre TB’ (J), o valor médio para o doente foi de 2,50 e profissionais 4,14. Portanto, mostra diferente grau de concordância entre os grupos que varia *quase nunca* para os doentes, e próximo de *quase sempre* para os profissionais.

O indicador ‘visita domiciliar por outros motivos’ (K) mostra diferente grau de concordância entre os grupos que varia de *quase nunca* para os doentes e *às vezes* para os profissionais. A pergunta ‘participação em grupo de TB’ (L) mostra diferente grau de concordância entre os grupos que varia de *nunca* para os doentes, e próximo de *quase nunca* para os profissionais. Já o item ‘tratamento supervisionado’(M) mostra diferente grau de concordância entre os grupos que varia de *nunca* para os doentes, e próximo de *quase sempre* para os profissionais.

Esses dados remetem a uma análise discursiva acerca de todos os componentes que englobam o PCT no país, especificamente no município em análise, fazendo uma analogia com a prática do programa na rede de assistência de APS, como descrito a seguir.

DISCUSSÃO

A caracterização do perfil dos doentes de TB, enquanto variáveis demográficas e socioeconômicas, buscou associar as condições de vida dos doentes com a cadeia epidemiológica da doença, o que correspondeu à tendência do Brasil. Em relação ao sexo e baixa escolaridade, reforçou a associação desta doença com o nível social baixo, ainda que se reconheça a ampliação do acesso a bens e serviços coletivos pela população excluída socialmente.

Dentro das ações desenvolvidas pelo PCT, a análise de confiabilidade da dimensão em estudo apresentou uma consistência interna considerada aceitável (0,6 – 0,7),⁽¹⁶⁾ o que pode ser compreendido como um indicativo de que os itens abordados possuem um certo poder de mensurar o mesmo objeto.

A oferta dos ‘potes de escarro para diagnóstico’ e ‘para controle’, ‘consulta mensal para TB’ e ‘informações sobre TB’ apresentaram respostas concordantes entre os grupos, que variaram entre quase sempre e sempre. Isto revelou que as ações básicas para o seguimento do diagnóstico e tratamento do doente são realizadas (Figura 1).

Da mesma forma, o ‘Teste Tuberculínico’, cuja oferta ocorria às vezes entre os grupos, está de acordo com as normas do programa, uma vez que este é indicado como método auxiliar no diagnóstico da TB.⁽¹⁷⁾

Contudo, o fornecimento do ‘Vale Transporte’, que ambos os grupos afirmaram quase nunca serem ofertados, acaba impondo uma determinada carga financeira aos doentes durante o tratamento, a qual muitos não apresentam condições de arcar. Enquanto um doente de TB muitas vezes não é capaz de contribuir para o ganho de renda na família, os custos com o tratamento acabam por drenarem seus recursos.

As respostas discordantes, por si só, demonstram uma distância existente entre o serviço/profissional e o doente/usuário. O primeiro tende a avaliar da melhor forma seu serviço e, o último, sendo o mais suscetível, tende a relatar sua realidade.

O fornecimento do ‘Vale Alimentação ou Cesta Básica’ não deixa de ser um suporte importante para cobrir gastos com alimentação, o que poderia evitar uma possível descontinuidade do tratamento, principalmente quando as condições de renda do doente são desfavoráveis. Ao analisar a complexidade do controle da TB, a necessidade de responder às demandas oriundas de sua própria sobrevivência e de sua família pode fazer o doente deixar em segundo plano o seu auto-cuidado.⁽¹⁸⁾

Nesse sentido, torna-se imprescindível conhecer as condições de vida dos doentes de TB e a prática da Visita Domiciliar (VD), quer seja sobre a TB ou outros motivos, é um meio eficaz de promover esse conhecimento e estabelecer vínculos, tão necessários para o monitoramento do tratamento da TB. O fato do profissional conhecer melhor o ambiente no qual o doente está inserido, suas necessidades e singularidades, facilita no manejo das intercorrências durante o tratamento, possibilitando novas oportunidades de interação com o doente e sua família.⁽⁶⁾

Entretanto, o presente estudo mostrou dados não esperados para o PCT, pois os doentes referiram ‘quase nunca’ receber VD para TB ou outros motivos. Da mesma forma, a ‘Educação em Saúde’. Contudo, os profissionais relataram quase sempre fornecer essas ações.

Outra questão que merece destaque é o oferecimento do ‘Teste Sorológico anti-HIV’, que os profissionais afirmam oferecer sempre aos doentes e estes relatam que às vezes é oferecido. A todo doente com diagnóstico de TB confirmado, deve ser oferecido o teste, a partir de uma conversa sobre a possibilidade de associação das duas infecções e dos benefícios do diagnóstico precoce.⁽¹⁷⁾

Semelhante análise cabe ao ‘Tratamento Supervisionado (TS)’, pois os profissionais relatam quase sempre ofertar e os doentes afirmam que nunca é ofertado. Sendo o TS uma estratégia do PCT para melhoria dos indicadores da doença, tê-lo como política prioritária, torna-se imperioso diante da atual situação epidemiológica da doença no contexto internacional, nacional e local.

Diante da atual situação, é necessário investimentos na qualificação dos serviços e desempenho da equipe de saúde, com ênfase na APS do controle da TB, tendo como dimensão de análise o elenco de serviços oferecidos. Implica no estabelecimento de arranjos que as unidades de APS devem realizar para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde que necessite.⁽¹⁰⁾ Isso inclui o conjunto de ações que a unidade oferece e os

encaminhamentos para consultas especializadas (nível secundário), serviços terciários, internação domiciliar e outros serviços comunitários, compreendendo o diagnóstico, controle e acompanhamento do tratamento, bem como a educação em saúde.

Conclusões

Os dados gerados a partir deste estudo nos revelaram que ainda convivemos com alguns indicadores indesejáveis do PCT em nosso município, a exemplo de: para 98% dos doentes nunca foi ofertado o TS, para 50% nunca foi ofertado o teste HIV e para 52% nunca receberam VD durante o tratamento, ou seja, é garantido as atividades básicas do programa, a exemplo da consulta mensal que 90% sempre realizam e de informações sobre TB e o tratamento que 79% sempre recebem. Alguns itens do questionário apresentaram maior associação estatística, a citar doentes que sempre receberam cesta básica são mais freqüentes entre os que sempre receberam vale transporte (91,30%) e menos freqüentes em doentes que nunca receberam vale transporte (25,97%).

O estudo revelou que a realidade do PCT no município de Feira de Santana-BA ainda encontra-se distante das normas e diretrizes do programa, haja visto, que a TB, enquanto uma doença crônica de tratamento prolongado, possui protocolos de tratamento e controle previamente estabelecidos.

Apesar de inserida na APS, a TB ainda está fortemente centralizada na unidade de referência, gerando uma atenção desarticulada, fragmentada e, muitas vezes, onerosa ao doente, apesar do tratamento ser financiado pelo Estado.

Diante do cenário, torna-se imperativo esforços na descentralização das ações de controle, expansão e qualificação do TS, com equipe de saúde melhor preparada e mais próxima do doente, preferencialmente no domicílio, além da descentralização do diagnóstico,

tratamento e acompanhamento das ações de controle da TB para as equipes de Saúde da Família.

Referências

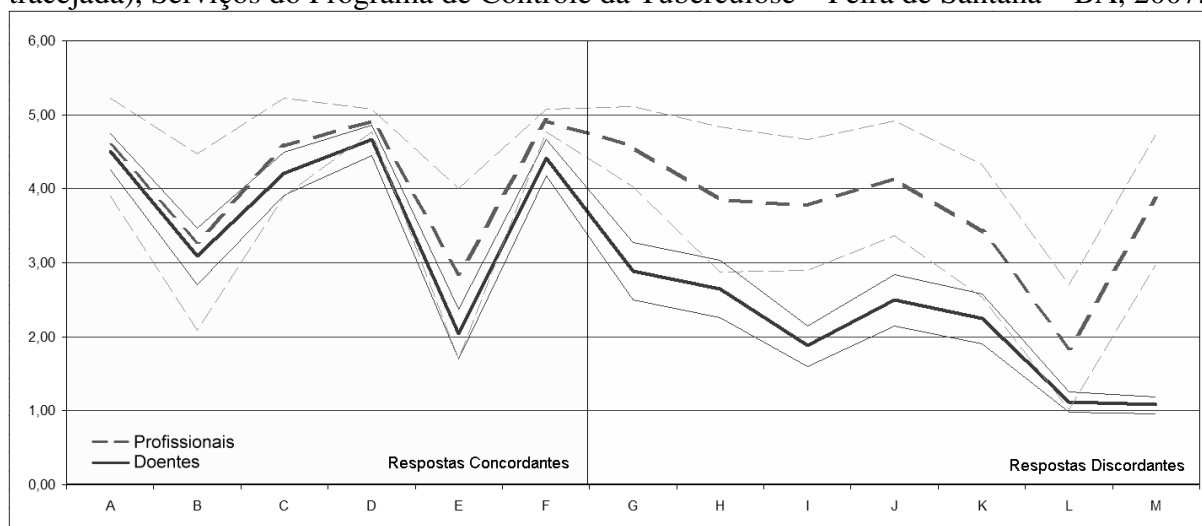
1. Ruffino-Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Rev Soc Bras Med Trop*. jan-fev 2002; 35(1): 51-8.
2. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2008. Geneva, Switzerland; 2008.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
4. Brasil. Plano Nacional de mobilização e intensificação das ações para a eliminação da hanseníase e controle da tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
5. Muniz JN, Villa TCS, Monroe AA, Hino P. Construindo e organizando a prática do tratamento supervisionado no controle da tuberculose. *Espaço para a Saúde* 2001; 2(2). [cited 2006 Set 25]. Available from: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n2/doc/tuberculose>.
6. Vendramini SHF, Villa TCS, Palha PF, Monroe AA. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. *Boletim de Pneumologia Sanitária* 2002; 10(1): 5-12.
7. Assis MMA, Cerqueira EM, Nascimento MA, Santos AM, Abreu-de-Jesus WL. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. *Revista de Atenção Primária à Saúde* 2007; 10(2): 189-99.
8. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
9. Ruffino-Netto A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: Situação Atual e novas perspectivas. *Inf epidemiol SUS*. 2001; 10(3): 129-38.
10. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID; 2003.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [Cited 2007 Nov 11]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>.
12. Feira de Santana, Bahia. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2007. Feira de Santana: Secretaria Municipal de Saúde; 2008.
13. Hair Jr JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise Multivariada de Dados. Porto Alegre: Bookman; 2005. 593p.

14. Macinko J, Almeida C, Oliveira E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. *Saúde em Debate* 2003; 27(65): 243-56.
15. Pereira JCR. *Análise de Dados Qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais*. 3 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2004.
16. Hair Jr JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Multivariate data analysis, with readings*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1998.
17. Brasil. *Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica/ Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica*. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
18. Bertolozzi MR. *A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva do tratamento diretamente observado (“DOTS”) no município de São Paulo –SP [teses]*. São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.

ANEXO

Tabela 1 Itens constantes do questionário de oferta do Elenco de Serviços e resultados do seu exame de consistência interna – Feira de Santana-BA, 2007.

Item	Correlação entre o item e o total	Alfa de Cronbach se o item é desprezado
Pote para exame de escarro para diagnóstico de TB?	0,2318	0,6882
Teste da pele (prova tuberculínica)?	0,3455	0,6751
Exame para HIV/AIDS?	0,2304	0,6961
Pote para exame de escarro mensalmente para controle da TB?	0,3805	0,6689
Consulta mensal de controle para o tratamento da TB?	0,2279	0,6885
Cestas básicas ou vale alimentação?	0,5274	0,6406
Vale transporte?	0,5070	0,6477
Informação sobre a TB e seu tratamento?	0,1326	0,6990
Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?	0,3926	0,6682
Visitas domiciliares durante o tratamento?	0,5402	0,6406
Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?	0,2875	0,6828
Participação em grupos de doentes de TB no posto / centro / unidade de saúde?	0,1824	0,6930
Tratamento Supervisionado?	0,0124	0,7020

Figura 1 – Média com os respectivos intervalos de confiança (linhas finas) da dimensão Elenco de Serviços, das respostas dos Doentes (linha contínua) e dos Profissionais (linha tracejada), Serviços do Programa de Controle da Tuberculose – Feira de Santana – BA, 2007.

Legenda: A – Pote de Escarro para diagnóstico; B – Teste Tuberculínico; C – Pote de Escarro para controle mensal; D – Consulta mensal para TB; E – Vale Transporte; F – Informações sobre TB; G – Exame HIV/AIDS; H – Cestas Básicas ou Vale Alimentação; I – Educação em Saúde; J – Visitas Domiciliares sobre TB; K – Visitas Domiciliares outros motivos; L – Participação em grupos de TB; M – Tratamento Supervisionado.

5 CONCLUSÕES

Os dados gerados a partir deste estudo nos revelaram uma face ainda muito indesejada do PCT em nosso país, aqui em evidência, o semi-árido brasileiro. Trata-se, ainda, de uma população portadora de TB que não tem acesso ao TS, que hoje corresponde a uma estratégia de adesão ao tratamento de fundamental importância, que às vezes tem acesso ao exame HIV, recebe visita domiciliar dos profissionais para tratar da sua doença e, em sua maioria, não tem acesso às ações educativas que o programa contempla nem de benefícios como cesta básica, vale transporte, etc. Por outro lado, esse doente tem a garantia das consultas mensais de controle e de informações acerca de sua doença.

Os dados revelaram que a realidade do PCT no município de Feira de Santana-BA ainda encontra-se distante das normas e diretrizes do programa, haja visto, que a TB, enquanto uma doença crônica de tratamento prolongado, possui protocolos de tratamento e controle previamente estabelecidos.

Apesar de inserida na APS, a TB ainda está fortemente centralizada na unidade de referência, gerando uma atenção desarticulada, fragmentada e, muitas vezes, onerosa ao doente, apesar do tratamento ser financiado pelo Estado.

Sendo assim, o presente estudo possibilitou refletir sobre a calamidade negligenciada (TB), pois expande as raízes do problema para todos os envolvidos na organização do sistema de saúde, desde a “porta de entrada” até os níveis mais complexos do sistema.

Ressalta-se a necessidade de ampliar as estratégias de promoção à saúde que envolvam a questão da TB como um problema de saúde pública, com ênfase na prevenção de forma sistematizada, trabalhadores comprometidos e responsáveis pela demandas/necessidades dos usuários, com atendimento eficiente e de qualidade, além da definição de comando articulado entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde, com co-responsabilização entre os diferentes sujeitos que estão envolvidos com atenção à TB.

Para além dos serviços de saúde, é preciso observar as condições de vida da população, evidenciada em indicadores de pobreza, falta de infraestrutura, analfabetismo e o preconceito, como limites a serem superados no controle da TB, pois os próprios doentes optam por serem acompanhados em nível de Unidade de Referência (centralizada). Pode-se inferir que, os doentes de TB para não serem identificados em sua comunidade distanciam-se do atendimento na unidade de sua área de abrangência, pelo estigma de ser um tuberculoso.

Sendo assim, a TB em Feira de Santana só poderá ser controlada se houver o comprometimento dos diversos segmentos envolvidos, com o fortalecimento do controle social, justamente para vencer as barreiras do estigma e da desinformação, e também para cobrar dos gestores públicos medidas mais eficazes e eficientes. Desta forma, torna-se imperativo esforços na descentralização das ações de controle, expansão e qualificação do Tratamento Supervisionado (TS), com equipe de saúde melhor preparada e mais próxima do doente, preferencialmente no domicílio, além da descentralização do diagnóstico, tratamento e acompanhamento das ações de controle da TB para as equipes de Saúde da Família.

Diante do cenário, torna-se imperativo esforços na descentralização das ações de controle, expansão e qualificação do TS, com equipe de saúde melhor preparada e mais próxima do doente, preferencialmente no domicílio, além da descentralização do diagnóstico, tratamento e acompanhamento das ações de controle da TB para as equipes de Saúde da Família.

Outro enfoque necessário é a articulação das instituições de caráter privado com as públicas em parceria com a sociedade civil, uma vez que essas ações conjuntas entre o governo e organizações da sociedade civil fazem parte da política global de descentralização e estas se tornam comprovadamente mais eficazes quando realizadas em parceria.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C. H. C.; BEZERRA, R. C.. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.783-836.

ASSIS, M.M.A. **As formas de produção dos serviços de saúde: o público e privado**. 1998. 313 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

ASSIS, M.M.A. et al. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 10, n. 2, p. 189-199, jul./dez. 2007.

ALBUQUERQUE, M.F.M. et al. Fatores prognósticos para o desfecho do tratamento da tuberculose pulmonar em Recife, Pernambuco, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.9, n.6, p.368-375, jun. 2001.

ALVES, R. et al. Epidemiologia da tuberculose infantil na cidade do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**. v.34, n.4, p.409-410, ago. 2000.

BIERRENBACH, A. L., *et al.* Efeito da remoção de notificações repetidas sobre a incidência da tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.41 (Supl.1), p. 67-76, 2007.

BODSTEIN, R. Atenção básica na Agenda da Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.7, n.3, p. 401-412, 2002.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de organização da atenção básica**. 3. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. **Plano Nacional de mobilização e intensificação das ações para a eliminação da hanseníase e controle da tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica**/ Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde, - Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CALLEGARI-JACQUES, S.M.. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CAMPINAS, L.L.S.L.; ALMEIDA, M.M.M.B. de. Agentes Comunitários de Saúde e o acolhimento aos doentes com tuberculose no Programa Saúde da Família. **Boletim de Pneumologia Sanitária**. Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.145-154, 2004.

CAVALCANTE, S.C. **Abordagens inovadoras para o controle da tuberculose na cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, UFRJ, Faculdade de Medicina, 2007.

CONTANDRIOPOULOS, A. *et al.* Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p.29-48.

DAWSON, B.; TRAPP, R.G. **Bioestatística básica e clínica**. 3. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2003.

DONABEDIAN, A. The effectiveness of quality assurance. **International journal for quality in health care**, v.8, n.4, p.401-407, aug. 1996.

FERREIRA, S.M.B.; SILVA, A.M.C.; BOTELHO, C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá – MT – Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.31, n.5, p. 427-435, set./out. 2005.

FIRMINO, E.M. Ações do programa saúde da família em um distrito do interior do Ceará e o controle da tuberculose. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.35-39, 2005.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E.. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias et al. (Org.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003. p.37-54.

HAIR Jr. J.F.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L.; BLACK, W.C. **Análise Multivariada de Dados**. Porto Alegre: Bookman, 2005, 593p.

HIJJAR, M. *A et al.* Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.41 (Supl.1), p.50-58, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico brasileiro 2000**. Feira de Santana: IBGE, 2005.

LEVCOVITZ, E. et al. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.6, n.2, p. 269-291. 2001.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 243-256, set./dez. 2003.

MANGIN, J.P.L.; MALLOU, J. V. **Análisis multivariable par alas ciencias sociales**. Madrid. Espana: Pearson Prentice Hall, 2003. 862p.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da**

integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC-ABRASCO, 2006. 180 p.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS.** Tomo I. Salvador, BA: Casa da Qualidade, 2001.

MENDES, E.V. **Atenção primária à saúde no SUS.** Ceará: Escola de Saúde Pública, 2002.

MENDES, E.V. **O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda.** Belo Horizonte: UFMG, 2004 (Digitado).

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em Debate**, v.27, n.65, p.316-323, set./dez. 2003.

MONTERO, C.V.; SKAZUFKA, E.T. **Tratamento supervisionado TB.** São Paulo: CVE, 1999. p.1-13.

MUNIZ, J.N. et al.. Construindo e organizando a prática do tratamento supervisionado no controle da tuberculose. **Espaço para a Saúde**, São Paulo, v.2, n.2, jun. 2001. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n2/doc/tuberculose..> Acesso em: 25 set 2006.

NUNNALLY, J.C. **Psychometric theory.** New York: McGraw-Hill, 1998.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPAS. Ministério da Saúde (MS). **Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde.** Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Técnica).

PAIM, J.S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: BARATA, R. B. (Org.) **Condições de vida e situação de saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p.7-30.

PEREIRA, J.C.R. **Análise de Dados Qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais.** 3. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

REIGOTA, R.M.S.; CARANDINA, L. Implantação do tratamento supervisionado no município de Bauru/SP – avaliação da tuberculose pulmonar , 1999/2000. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v.10, n.1, p. 23-30, jan./jun. 2002.

RUFFINO NETTO, A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: Situação Atual e novas perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.10, n.3, p.129-138, 2001.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.35, n.1, p. 51-58, jan./fev. 2002.

SANTOS, A.M.. **Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas - BA.** Feira de Santana, BA, 2005.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas - BA. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.53-61, 2006.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco, 2002. 725 p.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2004.

VENDRAMINI, S. H. F. et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v.10, n.1, p.5-12, jan./jun. 2002.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n. 3, p.711-724, 2004.

VILLA, T. C. S. et al.. As políticas de controle da tuberculose no sistema de saúde no Brasil e a implantação da estratégia DOTS (1980-2005). In: RUFFINO-NETTO, Antonio e VILLA, Tereza Cristina Scatena (Org.). **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil, histórico e peculiaridades regionais**. São Paulo: Instituto do Milênio REDE TB, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2000**. Geneva, Switzerland, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2007**. Geneva, Switzerland, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2008**. Geneva, Switzerland, 2008.

ANEXOS

ANEXO A

I. Questionário dos Doentes de Tuberculose

Número do questionário: _____
Município: _____
Data da digitação dos dados: ___/___/___
Digitador: _____

Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose / CNPq
Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose

**Questionário sobre Avaliação da organização e do desempenho dos serviços de atenção
básica no controle da TB em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil⁸**

(Para ser aplicado aos doentes de TB⁹)

Apresentação:
Bom dia!
Meu nome é...
Estou realizando uma pesquisa.
Posso conversar um pouco com o(a) Sr.(a)?
O(A) Sr.(a) aceita participar desta pesquisa?
Observação: Ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e solicitar a assinatura ou impressão digital.
Só após a aceitação do sujeito poderá ser iniciada a aplicação do Questionário.

Atualizado em 20 de junho de 2007

⁸ Este instrumento é baseado num questionário elaborado por James Macincko (New York University) e Célia Almeida (ENPS-FIOCRUZ), norteado por Bárbara Starfield, MD, MPH, FRPCGP e James Macincko, PHD.D, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins, Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, USA. Adaptado para a atenção à Tuberculose por Tereza Cristina Scatena Villa (EERP-USP/ Área Operacional REDE-TB) e Antonio Ruffino Netto (FMRP/ REDE-TB).

⁹ Os dados a serem analisados na presente pesquisa não abarcam todas as dimensões de análise referentes a este instrumento. Conforme explanado no plano de análise, as dimensões a serem consideradas são: elenco de serviços, coordenação, formação profissional e formulação de políticas municipais.

Nome do Entrevistador:.....

Data:/...../.....

Município:.....Estado:.....

A. INFORMAÇÕES GERAIS.						
1	Código identificador (Nº SINAM ou WEB-TB) do entrevistado					
2	Iniciais do entrevistado e N° do Prontuário:	Iniciais:				
		Prontuário:				
3	Endereço completo do entrevistado					
4	Nome da Unidade de AB					
5	Endereço da Unidade de AB					
6	Tipo de Unidade					
	UBS	1 ()				
	UBS/PACS	2 ()				
	USF/PACS	3 ()				
	Ambulatório de Referência	4 ()				
7a	Unidade de saúde que encaminhou o caso	Nome: _____ End : _____ Bairro: _____				
7b	Unidade de saúde que diagnosticou o caso	Nome: _____ End : _____ Bairro: _____				
8	Faz Tratamento Supervisionado	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Sim</td> <td>Não</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Sim	Não		
Sim	Não					
9	Local de Atendimento					
9a	Consulta Médica de Controle	USF/PACS	1 ()			
		UBS	2 ()			
		UBS/PACS	3 ()			
		Ambulatório de Referência	4 ()			
		Domicílio	5 ()			
9b	Tratamento Supervisionado	USF/PACS	1 ()			
		UBS	2 ()			

	UBS/PACS	3 ()
	Ambulatório de Referência	4 ()
	Domicílio	5 ()

B. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS SOBRE O DOENTE DE TB.			
10.a	Sexo do usuário	Feminino	0 ()
		Masculino	1 ()
10.b	Qual foi a última série escolar que o(a) Sr.(a) cursou?	Sem escolaridade	0 ()
		Ensino Fundamental (1º grau incompleto)	1 ()
		Ensino Fundamental (1º grau completo)	2 ()
		Ensino Médio (2º grau incompleto)	3 ()
		Ensino médio (2º grau completo)	4 ()
		Ensino superior (universitário) incompleto	5 ()
		Ensino superior (universitário) completo	6 ()
10.c	O local onde o(a) Sr.(a) vive é:		
	Própria		1 ()
	Alugada		2 ()
	Empréstimo		3 ()
	Instituição (asilar/abrigo/outros)		4 ()
	Não tem moradia		5 ()

10.d	Tipo de Moradia		
	Alvenaria		1 ()
	Madeira		2 ()
	Material Reciclável		3 ()
	Outros		4 ()
	Especifique: _____		
10.e	O(A) Sr.(a) têm em sua moradia?		
		Sim	Não
	Água Encanada		
	Geladeira		
	Telefone (Cel. Ou Fixo)		
	Carro		
	Luz Elétrica		
	Banheiro dentro casa		
	Rádio		

	Televisão			
10.f	Número de cômodos da sua casa INCLUINDO o banheiro:			
	1 Cômodo	1 ()		
	2 Cômodos	2 ()		
	3 Cômodos	3 ()		
	4 Cômodos	4 ()		
	5 ou mais Cômodos	5 ()		
		4 ou mais pessoas	2 – 3 pessoas	1 pessoa
		1	2	3
10.g	Número de pessoas residentes em sua casa?			
10.h	Número de adultos maiores de 60 anos?			
10.i	Número de crianças (menores de 12 anos)?			

OBS: MOSTRAR E EXPLICAR AO ENTREVISTADO O CARTÃO DE RESPOSTAS: A-B-C

C. SAÚDE DO CASO CONFIRMADO DE TB.

CARTÃO A		Muito Ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom
		1	2	3	4	5
11.a	De um modo geral, nos últimos 30 dias, como o(a) Sr.(a) considera seu estado de saúde ?					
CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
11.b	Com que frequência o(a) Sr.(a) deixa de realizar qualquer atividade habitual (trabalhar, estudar, lazer), por conta do tratamento de TB?					

OBS: AGORA VAMOS FALAR DE QUANDO O(A) Sr.(A) COMEÇOU A FICAR DOENTE (TOSSE, FEBRE, PERDA DE PESO, FRAQUEZA...)

D. PORTA DE ENTRADA.

CARTÃO C	Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre

		1	2	3	4	5
12	Quando o(a) Sr.(a) precisa de algum controle de saúde preventivo (vacinar BCG, exames de escarro), vai ao posto/centro/unidad e de saúde?					

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
13	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB foi ao posto/centro/unidad e de saúde?					
14	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB foi ao pronto socorro/hospital?					
15	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB e precisou de algum especialista, consultou antes no posto/centro/unidad e de saúde?					

OBS: CONTINUAMOS A FALAR DE QUANDO O(A) Sr.(A) COMEÇOU A FICAR DOENTE (TOSSE, FEBRE, PERDA DE PESO, FRAQUEZA...)

E. ACESSO.

E.1. ACESSO AO DIAGNÓSTICO.

		5 ou mais vezes	4 vezes	3 vezes	2 vezes	1 vez
		1	2	3	4	5
16	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, quantas vezes precisou procurar o posto/centro/unidad e de saúde para conseguir					

	atendimento?					
CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
17	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, teve dificuldade para se deslocar até o posto/centro/unidade de saúde?					
18	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, teve dificuldades para pedir informação por telefone no posto/centro/unidade de saúde?					
19	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, teve dificuldades para marcar consulta por telefone no posto/centro/unidade de saúde?					
20	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, teve que deixar de trabalhar ou perder seu dia de trabalho ou compromisso para consultar no posto/centro/unidade de saúde?					

CARTÃO B	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca
	1	2	3	4	5

21	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB, precisou utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir até ao posto/centro/unidade de saúde?					
22	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB, gastou dinheiro com o transporte para ir até o posto/centro/unidade de saúde?					
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
23	Quando o Sr.(a) começou a ficar doente de TB conseguiu consulta no posto/centro/unidade de saúde para descobrir a doença no prazo de 24 horas?					
24	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB, procurou o posto/centro/unidade de saúde mais perto da sua casa?					

OBS: QUANDO O ENTREVISTADO CONCLUIU O TRATAMENTO, USAR O TEMPO VERBAL NO PASSADO.

OBS: AGORA VAMOS FALAR DO POSTO/CENTRO/UNIDADE ONDE O(A) SR.(A) TRATA A TB

E 2. ACESSO AO TRATAMENTO.

CARTÃO C	Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
	1	2	3	4	5

25	Se o Sr.(a) passar mal por causa da medicação ou da TB, consegue uma consulta médica no prazo de 24 horas?					
26	O Sr.(a) consegue pedir informações por telefone no posto/centro/unidade de saúde?					
27	O Sr.(a) consegue marcar consultas por telefone no posto/centro/unidade de saúde?					

CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
28	Quando o(a) Sr.(a) vai ao posto/centro/unidade de saúde para consultar seu problema de TB, tem que deixar de trabalhar ou perder seu dia de trabalho ou compromisso?					
29	Quando o(a) Sr.(a) vai ao posto/centro/unidade de saúde para consultar seu problema de TB precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado?					
30	Quando o(a) Sr.(a) vai ao posto/centro/unidade de saúde para consultar, paga pelo transporte?					
31	Durante o seu tratamento faltou medicamentos para					

	TB?					
32	Quando o(a) Sr.(a) vai ao posto/centro/unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido?					
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
33	O profissional do posto/centro/unidade de saúde que acompanha seu tratamento de TB, costuma visitá-lo em sua moradia?					
34	O(A) Sr.(a) faz o tratamento de TB no posto/centro/unidade de saúde mais perto da sua casa?					

AGORA VAMOS FALAR SOBRE A FORMA DE COMO O(A) SR.(A) É ATENDIDO PELOS PROFISSIONAIS DO POSTO/CENTRO/UNIDADE DE SAÚDE.

F. VÍNCULO.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
35	Quando o(a) Sr.(a) vai ao posto/centro/unidade de saúde para a consulta de TB, é atendido pelo mesmo profissional?					
36	Se o(a) Sr.(a) tem alguma dúvida sobre o seu tratamento, consegue falar com o mesmo profissional do posto/centro/unidade de saúde que o atende?					

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
37	Quando o(a) Sr.(a) faz alguma pergunta ao profissional do posto/centro/unidade de saúde sente que ele entende?					
38	Quando o(a) Sr.(a) consulta o profissional do posto/centro/unidade de saúde conversa sobre outros problemas de saúde?					
39	O profissional do posto/centro/unidade de saúde dá tempo suficiente para que o(a) Sr.(a) fale suas dúvidas ou preocupações?					
40	O profissional do posto/centro/unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está fazendo o tratamento responde às suas perguntas de maneira clara?					
41	Durante seu atendimento o profissional do posto/centro/unidade de saúde anota as suas queixas no seu prontuário?					
42	O profissional do posto/centro/unidade de saúde explica sobre os medicamentos utilizados para o tratamento de TB?					
43	O profissional do posto/centro/unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamentos que o(a) Sr.(a) está					

	utilizando?					
44	Quando o(a) Sr.(a) tem algum problema de saúde ou outras necessidades (cesta básica, vale transporte...), com que frequência procura os seguintes profissionais do posto/centro/unidade de saúde?					
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
44 a	Médico					
44 b	Enfermeiro					
44 c	Auxiliar Enfermagem					
44 d	Agente Comunitário de Saúde/ACS					
44 e	Outros Profissionais					
CARTÃO A		Muito Ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom
		1	2	3	4	5
45	Qual é sua opinião sobre a equipe de saúde que o atende?					

G. ELENCO DE SERVIÇOS.						
COM QUE FREQUÊNCIA AS AÇÕES A SEGUIR SÃO OFERECIDAS PELA EQUIPE QUE ACOMPANHA O PROBLEMA DA TB NO POSTO/CENTRO/UNIDADE DE SAÚDE?						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
46	Pote para exame de escarro para diagnóstico de TB?					
47	Teste da pele (prova tuberculínica)?					
48	Exame para HIV/AIDS?					
49	Pote para exame de escarro mensalmente para controle da TB?					
50	Consulta mensal de controle para o tratamento da TB?					
51	Cestas básicas ou vale alimentação?					
52	Vale transporte?					
53	Informação sobre a TB e seu					

	tratamento?					
54	Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?					
55	Visitas domiciliares durante o tratamento?					
56	Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?					
57	Participação em grupos de doentes de TB no posto / centro / unidade de saúde?					
58	Tratamento Supervisionado? *					
* Obs.: Considerar: Nunca (Auto-Administrado); Quase Nunca (A cada 15 ou 30 dias); Às vezes (1-2 vezes/semana); Quase Sempre (3-4 vezes/semana); Sempre (Todos os dias úteis da semana).						

H. COORDENAÇÃO.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
59	O profissional do posto/centro/unidade de saúde pega o prontuário/ficha do(a) Sr.(a) durante a consulta?					
60	Quando o(a) Sr(a) precisa dos resultados de seus exames, eles estão disponíveis no posto/centro/unidade de saúde?					
61	O(A) Sr.(a) é avisado sobre o agendamento da sua consulta de retorno no posto/centro/unidade de saúde?					

OBS: AGORA VAMOS FALAR SOBRE O ENCAMINHAMENTO DO (A) SR.(A) PARA OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE OU ESPECIALIDADES (serviço social, odontologia, fisioterapia, psicologia, médico especialista)

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
62	Quando o(a) Sr.(a) precisa consultar com algum especialista, é encaminhado por um profissional do posto/centro/unidade de saúde?					
63	Quando o profissional do posto/centro/unidade encaminha o(a) Sr(a) para outros serviços de saúde, ele discute ou indica os possíveis lugares de atendimento?					
64	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado ao especialista, o profissional do posto/centro/unidade de saúde ajuda a marcar a consulta?					
65	No momento do agendamento da consulta para o especialista, o(a) Sr.(a) recebe comprovante que a consulta foi marcada?					
66	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado ao especialista, o profissional do posto/centro/unidade de saúde, fornece informações escritas sobre seu problema para entregar ao especialista?					
67	O(A) Sr.(a) retorna ao posto/centro/unidade de saúde com as informações escritas					

	sobre os resultados da consulta com o especialista?					
68	O profissional do posto/centro/unidade de saúde discute com o(a) Sr.(a) sobre os resultados da consulta com o especialista?					
69	O profissional do posto/centro/unidade de saúde está interessado em saber se o(a) Sr.(a) foi bem atendido pelo especialista?					

AGORA VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE A PARTICIPAÇÃO DA SUA FAMÍLIA DURANTE SEU TRATAMENTO DE TB.

I. ENFOQUE NA FAMÍLIA.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
70	O profissional do posto/centro/unidade de saúde pede informações sobre suas condições de vida e da sua família (emprego, moradia, disponibilidade de água potável, saneamento básico...)?					
71	O profissional do posto/centro/unidade de saúde pede informações sobre doenças da sua família?					
72	O profissional do posto/centro/unidade de saúde pergunta se as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) têm tosse, febre...?					
73	Quando ficou doente de TB, o profissional					

	do posto/centro/unidade de saúde entregou pote para exame de escarro a todas as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?					
74	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conhecem as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?					
75	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre a sua doença?					
76	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre seu tratamento?					
77	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre outros problemas de sua saúde?					

AGORA VAMOS FALAR COM O (A) Sr. (a) SOBRE O TRABALHO DESENVOLVIDO PELOS PROFISSIONAIS DO POSTO/CENTRO/UNIDADE DE SAÚDE NA COMUNIDADE.

J. ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
78	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde perguntam ao Sr.(a) ou sua família se os serviços oferecidos resolvem seus problemas de saúde ?					

79	O(A) Sr.(a) observa propagandas/campanhas/trabalhos educativos realizados pelos profissionais do posto/centro/unidade de saúde para informar a comunidade sobre a TB?					
80	O(A) Sr.(a) observa que os profissionais do posto/centro/unidade de saúde desenvolvem ações de saúde com as Igrejas, Associações de Bairro, etc, para entrega do pote para coleta de escarro?					
81	O(A) Sr.(a) observa visitas dos profissionais do posto/centro/unidade de saúde na sua vizinhança, para a entrega do pote para coleta de escarro?					
82	O(A) Sr.(a) observa que os profissionais do posto/centro/unidade de saúde solicitam a participação de alguém da comunidade para discutir o problema da TB?					

AGORA VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE OUTROS ASSUNTOS RELACIONADOS AOS PROFISSIONAIS QUE ATENDEM O (A) SR. (A) NO POSTO/CENTRO/UNIDADE DE SAÚDE.

K. FORMAÇÃO PROFISSIONAL

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
83	O(A) Sr.(a) encontra um profissional no posto/centro/unidade de saúde para atendê-lo em dias úteis da semana?					
84	O(A) Sr.(a) recomenda este posto/centro/unidade de saúde a um(a) amigo(a)?					
85	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conseguem resolver seus problemas de saúde?					

86	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde são capazes de ajudar o(a) Sr.(a) para melhorar da TB?					
----	--	--	--	--	--	--

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
87	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?					
CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
88	O(A) Sr.(a) já se sentiu rejeitado pelos profissionais do posto/centro/unidade de saúde por ter TB?					
89	O(A) Sr.(a) já pensou em mudar de posto/centro/unidade de saúde por causa dos profissionais?					

O(A) Sr.(a) tem alguma pergunta, sugestão, comentário ou dúvida?

Observações do entrevistador.

ANEXO B

II. Questionário dos Profissionais de saúde

Número do questionário: _____
 Município: _____
 Data da digitação dos dados: ____/____/____
 Digitador: _____

Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose / CNPq
 Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose

Questionário sobre Avaliação da organização e do desempenho dos serviços de atenção básica no controle da TB em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil⁸

(Para ser aplicado aos profissionais de saúde que atendem pacientes de TB nos serviços de
 saúde da rede básica⁹)

Atualizado em 01 de junho de 2007

A. INFORMAÇÕES GERAIS.	
1	Data

⁸ Este instrumento é baseado num questionário elaborado por James Macincko (New York University) e Célia Almeida (ENPS-FIOCRUZ), norteados por Bárbara Starfield, MD, MPH, FRPCGP e James Macincko, PHD.D, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins, Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, USA. Adaptado para a atenção à tuberculose por Tereza Cristina Scatena Villa (EERP-USP/ Área Operacional REDE-TB) e Antonio Ruffino Netto (FMRP/ REDE-TB).

⁹ Os dados a serem analisados na presente pesquisa não abrangem todas as dimensões de análise referentes a este instrumento. Conforme explanado no plano de análise, as dimensões a serem consideradas são: elenco de serviços, coordenação, formação profissional e formulação de políticas municipais.

2	Iniciais do Profissional	
3	Titulação (Especificar área)	
4	Ocupação:	
	Médico	1 ()
	Enfermeiro	2 ()
	Técnico de Enfermagem	3 ()
	Auxiliar de Enfermagem	4 ()
5.	Nome Serviço	
6.	Telefone	
7	Fax	
8	E-mail	
9	Endereço	
10	Cidade	
11	Número de anos que trabalha nesta função: _____ anos	
12	Tipo de Unidade (marque uma só resposta)	
	UBS	1 ()
	UBS / PACS	2 ()
	USF / PACS	3 ()
	Ambulatório de Referência	4 ()

B. PORTA DE ENTRADA.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
13	Quando os usuários precisam de algum controle de saúde preventivo (vacinar BCG, exames de escarro), vem à unidade de saúde?					
14	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB procuram primeiro a unidade de saúde?					
15	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB procuram primeiro o pronto socorro / hospital?					
16	Quando os usuários precisam de uma consulta com algum especialista, primeiro procuram a unidade de saúde que realiza o tratamento de TB, para ser encaminhado?					

C. ACESSO

C 1. ACESSO AO DIAGNÓSTICO.

CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
17	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, têm dificuldade para se deslocarem até à unidade de saúde?					
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5

18	Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB conseguem consulta no prazo de 24 horas?					
----	---	--	--	--	--	--

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
19	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, conseguem obter informações por telefone na unidade de saúde?					
20	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, conseguem marcar consulta por telefone na unidade de saúde?					
21	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, conseguem ser atendidos sem perder o dia de trabalho ou compromisso?					
22	Para consulta de diagnóstico de TB os usuários procuram a Unidade da área adscrita (mais perto da casa dele)?					
CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
22	Para consulta de diagnóstico de TB os usuários precisam utilizar algum tipo de transporte motorizado para vir à unidade de saúde?					
23	Durante as consultas para diagnóstico da TB os usuários gastam dinheiro com transporte para vir à unidade de saúde?					
24	Quando os usuários apresentam os sinais/sintomas da TB, têm que esperar mais de 60 minutos na unidade de saúde para serem atendidos?					

C 2. ACESSO AO TRATAMENTO.						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
25	Se os doentes em tratamento passarem mal por causa da medicação ou da TB, conseguem uma consulta médica no prazo de 24 horas?					
26	Durante o tratamento os doentes de TB conseguem obter informações por telefone na unidade de saúde?					
27	Durante o tratamento os doentes de TB conseguem marcar consulta por telefone na unidade de saúde?					
28	Durante o tratamento da TB, os doentes conseguem ser atendidos sem perder o dia de trabalho ou compromisso?					
CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5

29	Os doentes de TB têm que utilizar algum tipo de transporte motorizado para se deslocar até a unidade de saúde?					
30	Os doentes de TB têm que pagar pelo transporte?					

CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
31	Durante os últimos 12 meses, houve falta de medicamentos para TB?					
33	Os doentes de TB esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?					
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
34	Os profissionais realizam visitas domiciliares aos doentes de TB?					
35	Todos os doentes de TB tratados nesta unidade de saúde pertencem à área adscrita?					

D. VÍNCULO.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
36	Os doentes de TB são examinados pelos mesmos profissionais cada vez que consultam?					
37	Se os doentes de TB tiverem dúvidas sobre seu tratamento, conseguem falar com os mesmos profissionais que os atenderam?					
38	As dúvidas/questionamentos dos doentes de TB são compreendidos pelos profissionais que os atenderam?					
39	Quando os doentes de TB consultam, os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde ou necessidades?					
40	Os profissionais dão tempo suficiente para que os doentes de TB explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?					
41	Os profissionais respondem às perguntas dos doentes de TB de forma clara?					
42	As queixas dos doentes de TB são registradas nos prontuários?					
43	Os profissionais informam aos doentes de TB sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da doença?					
44	Os profissionais solicitam informações, sobre todos os medicamentos utilizados pelos doentes de TB?					
45	Na sua experiência, quando os doentes de TB, têm algum problema de saúde ou outras necessidades (cesta básica, vale transporte...), com que frequência procuram os seguintes profissionais?					
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre

		1	2	3	4	5
45 a	Médico					
45 b	Enfermeiro					
45 c	Auxiliar de Enfermagem					
45 d	Agentes Comunitários de Saúde/ACS					
45 e	Outros Profissionais					
46	O tratamento é aceito pelos doentes de TB?					

CARTÃO A		Muito Ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom
		1	2	3	4	5
47	Como o(a) Sr.(a) considera o atendimento da equipe de saúde aos doentes de TB?					

E. ELENCO DE SERVIÇOS.

Com que frequência a sua unidade oferece os seguintes serviços:

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
48	Pote para exame de escarro para diagnóstico?					
49	Exame para HIV / AIDS?					
50	Teste da pele (prova tuberculínica)?					
51	Pote para exame de escarro para controle?					
52	Consulta de controle para o tratamento da TB?					
53	Entrega de cestas básicas ou vale alimentação?					
54	Entrega de vale transporte?					
55	Informação sobre a TB e seu tratamento?					
56	Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?					
57	Visitas domiciliares durante o tratamento?					
58	Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?					
59	Formação de grupos de doentes de TB na Unidade de saúde?					
60	Tratamento Supervisionado?*					

* Obs.: Considerar Nunca (Auto - administrado); Quase nunca (A cada 15 ou 30 dias); Às vezes (1-2 vezes/ semana); Quase Sempre (3-4 vezes/ semana); Sempre (Todos os dias úteis da semana).

F. COORDENAÇÃO.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
61	Os profissionais utilizam os prontuários quando estão examinando os doentes de TB?					
62	Os resultados dos exames dos doentes de TB ficam disponíveis na unidade de saúde?					
63	Os doentes de TB são comunicados sobre os agendamentos das consultas de retorno na unidade de saúde?					

64	Quando os doentes precisam de uma consulta com algum especialista, são encaminhados por profissionais da unidade de saúde?					
65	Quando os doentes precisam ser referidos para outros serviços ou especialidades, os profissionais discutem com eles ou indicam os possíveis lugares de atendimento?					

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
66	Quando os doentes de TB são encaminhados para algum especialista, os profissionais da unidade de saúde ajudam a marcar a consulta?					
67	Quando é agendada a consulta dos doentes de TB para o especialista, é disponibilizado comprovante de que a consulta foi marcada?					
68	Quando os doentes de TB são referidos para outros serviços ou especialidades, os profissionais da unidade de saúde fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?					
69	Quando os doentes de TB retornam à unidade de saúde após a consulta com o especialista, trazem informações escritas sobre os resultados?					
70	Os profissionais da unidade de saúde discutem com os doentes de TB sobre os resultados das consultas com os especialistas?					
71	Os profissionais da unidade de saúde se preocupam com a assistência prestada pelos especialistas aos doentes de TB?					

G. ENFOQUE NA FAMÍLIA.						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
72	Durante as consultas, os profissionais perguntam sobre as condições de vida dos doentes de TB e família (emprego, moradia, disponibilidade de água potável, saneamento básico...)?					
73	Durante as consultas, os profissionais pedem informações sobre enfermidades das pessoas que moram com os doentes de TB?					
74	Os profissionais realizam consultas nas pessoas que moram com os doentes de TB?					

75	Os profissionais realizam exames para investigação da doença nas pessoas que moram com os doentes de TB?					
76	Os profissionais conhecem as pessoas que moram com os doentes de TB?					
77	Os profissionais conversam com a família sobre o problema de saúde dos doentes de TB?					
78	Os profissionais falam com a família dos doentes de TB sobre a doença?					
79	Os profissionais conversam com a família dos doentes de TB sobre o tratamento da doença?					

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
80	Os profissionais conversam com a família dos doentes de TB sobre outros problemas de saúde?					

H. ORIENTAÇÃO PARA COMUNIDADE.						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
81	Os profissionais realizam entrevistas com os doentes de TB para saber se os serviços oferecidos estão respondendo suas necessidades de saúde?					
82	Os profissionais realizam propagandas / campanhas / trabalhos educativos, para informar à comunidade sobre a TB?					
83	Os profissionais trabalham com instituições (igreja, associações de bairro, abrigos...) para identificar sintomáticos respiratórios?					
84	Os profissionais realizam busca de sintomáticos respiratórios na comunidade?					
85	Os profissionais solicitam a participação de um representante da comunidade para discutir o problema da TB?					

I. FORMAÇÃO PROFISSIONAL.						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
86	Os doentes de TB encontram um profissional na unidade de saúde para atendê-los em dias úteis da semana?					
87	Os doentes de TB atendidos nesta unidade de saúde recomendariam os serviços para um(a) amigo(a) ser atendido?					

88	Os profissionais conseguem resolver os problemas relacionados ao tratamento da TB?					
89	Os profissionais conseguem resolver os problemas de saúde dos doentes de TB e famílias?					

CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
90	Os doentes de TB sofrem discriminação pelos profissionais / trabalhadores de saúde, por causa da doença?					
91	Os doentes de TB mudam de unidade de saúde por causa dos profissionais que os atendem?					

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
92	Os profissionais foram qualificados para atender TB?					
93	Os profissionais foram qualificados para atuarem segundo a diversidade cultural da comunidade?					
94	Os profissionais relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?					

Suas sugestões, comentários, e /ou dúvidas.

Agradecimento pela participação!

Observações do entrevistador

ANEXO C**III. Questionário dos Gestores**

Número do questionário:

Município:

Data da digitação dos dados:

____/____/____

Digitador:

Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose / CNPq
Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose

**Questionário sobre Avaliação da organização e do desempenho dos serviços de atenção
básica no controle da TB em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil⁸**

(Para ser aplicado aos gestores no exercício de suas funções na secretaria municipal de
saúde)⁹

Atualizado em 20 de junho de 2007.

⁸ Este instrumento é baseado num questionário elaborado por James Macincko (New York University) e Célia Almeida (ENPS-FIOCRUZ), norteados por Bárbara Starfield, MD, MPH, FRPCGP e James Macincko, PHD.D, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins, Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, USA. Adaptado para a atenção à Tuberculose por Tereza Cristina Scatena Villa (EERP-USP/ Área Operacional REDE-TB) e Antonio Ruffino Netto (FMRP/ REDE-TB).

⁹ Os dados a serem analisados na presente pesquisa não abrangem todas as dimensões de análise referentes a este instrumento. Conforme explanado no plano de análise, as dimensões a serem consideradas são: elenco de serviços, coordenação, formação profissional e formulação de políticas municipais.

A. INFORMAÇÕES GERAIS.		
1	Data	
2	Iniciais do Profissional	
3	Titulação (Especificar área)	
4	Função:	
	Gerente/Diretor da Unidade	1 ()
	Coordenador do PCT	2 ()
	Coordenador de Vigilância em Saúde	3 ()
	Supervisores/Coordenador de PSF/PACS	4 ()
	Supervisores/Coordenador Vigilância Epidemiológica	5 ()
	Outro	6 () Especifique _____
5	Nome Instituição	
6	Telefone	
7	Fax	
8	E-mail	
9	Endereço	
10	Cidade	
11	Número de anos que trabalha nesta função: _____ anos	
12	Tipo de Unidade (marque uma só resposta)	
	UBS	1 ()
	UBS/PACS	2 ()
	USF/PACS	3 ()
	Ambulatório Referência	4 ()
	Nível Central	5 () Especifique _____

OBS: MOSTRAR E EXPLICAR AO ENTREVISTADO O CARTÃO DE RESPOSTAS: A-B-C

B. A TB NA AGENDA MUNICIPAL						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
13	A TB é considerada como uma doença prioritária no quadro sanitário do município?					
14	A distribuição de recursos para TB, é realizada com base nas necessidades da população a ser atendida?					
15	São disponibilizados incentivos (cesta básica, vale transporte...) para os doentes de TB em tratamento?					
16	É mantida a regularidade da distribuição de incentivos (cesta básica, vale transporte...) para os doentes de TB em tratamento?					
17	Participa na discussão e definição de ações de saúde para controle da TB?					
18	No repasse dos recursos financeiros para o município, são definidas linhas específicas para TB?					
19	Participa da discussão e definição de aplicação de recursos para o controle da TB?					
20	O município investe recursos próprios para TB?					

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
21	Os recursos (potes, viatura, motorista, combustível, material de laboratório,...) são suficientes para atender as necessidades de controle da TB?					

CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
22	Os recursos financeiros destinados à TB são aplicados em outros programas/necessidades de saúde?					

C. PORTA DE ENTRADA.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
23	Quando os usuários precisam de algum controle de saúde preventivo (vacinar BCG, exames de escarro), vão ao posto/centro/unidade de saúde?					
24	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB procuram primeiro o posto/centro/unidade de saúde?					
25	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, procuram primeiro o pronto socorro/hospital?					
26	Quando os usuários precisam de uma consulta com algum especialista, primeiro procuram o posto/centro/unidade de saúde que realiza o tratamento de TB, para ser encaminhado?					

D. ACESSO

D 1. ACESSO AO DIAGNÓSTICO.

CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
27	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, têm dificuldade para se deslocarem até ao posto/centro/unidade de saúde?					
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
28	Quando os usuários procuram o posto/centro/unidade de saúde com sinais/sintomas de TB conseguem consulta no prazo de 24 horas?					

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
29	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB conseguem obter informações por telefone no posto/centro/unidade de saúde?					
30	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB conseguem marcar consulta por telefone no posto/centro/unidade de saúde?					
31	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, conseguem ser atendidos sem perder o dia de trabalho ou compromisso?					
32	Para consulta de diagnóstico de TB os usuários procuram o posto / centro/unidade de saúde da área adscrita (mais perto da casa dele)?					
CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
33	Para consulta de diagnóstico de TB os usuários precisam utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir ao posto/centro/unidade de saúde?					
34	Durante as consultas para diagnóstico da TB os usuários gastam dinheiro com transporte para ir ao posto/centro/unidade de saúde?					
35	Quando os usuários apresentam os sinais/sintomas da TB, têm que esperar mais de 60 minutos no posto/centro/unidade de saúde para serem atendidos?					

D 2. ACESSO AO TRATAMENTO.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
36	Se os doentes em tratamento passarem mal por causa da medicação ou da TB, conseguem uma consulta médica no prazo de 24 horas?					
37	Durante o tratamento os doentes de TB conseguem obter informações por telefone no posto/centro/unidade de saúde?					
38	Durante o tratamento os doentes de TB conseguem marcar consulta por telefone no posto/centro/unidade de saúde?					
39	Durante o tratamento da TB, os doentes conseguem ser atendidos sem perder o dia de trabalho ou compromisso?					

CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
40	Os doentes de TB têm que utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir ao posto/centro/unidade de saúde?					
41	Os doentes de TB têm que pagar pelo transporte para ir ao posto/centro/unidade de saúde?					
42	Durante os últimos 12 meses, houve falta de medicamentos para TB?					
43	Os doentes de TB esperam mais de 60 minutos no posto/centro/unidade de saúde para serem atendidos?					
		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
44	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde realizam visitas domiciliares aos doentes de TB?					
45	Todos os doentes de TB tratados no posto/centro/unidade de saúde pertencem à área adscrita?					

E. VÍNCULO.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
46	Os doentes de TB são examinados pelos mesmos profissionais do posto/centro/unidade de saúde cada vez que consultam?					
47	Se os doentes de TB tiverem dúvidas sobre seu tratamento, conseguem falar com os mesmos profissionais que os atenderam?					
48	As dúvidas/questionamentos dos doentes de TB são compreendidos pelos profissionais que os atenderam?					
49	Quando os doentes de TB consultam no posto/centro/unidade de saúde os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde ou necessidades?					
50	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde dão tempo suficiente para que os doentes de TB explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?					
51	Os profissionais, do posto/centro/unidade de saúde respondem às perguntas dos doentes de TB de forma clara?					

52	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde registram as queixas dos doentes de TB nos prontuários?					
----	---	--	--	--	--	--

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
53	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde informam aos doentes de TB sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da doença?					
54	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde solicitam informações, sobre todos os medicamentos utilizados pelos doentes de TB?					
55	Na sua experiência, quando os doentes de TB têm algum problema de saúde ou outras necessidades (cesta básica, vale transporte...), com que frequência procuram os seguintes profissionais?					
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
55 a	Médico					
55 b	Enfermeiro					
55 c	Auxiliar de Enfermagem					
55 d	Ag. Comunitários de Saúde/ACS					
55 e	Outros Profissionais					
56	O tratamento é aceito pelos doentes de TB?					
CARTÃO A		Muito Ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom
		1	2	3	4	5
57	Como o(a) Sr.(a) considera o atendimento da equipe de saúde aos doentes de TB do posto/centro/unidade de saúde ?					

F. ELENCO DE SERVIÇOS.

Com que frequência o seu posto/centro/unidade de saúde oferece os seguintes serviços?

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
58	Pote para exame de escarro para diagnóstico?					
59	Exame para HIV/AIDS?					
60	Teste da pele (prova tuberculínica)?					
61	Pote para exame de escarro para controle					
62	Consulta de controle para o tratamento da TB?					
63	Entrega de cestas básicas ou vale alimentação?					
64	Entrega de vale transporte?					
65	Informação sobre a TB e seu tratamento?					
66	Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?					
67	Visitas domiciliares durante o tratamento?					

68	Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?					
69	Formação de grupos de doentes de TB no posto/centro/unidade de saúde?					
70	Tratamento Supervisionado? *					

* Obs.: Considerar Nunca (Auto - administrado); Quase nunca (A cada 15 ou 30 dias); Às vezes (1-2 vezes/ semana); Quase Sempre (3-4 vezes/ semana); Sempre (Todos os dias úteis da semana)

G. COORDENAÇÃO.						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
71	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde utilizam os prontuários quando estão examinando os doentes de TB?					
72	Os resultados dos exames dos doentes de TB ficam disponíveis no posto/centro/unidade de saúde?					
73	Os doentes de TB são comunicados sobre os agendamentos das consultas de retorno no posto/centro/unidade de saúde?					
74	Quando os doentes de TB precisam de uma consulta com algum especialista, são encaminhados por profissionais do posto/centro/unidade de saúde?					
75	Quando os doentes de TB precisam ser referidos para outro serviço ou especialidade, os profissionais do posto/centro/unidade de saúde discutem com ele ou indicam os possíveis lugares de atendimento?					
76	Quando os doentes de TB são encaminhados para algum especialista, os profissionais do posto/centro/unidade de saúde ajudam a marcar a consulta?					
77	Quando é agendada a consulta dos doentes de TB para algum especialista, é disponibilizado comprovante de que a consulta foi marcada?					
78	Quando os doentes de TB são referidos para outros serviços ou especialidades, os profissionais do posto/centro/unidade de saúde fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?					
79	Quando os doentes de TB retornam ao posto/centro/unidade de saúde após a consulta com o especialista, trazem informações escritas sobre os resultados?					

80	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde discutem com os doentes de TB sobre as consultas realizadas com os especialistas?					
81	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde se preocupam com a assistência prestada pelos especialistas aos doentes de TB?					

H. ENFOQUE NA FAMÍLIA.						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
82	Durante as consultas os profissionais do posto/centro/unidade de saúde perguntam sobre as condições de vida dos doentes de TB e família (emprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico...)?					
83	Durante as consultas os profissionais do posto/centro/unidade de saúde, pedem informações sobre enfermidades das pessoas que moram com os doentes de TB?					
84	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde realizam consultas nas pessoas que moram com os doentes de TB?					
85	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde realizam exames para investigação da doença nas pessoas que moram com os doentes de TB?					
86	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conhecem as pessoas que moram com os doentes de TB?					
87	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com a família sobre o problema de saúde dos doentes de TB?					
88	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde falam com a família dos doentes de TB sobre a doença?					
89	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com a família dos doentes de TB sobre o tratamento da doença?					

90	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com a família dos doentes de TB sobre outros problemas de saúde?					
----	--	--	--	--	--	--

I. ORIENTAÇÃO PARA COMUNIDADE.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
91	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde realizam entrevistas com os doentes de TB atendidos para saber se os serviços oferecidos estão respondendo às suas necessidades de saúde?					

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
92	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde realizam propagandas/campanhas/trabalhos educativos, para informar a comunidade sobre TB?					
93	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde trabalham em parceria com outras instituições (igreja, associações de bairro, abrigos...) para identificar sintomáticos respiratórios?					
94	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde realizam busca de sintomáticos respiratórios na comunidade?					
95	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde solicitam a participação de um representante da comunidade para discutir o problema da TB?					

J. FORMAÇÃO PROFISSIONAL.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
96	Os doentes de TB encontram um profissional no posto/centro/unidade de saúde para atendê-los em dias úteis da semana?					
97	Os doentes de TB atendidos pelos profissionais do posto/centro/unidade de saúde recomendariam o uso do serviço para um amigo ser atendido?					
98	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conseguem resolver os problemas relacionados ao tratamento da TB?					

99	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conseguem resolver os problemas de saúde dos doentes de TB e família?					
CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
100	Os doentes de TB sofrem discriminação pelos profissionais/trabalhadores do posto/centro/unidade de saúde por causa da doença?					
101	Os doentes de TB mudam de posto/centro/unidade de saúde por causa dos profissionais que os atendem?					

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
102	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde foram qualificados para atender TB?					
103	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde foram qualificados para atuar segundo a diversidade cultural da comunidade?					
104	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?					

Suas sugestões, comentários, e /ou dúvidas.

Agradecimento pela participação!

Observações do entrevistador

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa sobre “Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da TB em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil”.

Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da instituição: _____ . Ela tem como objetivo avaliar o atendimento de Tuberculose nos serviços de saúde do Estado de São Paulo.

Sua participação consistirá em responder a um questionário, que dura em média 30 minutos, e as informações fornecidas contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde na atenção a Tuberculose.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está me assegurado o segredo das informações por mim reveladas;

A segurança de que não serei identificado, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas;

A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa,

A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada por mim a todo o momento.

Uma cópia desta declaração deve ficar com o (a) Sr. (a).

Ribeirão Preto, ____, de _____ de 2007

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

Certos de estar contribuindo com o conhecimento em Tuberculose para a melhoria da saúde da população contamos com a sua preciosa colaboração.

Atenciosamente

Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa

.....
CONTATO: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 Campus Universitário – Ribeirão Preto – SP; CEP 14049-900 – SP
Telefone (0XX16) 36023228
e.mail: tite@eerp.usp.br

ANEXO E

DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 054/2007

Ribeirão Preto, 22 de março de 2007

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 93ª Reunião Ordinária, realizada em 21 de março de 2007.

Protocolo: nº 0762/2007

Projeto: AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES ORGANIZACIONAIS E DE DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DA TB EM CENTROS URBANOS DE DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL.

Pesquisador: Tereza Cristina Scatena Villa

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa
Deptº de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

**Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa**

Protocolo nº: 0762 / 2007

Entrada: 02/03/2007

Pesquisadores: Tereza Cristina Scatena Villa

Parecer

Título do Projeto: AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES ORGANIZACIONAIS E DE DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM CENTROS URBANOS DE DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL

Apreciação Geral: O projeto está bem apresentado, com propósitos bem definidos, conta com a colaboração de várias instituições de ensino e de saúde com pesquisadores da Área Epidemiológica, Diagnóstica e Operacional da Rede Brasileira de pesquisa em Tuberculose (REDE- TB).

Folha de Rosto: Esta preenchida corretamente, e será assinada pela direção da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Introdução: Tem como fundamento os elementos estruturais de um sistema de saúde com base na Atenção Primária à Saúde, elegendo os atributos: acesso, elenco de serviços, vínculo, coordenação da atenção, enfoque familiar, orientação na comunidade e formação profissional para avaliar o desempenho dos Serviços de Saúde na atenção à tuberculose. Tem como objetivo: avaliar as dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da tuberculose em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil, e como objetivos específicos: avaliar as principais dificuldades para a incorporação de ações de controle da TB nos diferentes serviços de atenção básica; avaliar o acesso dos doentes de TB ao diagnóstico nos diferentes serviços de atenção básica; analisar a participação dos gestores no processo de incorporação das ações de controle da TB nos serviços de atenção básica; analisar a distribuição espacial dos casos de TB e TB/HIV em relação às variáveis sócio-econômicas e ambientais para a identificação de áreas de risco..

Metodologia: Será utilizado como referencial teórico-metodológico as categorias básicas da avaliação da qualidade dos Serviços de Saúde: estrutura-processo-resultado. Os estudos serão desenvolvidos em municípios prioritários para a TB em diferentes regiões do Brasil: Capina Grande - PB, Feira de Santan- BA, Itaboraí- RJ, Ribeirão Preto- SP, São José do Rio Preto- SP e Curitiba- PR. Participarão 3 grupos de pessoas, os profissionais (médicos e enfermeiros- 35 profissionais/local de estudo), os coordenadores e gerentes que realizam ações de controle de tuberculose (5 sujeitos/local de estudo) e o terceiro grupo o de doentes de tuberculose atendidos nas unidade de atenção básica (100 pacientesde TB/local de estudo). Serão aplicados questionários específicos para cada grupo de entrevistado.

Aspectos Éticos: Segundo a Resolução 196/96 do CNS o estudo é relevante, não ferindo os princípios éticos.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: O termo está em linguagem acessível, segundo a Resolução 196/96 do CNS .

Outros Comentários: Consta a cópia da autorização dos representantes dos municípios de Itaboraí, Feira de Santana, Capina Grande, Curitiba, São José do Rio Preto, e Ribeirão Preto, bem como das instituições envolvidas: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina de Rio Preto, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade Federal de Feira de Santana, Universidade Federal da Paraíba, Universidade Estadual da Paraíba, para o desenvolvimento da pesquisa. Constando ainda a relação de todos os pesquisadores envolvidos e a função de cada instituição e pesquisador no estudo.


Esclarecimentos Necessários: -

Recomendação:

- Aprovação
- Aprovação com recomendação
- Aprovação e encaminhamento para apreciação pela CONEP/MS
- Considerar em PENDÊNCIA até esclarecimentos dos pontos levantados.
- Não aprovação
- Retirado

Ribeirão Preto, 20 de dezembro de 2006.

Parecer aprovado pelo Comitê de Ética em
Pesquisa da EERP/USP na 92^ª Reunião
Ordinária realizada em 21/03/2007


Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa EERP USP