

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

SÔNIA APARECIDA DA CRUZ OLIVEIRA

**Desempenho dos serviços de saúde no controle da tuberculose em relação ao enfoque na
família e orientação para comunidade na percepção do doente, São José do Rio Preto**

(2007)

Ribeirão Preto
2008

SÔNIA APARECIDA DA CRUZ OLIVEIRA

Desempenho dos serviços de saúde no controle da tuberculose em relação ao enfoque na família e orientação para a comunidade na percepção do doente, São José do Rio Preto
(2007)

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre junto ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.
Inserida na Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa

Ribeirão Preto
2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catlogação na Publicação
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Oliveira, Sônia Aparecida da Cruz

Desempenho dos serviços de saúde no controle da tuberculose em relação ao enfoque na família e orientação para a comunidade na percepção do doente, São José do Rio Preto (2007) / Sônia Aparecida da Cruz Oliveira. Ribeirão Preto, 2008.

96 f.: fig.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública. Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Orientador: Tereza Cristina Scatena Villa.

1. Tuberculose. 2. Atenção Primária à Saúde. Avaliação dos Serviços de Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Sônia Aparecida da Cruz Oliveira

Desempenho dos serviços de saúde no controle da tuberculose em relação ao enfoque na família e orientação para a comunidade na percepção do doente, São José do Rio Preto (2007)

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre junto ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Inserida na Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa

Assinatura: _____

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto

Assinatura: _____

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

Profa. Dra. Silvia Helena Figueiredo Vendramini

Assinatura: _____

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Dedicatória

Em primeiro lugar a Deus, por estar sempre presente em minha vida, iluminando meu caminho e minhas escolhas. Por acreditar e ter fé no Senhor, consegui reunir forças e coragem para completar mais uma etapa de minha vida.

A minha mãe, exemplo de fé em Deus, com amor e paciência educou-nos para termos uma profissão. Pelo amor, apoio e confiança que me norteou na construção de minha vida pessoal e profissional.

Ao meu pai, que embora não esteja presente para comemorar este marco em minha vida, foi sempre meu maior incentivador acreditando em minha capacidade. Trago sempre comigo seus ensinamentos dentro do meu coração. Saudades...

Aos meus irmãos Solange e Sidney, companheiros nos momentos tristes e alegres de minha vida, fazem-me entender a importância de se ter uma família.

Aos meus filhos Thaís, Laís e Júnior, que com os seus questionamentos e inquietações, me fazem acreditar que ainda tenho muito para aprender... Mesmo sem entenderem a minha ausência na realização desse trabalho, sempre me recompensaram (e recompensam) com alegria e muito amor. Constituem a verdadeira razão do meu viver...

Ao Marcio, meu esposo, meus agradecimentos pelo companheirismo e apoio durante todos esses anos.

Agradecimentos Especiais

À Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa, pela confiança, paciência, amizade e orientação na construção deste estudo. Sinceros agradecimentos e obrigada pelo apoio na realização desta dissertação.

Ao Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto, agradeço a Deus por tê-lo colocado em meu caminho no momento certo; ensinou-me com muita humildade e sabedoria desde metodologia científica até lições de vida. Obrigada pela ajuda e por contemplar meu pequeno mundo intelectual e por me mostrar que é possível avançar na nossa carreira sem perder a sensibilidade, a emoção e o respeito pelo próximo. "Grande ser humano".

À Profa. Dra. Silvia Helena Figueiredo Vendramini, por acreditar na minha capacidade e ser a amiga que é. Que Deus a ilumine hoje e sempre. Muito obrigada pelo incentivo e pela oportunidade de me incentivar e proporcionar o meu compartilhamento neste grupo de pesquisa.

Agradecimentos

Aos docentes do Departamento de Enfermagem e Saúde Coletiva e Orientação Profissional do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto: Silvia, Claudia Eli, Maria de Lourdes, Marilene, Vânia, Gislaine, Rose, Rosina, Margarete, Denise, Renilda e Zaida, pela paciência, amizade, ajuda, compreensão e dedicação.

Às colegas do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, pela amizade, apoio e contribuições durante a trajetória da minha vida profissional. Muito obrigada.

À Dóris, Adriana e Marisa por me mostrarem que amizade não tem fronteiras e por fazerem parte da minha vida, quando mais precisei.

À Dra. Maria Rita Cury Coordenadora do Programa de Controle de Tuberculose de São José do Rio Preto e aos funcionários do Programa de controle da Tuberculose do Núcleo de Gestão Assistencial 60: Adelaide, Milton, Ivani, Cida Inês, Anaina e a todos que direta ou indiretamente auxiliaram nesta pesquisa, meus agradecimentos.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), que me acolheu e permitiu a conquista desse título.

Ao grupo de pesquisa da REDE-TB, principalmente ao Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose (GEOTB): Roxana, Rubia, Tânia, Marcio, Mayra, Maria Amélia, Maria Eugênia, Elisângela,

Ricardo, Aline, Reinaldo e todos os alunos de iniciação científica e aos pesquisadores de outras instituições.

À Profa. Dra. Lúcia Marina Scatena, pela contribuição na assessoria estatística para realização desse estudo.

À Patrícia Pasini Góes, que sempre com muito jeito, dedicação e sabedoria, está permanentemente colaborando para que o grupo cresça cada vez mais.

Aos funcionários da sala de leitura Gleite de Alcântara da EERP-USP, em especial à Maria Bernadete Malerbo, pelo carinho e atenção.

A Profa. Dra. Ana Maria de Almeida Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde Pública da EERP-USP, de Ribeirão Preto e as secretárias: Andréia e Shirley pelo carinho e atenção durante esse processo. Meus sinceros agradecimentos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão de bolsa de estudo e apoio financeiro para realização deste trabalho.

A todos aqueles que contribuíram de alguma maneira, tornando possível a concretização deste estudo, meus mais sinceros agradecimentos.

Finalmente, agradecimentos especiais a todos os pacientes de tuberculose que colaboraram e permitiram que esta pesquisa se tornasse uma realidade.

Um tempo para cada coisa

Para tudo há um tempo, para cada coisa há um momento debaixo dos

céus:

Tempo para nascer, e tempo para morrer;

Tempo para plantar, e tempo para arrancar;

Tempo para matar, e tempo para sarar;

Tempo para demolir, e tempo para construir;

Tempo para chorar, e tempo para rir;

Tempo para gemer, e tempo para dançar;

Tempo para atirar pedras, e tempo para ajuntá-las;

Tempo para dar abraços, e tempo para apartar-se;

Tempo para procurar, e tempo para perder;

Tempo para guardar, e tempo para jogar fora;

Tempo para rasgar, e tempo para costurar;

Tempo para calar, e tempo para falar;

Tempo para amar, e tempo para odiar;

Tempo para a guerra, e tempo para a paz.

(Ecle, 3, 1-8)

Saúde Pública

Infinitos os sonhos

Finitas as realizações

Desencantos em pujança

Acúmulo frustrações

Do meio do nada

Reascender esperanças.

ANTONIO RUFFINO NETTO

17-02-2000

RESUMO

OLIVEIRA, S.A.C. **Desempenho dos serviços de saúde no controle da tuberculose em relação ao enfoque na família e orientação para a comunidade na percepção do doente, São José do Rio Preto (2007)**. 2008. 97 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Dado que a tuberculose é um problema de saúde pública no mundo com grande magnitude no Brasil e que há necessidade de reorganizar os serviços de atenção básica no país, centrando-os nas dimensões da família e da comunidade, o presente trabalho foi desenvolvido com objetivo de: analisar, sob a percepção do doente, as características organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde responsáveis pelo controle da tuberculose, em relação às dimensões enfoque na família e orientação para a comunidade, no município de São José do Rio Preto-SP 2007. Material e métodos: foi efetuado um estudo epidemiológico, do tipo exploratório descritivo, inquérito com 108 doentes de TB do município de São José do Rio Preto-SP. Utilizou-se um instrumento (questionário) Primary Care Assessment Tool (PCAT), Este instrumento foi adaptado e validado para o Brasil para a atenção à tuberculose. O entrevistado respondeu a cada pergunta segundo uma escala de possibilidades pré-estabelecida, escala de Likert, à qual foi atribuído um valor entre zero e cinco. Resultados: na dimensão *enfoque na família* os profissionais de saúde demonstram preocupação com respeito a sinais/sintomas dos pacientes e em menor grau, sobre outros problemas de saúde dos familiares, comprometendo a integralidade do cuidado. Na dimensão *orientação para comunidade* os profissionais de saúde mostram pouca preocupação quanto à busca ativa dos casos, deficiência na capacitação de profissionais de saúde, baixa taxa de busca de sintomáticos respiratórios e contatos examinados. Conclusão: Necessário ampliar a visão epidemiológica dos profissionais nos serviços de saúde cuja atenção está focalizada no doente, com poucas ações preventivas sobre a família/comunidade, o que evidencia a necessidade de maior aproximação entre profissionais de saúde / doentes/ familiares/comunidade.

Palavras – chave: Atenção primária à Saúde; Tuberculose; Avaliação nos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

OLIVEIRA, S.A.C. **Performance of Health Service Providers in TB Control in Relation to Family Focus and to Community Orientation from the Patient's Perspective, São José do Rio Preto (2007)**. 2008. 97 f. Thesis (Master Degree) –Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

The aim of the present study was to analyze, from the patient's perspective, the organizational characteristics and performance of health service providers in charge of TB control, targeting two different dimensions: family focus and community orientation in the city of São José do Rio Preto, São Paulo state, Brazil. The goals of the study are vindicated by the fact that tuberculosis is a public health problem worldwide and it has tremendous impact in Brazil and also by the fact that it is necessary to reorganize primary care services focusing on the family and community. Materials and Methods: An epidemiological descriptive survey-like study was performed and 108 TB patients from São José do Rio Preto were surveyed by means of the Primary Care Assessment Tool (PCAT). This instrument was adapted and validated to be used in Brazil for TB care. The respondents answered each question according to a pre-determined scale, (Likert's scale) ranging from zero to five. Results: In relation to family focus, the health service providers' concern focused on the patients' signs/symptoms but less attention was paid to other health problems affecting their family members, which hampered *integral care*. As for community orientation, the providers showed little concern regarding an active search for individuals with respiratory symptoms, workers' poor education, and a low search rate for individuals with respiratory symptoms and for the screening of individuals who have been living with TB patients. Conclusion: It is necessary to broaden health workers' epidemiological views so that they will focus not only on the patient but also on preventive actions targeting the family and community. This fact highlights a pressing need to narrow the divide between patients, health care providers, families, and the community.

Key Words: Primary Health Care; Tuberculosis; Health services Assessment.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Percentual de respostas dos doentes de TB de São José do Rio Preto, segundo escores em relação à pergunta “se os profissionais de saúde perguntam se as pessoas que moram com o doente têm tosse ou febre”, 2007. 50
- Figura 2 - Percentual de respostas dos doentes de TB de São José do Rio Preto, segundo escores em relação à pergunta “se os profissionais de saúde conversam com as pessoas que moram com o doente sobre outros problemas de saúde”, 2007. 50
- Figura 3 - Distribuição das médias e intervalos de confiança dos indicadores construídos referentes à dimensão *ênfoque na família*. 51
- Figura 4 - Percentual de respostas dos doentes de TB de São José do Rio Preto, segundo escores em relação à pergunta “se os doentes observam propagandas e ou trabalhos educativos na unidade para informar a comunidade sobre TB”. 58
- Figura 5 - Percentual de respostas dos doentes de TB de São José do Rio Preto, segundo escores em relação à pergunta “se os doentes observam visitas dos profissionais na comunidade para entrega de pote de escarro”, 2007. 58
- Figura 6 - Distribuição dos intervalos de confiança das variáveis pertinentes à dimensão *orientação para comunidade*. 59

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Distribuição dos pacientes segundo local de tratamento, tratamento supervisionado e variáveis sócio-demográficas..... 45
- Tabela 2 - Distribuição de frequências quanto ao tipo de atenção oferecida pelos profissionais de saúde ao doente de TB, pertinentes à dimensão enfoque na família em São José do Rio Preto, no ano 2007. 48
- Tabela 3 – Distribuição de frequências quanto ao tipo de atenção oferecida pelos profissionais de saúde aos doentes de TB, pertinentes à dimensão orientação para comunidade - São José do Rio Preto, ano de 2007. **Erro! Indicador não definido.**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária À Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMB REF	Ambulatório de Referência
BSR	Busca de Sintomático Respiratório
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CI	Comunicação Interna
CMS	Conselhos Municipais de Saúde
CMED	Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente
CMDCA	Conselhos Municipais das Crianças E dos Adolescentes
CMAS	Conselho Municipal da Assistência Social
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DRS XV	Departamento Regional de Saúde XV
DOTS	Directly Observed Treatment Short Course
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GEOTB	Grupo de Estudos Epidemiológicos Operacionais em Tuberculose
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência
NOB/96	Norma Operacional Básica/96
NGA	Núcleo de Gestão Ambulatorial
ONG	Organização não governamental
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde.
PA	Pronto Atendimento
PCAT	Primary Care Assessment Tool
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNCT	Plano Nacional de Controle da Tuberculose
PSF	Programa de Saúde da Família
PSM	Pronto Socorro Municipal
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
REDE-TB	Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
RH	Recursos Humanos
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SS	Serviços de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SMSH	Secretaria Municipal de Saúde e Higiene
TB	Tuberculose
TB-MDR	Tuberculose Multidroga-Resistente
TS	Tratamento Supervisionado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVO	26
3 MARCO TEÓRICO	28
4 MATERIAL E MÉTODO	33
4.1 Caracterização do município de São José do Rio Preto	34
4.2 Organização da atenção à saúde no município	35
4.3 Descrições gerais da atenção ao doente de tuberculose	35
4.4 Universo do estudo, descrição e aplicação do questionário	41
4.5 Análise de dados	42
4.6 Aspectos Éticos	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1 Caracterização dos doentes de TB	45
5.2 Dimensão enfoque na família	48
5.3 Dimensão orientação para comunidade	56
6 CONSIDERAÇÕES GERAIS	64
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	71
ANEXOS	78

1 *Introdução*

Durante a última década, o Brasil experimentou grandes mudanças na organização do Sistema de Saúde, sendo que a atenção básica recebeu especial atenção com a introdução de programas inovadores e estratégicos para a mudança do modelo assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS) (VILLA et al., 2006).

Entre as características inovadoras introduzidas no sistema de saúde destaca-se a reorganização dos serviços de atenção básica, centrando-os na família e na comunidade e integrando-os aos outros níveis de atenção (BRASIL, 2000; 2004).

Vários fatores têm contribuído para essa priorização, entre eles a necessidade de se desenvolver e disponibilizar para a população serviços básicos que sejam mais acessíveis, equitativos e de melhor qualidade. Para responder a estes desafios o Ministério da Saúde vem utilizando diversas estratégias: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - 1994; assim como o Piso da Atenção Básica - introduzido com a Norma Operacional Básica em 1996 e atualizado com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde de 2001 e 2002, como parte do processo de descentralização. (ALMEIDA; MACINKO, 2006)

Para focalizar bem os aspectos envolvidos na Atenção Primária à Saúde (APS), é importante lembrar as colocações feitas pelo Dr. David Tejada Rivero (Ex Sub Diretor da Organização Mundial da Saúde – OMS e Coordenador Geral da Conferência Internacional sobre APS - Alma-Ata em 1977):

O que não é Atenção Primária: não é programa especial, independente e paralelo aos demais programas de saúde. Quando existe nesse formato, deve-se duvidar que se trate de uma verdadeira atenção primária. Nesse caso, geralmente se trata de um programa pequeno, com mísero orçamento, dirigido verticalmente dos níveis centrais, com atenção muito elementar e até mesmo primitiva, destinada a áreas carentes e populações pobres. Também pode ocorrer com orçamentos elevados, em que o financiamento externo é mais utilizado para pagar escandalosos salários a poucos privilegiados funcionários; Não é o nível periférico de um sistema de saúde setorial ou institucional que depende de outros níveis tradicionais e inertes; Não é um serviço a cargo de para-profissionais ou auxiliares que podem proporcionar algo equivalente a, mais ou menos, primeiros socorros ou uma atenção elementar; Não é um pacote de ações mínimas com mais caráter de esmola do que de resposta a um direito. Lamentavelmente, esta forma distorcida foi difundida por algumas agências internacionais. Mais lamentável ainda: foi aceita por autoridades nacionais que se recusam a assumir a verdadeira atenção primária; Não é um serviço público prestado a uma população passiva, sem querer que ela seja responsável por sua própria saúde (TEJADA-RIVERO, 1999)

O que é Atenção Primária: É uma forma conceitual e operativamente orgânica de confronto dos fatores causais dos problemas de saúde, orientada a alcançar a meta

sócio-política de saúde para todos. Tem origem e base na urgência moral de reduzir as iniquidades, a falta de solidariedade e as injustiças sociais no cuidado da saúde de todos. Deve ser, então, o cuidado, sem discriminação, frente a um direito de todos os seres humanos e povos; É uma forma de cuidado integral da saúde que aplica em todo o sistema social nacional e que atinge a todos os níveis, desde os mais sofisticados aos mais simples. Considera a saúde como o bem-estar social, no qual são muitos e diversos os fatores que a condicionam e a determinam. Sem emprego, estabilidade trabalhista, salários justos, alimentação adequada, saneamento básico, educação etc., não pode haver saúde. A interpretação de bem-estar social conduz a outros fatores como direitos humanos, cidadania, possibilidade de desenvolvimento espiritual e estético, ausência de temor, oportunidades de realização social e pessoal etc.; É um processo participativo, por meio do qual os provedores de serviços devolvem a população a responsabilidade primária e principal sobre o cuidado com sua saúde pessoal e coletiva. Na verdadeira atenção primária, a população deixa de ser paciente passivo que nada deve saber sobre sua saúde considerada como patrimônio exclusivo e excludente de profissionais ou auxiliares dos serviços tradicionais; É um processo no qual as decisões estão nas mãos da própria população, com apoio da informação objetiva que os profissionais ou auxiliares podem oferecer, sem imposições. Neste processo os elementos educativos e informativos são essenciais; É uma forma de ver todo o processo de desenvolvimento, pois seus princípios não são exclusivos do setor saúde. Esses grandes princípios são: a descentralização, ou seja, a transferência efetiva e irrevogável de poder político para tomadas de decisões e utilização de recursos; a participação social - não manipulada nem dirigida; a adequação e o bom uso do que há de mais avançado na ciência tecnologia às necessidades das maiorias mais carentes (TEJADA-RIVERO, 1999).

Uma nova concepção de Vigilância da Saúde mais abrangente se apóia na ação intersetorial, procura reorganizar as práticas de saúde no nível local e apresenta as seguintes características básicas: intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes), ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos, operacionalização do conceito de risco, articulação entre ações promocionais, ações sobre o território e intervenção sob a forma de operações, propondo a incorporação de novos sujeitos, extrapolando o conjunto de profissionais e trabalhadores de saúde ao envolver a população organizada, correspondendo à ampliação do objeto, pois considera as determinações sociais que afetam os diversos grupos populacionais de acordo com suas condições de vida. Tal processo de reorientação do modelo assistencial do SUS incorpora e supera os modelos vigentes na medida em que propõe a redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais e também das organizações de saúde e da cultura sanitária (TEIXEIRA, 2002).

O processo de descentralização exige profissionais qualificados na gerência de programas em saúde pública, com habilidades no manejo de instrumentos específicos de epidemiologia, gestão e planejamento para monitorar e avaliar as ações de saúde, supervisionar e treinar recursos humanos que atuam na Atenção Básica (VILLA et al., 2006).

As atribuições da atenção básica, apoiadas na Estratégia de Saúde da Família (ESF), estão em sintonia com os princípios da Vigilância em Saúde, podendo, portanto, ser consideradas um espaço que contribui para o desenvolvimento de um novo paradigma no SUS atendendo ao princípio da integralidade nas ações do cuidado e desenvolvimento de novas relações entre os trabalhadores de saúde e a população. *O enfoque na família e a orientação para comunidade* vêm sendo reconhecidos como elementos importantes do novo modelo de atenção, apesar de até o momento não ter muitos estudos a respeito dessas dimensões. Em vista do exposto, julgamos extremamente pertinente a realização da presente pesquisa.

Em 1992, a OMS declarou a tuberculose (TB) um estado de emergência no mundo. Segundo estimativas da mesma, um terço da população mundial está infectado pelo *Mycobacterium tuberculosis*, dos quais oito milhões desenvolverão a doença e dois milhões morrerão a cada ano (WHO, 2006). Atualmente, o Brasil ocupa o 16º lugar no ranking dos 22 países onde se estima que ocorram 80% dos casos de TB do mundo. O Ministério da Saúde (MS) registra anualmente cerca de 85 mil novos casos e seis mil óbitos.

No ano de 1993, a OMS propõe a adoção da estratégia Directly Observed Treatment Short-Course (DOTS) como uma política de controle da doença com o objetivo de atingir 85% de tratamento de doentes, 70% de detecção de casos e redução de abandono em 5% (WHO, 2005). No entanto, houve necessidade de investimentos na qualificação dos serviços de saúde, na capacitação dos recursos humanos para as atividades de vigilância, avaliação e controle, de modo a ampliar a capacidade de diagnóstico por meio da baciloscopia, promover

a cura, intensificar a busca do sintomático respiratório e dos contatos dos pacientes nos municípios brasileiros prioritários para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

A estratégia DOTS apresenta fortalezas e debilidades nas ações de controle da TB em nível de atenção básica em diferentes regiões do Brasil. Limitações importantes estão relacionadas ao diagnóstico, tratamento e prevenção (MUNIZ et al., 2005; RUFFINONETTO; VILLA, 2006; VENDRAMINI et al., 2006; VENDRAMINI et al., 2007).

Villa et al. (2008) avaliaram o tratamento supervisionado sob diferentes aspectos: sob a singularidade do doente, sob a ótica da equipe de saúde e sob aspectos organizacionais do sistema de saúde, partindo da hipótese de que quanto maior a população de um município, mais complexo o seu sistema de saúde e maior sua capacidade de complementar recursos para as ações de controle da TB e atingir a meta de 100% de cobertura do tratamento supervisionado. Os autores realizaram esse estudo no período de 1998 a 2004 e concluíram que houve aumento na cobertura de TS em 63,89% dos municípios considerados prioritários para o controle da TB do Estado de São Paulo, entretanto, alguns municípios não conseguiram manter a sustentabilidade da cobertura alcançada.

Em 2000, o Plano Nacional de Controle da Tuberculose introduziu novas possibilidades de intervenção ao doente de TB contando com a ESF e o Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS), pois apresentam uma concepção de atenção focalizada na família e na comunidade, com práticas que apontam para o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde envolvidos, os indivíduos, suas famílias e território (BRASIL, 2000).

No Estado de São Paulo são notificados cerca de 17 mil casos novos e 1100 óbitos por TB a cada ano. A mortalidade tem diminuído, visto que há 10 anos eram mais de 1500 ao ano, porém as taxas ainda são consideradas inaceitáveis pela TB ser considerada uma doença evitável e curável. Além disso, verifica-se a ocorrência de um lento declínio na incidência,

contudo é necessário dizer se essa queda é real ou se a descoberta de casos está aquém do esperado (SÃO PAULO, 2007). As taxas de cura vêm aumentando; há cinco anos não passavam de 70%, e hoje está em torno de 78%. Uma das estratégias para atingir a meta de cura de 85% é o tratamento supervisionado, um dos componentes da estratégia DOTS proposta pela OMS para tratamento de todos os doentes. Essa estratégia tem mostrado ótimos resultados em todo o mundo e em muitos municípios paulistas, conseguindo superar a meta esperada (SÃO PAULO, 2007).

Em 2005, o município de São José do Rio Preto apresentou 92 casos de TB, com uma incidência anual de cerca de 23/100.000 habitantes e uma alta porcentagem de TB/HIV (42%). A organização dos serviços de saúde na atenção à TB, o diagnóstico e o tratamento eram centralizados em unidades de referência e as atividades de identificação de sintomáticos respiratórios estavam sendo gradativamente incorporadas pelas unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família (GAZETTA et al., 2005).

Cury (2008) informou que em 2007, foram notificados no município 156 casos de TB por todas as formas, com incidência anual de 37/100.000 habitantes e alta porcentagem de TB/HIV (34%). No mesmo período obteve-se 81% de cura; 4% de abandono e 11% de óbitos (informação verbal)¹.

Gazetta et al. (2007) assinalam que após a implantação da estratégia DOTS no município houve uma diminuição das taxas de abandono e detecção de casos e um aumento das taxas de cura e óbito. O aumento do número de óbitos por TB pode ter ocorrido devido a três fatores: o predomínio da doença em indivíduos acima de 50 anos; a co-infecção TB/HIV e a presença de doenças associadas. Além disso, os autores concluíram que: a implantação da estratégia DOTS fortaleceu a descentralização das ações de controle da TB e a integração das equipes das Unidades Básicas de Saúde com a equipe do Programa de Controle da

¹ Informação fornecida por Cury (coordenadora do PCT local) em apresentação feita para a equipe técnica e gerentes da Secretaria Municipal da Saúde e Higiene de São José do Rio Preto, em 2008.

Tuberculose (PCT) local; o compromisso político do gestor com o combate à doença, aliado à política de benefícios e incentivos, foi fundamental para a sustentabilidade da estratégia DOTS.

Dentre os aspectos que interferem no desenvolvimento das ações de controle da TB pelas equipes de profissionais que compõem a rede básica de saúde, aponta-se a qualificação profissional; mesmo com a implantação da ESF, tem se observado uma inabilidade dos profissionais para abordar a problemática da TB nos municípios brasileiros (BRASIL, 2002).

Considera-se necessário criar alternativas para o controle da TB que se volte para uma prática de saúde participativa, coletiva, integral, vinculada à realidade da comunidade e capaz de ultrapassar as fronteiras das unidades de saúde. E assinala que as dificuldades no controle global da TB são abastecidas pela pobreza, por programas sub-financiados de Saúde Pública, pela epidemia da AIDS, multirresistência às drogas, além do envelhecimento da população e dos grandes movimentos migratórios, bem como problemas inerentes aos serviços de saúde (RUFFINO-NETTO, 2001; 2002).

A prestação de serviços de saúde no controle da TB tem sido objeto de estudo do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB) da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB). O trabalho desse grupo envolve a avaliação do PCT, do PACS, da ESF e das Unidades de Saúde que prestam atendimento ao doente de TB e o desenvolvimento de protocolos de assistência e vigilância de famílias com TB. A seguir destacam-se alguns resultados das pesquisas realizadas por esse grupo:

Muniz (1998) discorre sobre a implantação do tratamento supervisionado da TB em Ribeirão Preto, ressaltando que o mesmo resultou em alterações positivas nos percentuais dos indicadores epidemiológicos da doença.

Gazetta (2004) relata em seu estudo que um dos principais problemas para controle da doença no Brasil é a falta de continuidade do tratamento. Conforme o paciente percebe o

desaparecimento dos sintomas nos primeiros dias de medicação, ele acaba abandonando a terapia, adquirindo, a partir daí, resistência à medicação convencional. O tratamento se torna mais caro e a probabilidade de cura diminui. O insucesso do tratamento além de causar danos individuais, põe em risco à saúde pública porque pode levar a um prolongamento da infecciosidade aumentando a probabilidade de transmissão de bacilos multirresistente. O conhecimento dos fatores associados ao resultado de tratamento da TB é necessário para identificação dos principais obstáculos ao sucesso do tratamento e dos grupos prioritários do ponto de vista de um acompanhamento diferenciado.

Oliveira (2005) analisou as ações de busca de sintomáticos respiratórios, sob a óptica de coordenadores/membros da coordenação de PCT nos municípios prioritários para o controle da TB do Estado de São Paulo e observou que esta atividade estava sendo fortemente descentralizada para as unidades básicas de saúde, com uma tendência a descentralizar para a ESF, que é uma atividade reconhecidamente de responsabilidade de todos os profissionais de saúde das unidades e vem sendo realizada como rotina nos serviços e através de campanhas, porém observando que a rotina focaliza-se fortemente na demanda espontânea. Quanto ao envolvimento dos profissionais observou-se através das entrevistas que o adequado envolvimento e a falta de envolvimento aparecem em igual proporção nos municípios estudados. Observou-se também que os municípios têm utilizado diferentes estratégias para ampliar as ações de busca de sintomáticos respiratórios nas unidades, incluindo a aplicação do livro de sintomáticos respiratórios, um carimbo de sintomáticos respiratórios, treinamento das equipes de saúde e mobilizações ou divulgações da busca de sintomáticos respiratórios. Quanto aos laboratórios que realizam baciloscopias observou-se que os municípios possuem uma rede laboratorial estruturada, que possibilita o fortalecimento das ações de busca de sintomáticos respiratórios.

Nogueira (2007), em estudo realizado em Ribeirão Preto sobre a Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da TB na percepção do Agente Comunitário de Saúde, permitiu identificar lacunas nos canais de informação (fluxo e contra-refluxo entre os diferentes pontos da atenção) o que aponta a fragmentação dos serviços de saúde. Os diferentes pontos de atenção são isolados, apresentam falhas na comunicação e no fluxo de informações, dificultando a continuidade da atenção iniciada, esta desarticulação impede que uma ação desencadeada no domicílio transite pelos diferentes pontos da atenção, comprometendo a integralidade da assistência.

Monroe et al. (2008) em estudo com coordenadores do PCT de nove municípios prioritários do Estado de São Paulo apontaram o descompasso entre a transferência de responsabilidades das ações de controle da TB para a atenção básica e a inadequação quantitativa e qualitativa de RH para o manejo da doença no sistema de saúde. Os desafios para a incorporação da busca de sintomáticos respiratórios e TS na atenção básica incluem, além do avanço na organização de um sistema integrado de saúde que contemple os princípios da APS para lidar com as condições crônicas, a elaboração e implementação de uma efetiva política de RH que garanta a formação e capacitação contínua dos profissionais. Destaca-se o papel essencial da coordenação do PCT no incentivo, organização, viabilização, supervisão contínua e monitoramento da situação da TB para a reorganização da atenção à doença no contexto da atenção básica. É necessária a designação de profissionais capacitados e com trânsito político para assumirem o gerenciamento e condução desse processo no nível municipal.

Deste modo, o estabelecimento de novas dimensões como *ênfase na família e orientação para comunidade* nos serviços de atenção básica, torna-se necessário para promover mudanças na qualidade da atenção e reforçar o compromisso e envolvimento entre profissionais de saúde, indivíduo, família e comunidade, visto que possam se sentir “sujeito

ativo” na busca de melhores condições de vida para mudança da saúde da população. Em vista do exposto, este trabalho foi elaborado visando avaliar as percepções do doente e características organizacionais dos SS responsáveis pelo PCT.

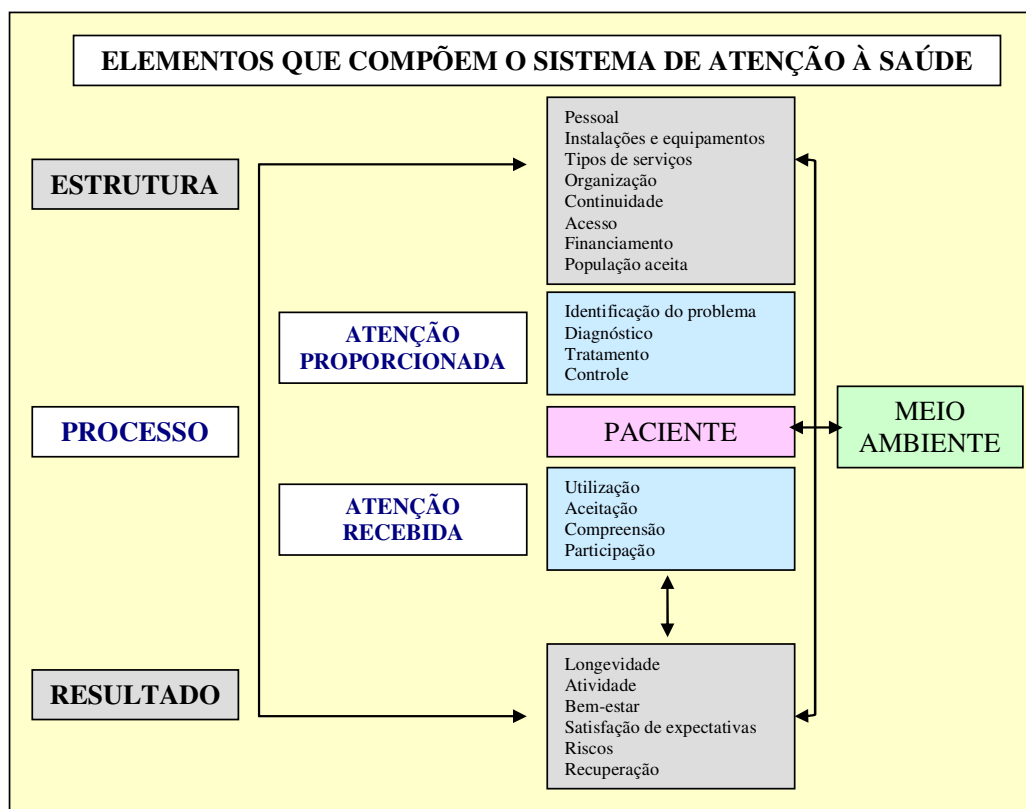
2 *Objetivo*

Analisar, sob a percepção do doente, o desempenho dos serviços de saúde no controle da TB em relação às *dimensões enfoque na família e orientação para a comunidade* no município de São José do Rio Preto em 2007.

3 *Marco Teórico*

Este trabalho é fundamentado nas colocações feitas por Starfield (2002) sobre os componentes dos serviços de saúde e sobre a APS e suas dimensões.

Em relação aos componentes do sistema de serviços de saúde (esquema adaptado a seguir), a autora destaca: 1- Estrutura: capacidade (abarcando pessoal, instalação e equipamentos, variedades de serviços, organização, gerenciamento e comodidade, continuidade/sistema de informação, acesso, financiamento, população eletiva, administração); 2- Processo: desempenho que envolve “oferta de atenção” (reconhecimento do problema, diagnóstico, manejo, reavaliação) considerando as características culturais e comportamentais e “recebimento da atenção” (utilização, aceitação e satisfação, entendimento, concordância); 3- Resultado: estado de saúde após o recebimento da atenção (longevidade, desconforto, percepção de bem estar, enfermidade, alcance, riscos, capacidade de recuperação) considerando ambiente social, político, econômico e físico.



Fonte: Esquema adaptado de Starfield (2002).

Sobre APS, a autora assinala que

[...] é baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e família na comunidade[...]. É parte integral do sistema de saúde do país [...]. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham.

As dimensões da APS definidas por Starfield (2002) são:

- Acesso - envolve a localização da unidade de saúde próxima da população a qual atende, os horários e dias em que está aberta para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos do acesso;
- Porta de Entrada - implica acesso e uso do serviço de atenção básica a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde, sempre como o primeiro atendimento procurado, exceto nos casos de urgência. Esse conceito será abordado inserido nas questões relativas ao acesso.
- Vínculo (ou *longitudinality*) - pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim o serviço de atenção básica deve ser capaz de identificar a população adscrita, bem como os indivíduos dessa população, que deveriam receber atendimento na unidade, exceto quando for necessário realizar consulta especializada ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com a unidade de saúde requer o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde.
- Elenco de serviços (*comprehensiveness*) - implica que as unidades de atenção básica 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 (ou integração dos serviços) - 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. Por exemplo, os problemas observados em consultas anteriores ou pelos quais houve algum encaminhamento para outros profissionais especializados deveriam ser avaliados nas consultas subsequentes.

Além dessas dimensões, Starfield (2002) assinala que para melhor adequar a APS, três aspectos são muito importantes: “centralização na família”; “competência cultural” e “orientação para comunidade”.

A centralização na família pressupõe a consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, sendo que a avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar e a exposição a ameaças à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento do desafio dos recursos familiares limitados. Resulta do alcance do elenco de serviços e da coordenação.

A competência cultural envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência e como essas populações especiais percebem que suas necessidades estão sendo atendidas.

A orientação para comunidade implica no reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser conhecido e tomado em consideração.

Ressalta-se que nesse estudo, dar-se-à ênfase à centralização na família e orientação para comunidade na atenção ao doente de TB.

O *enfoque na família* é avaliado pelo conhecimento dos membros da família (por meio de entrevistas) e por meio da comparação das informações com entrevistas de médicos

ou prontuários. É importante que os profissionais conheçam a dinâmica familiar, incluindo a forma de comunicação intra-familiar, o apoio e os recursos familiares (incluindo seus níveis educacionais, meios financeiros e a competência cultural) para lidar com os problemas de saúde do paciente. Além disso, a centralização na família requer o conhecimento a respeito de padrões de doença nas famílias para esclarecer possíveis mecanismos de etiologia e de resposta à terapia.

A orientação para a comunidade pode ser avaliada através de informações sobre: o conhecimento das necessidades de saúde da comunidade; o envolvimento dos profissionais de saúde com os assuntos da comunidade; o envolvimento proporcionado pelos profissionais para que a comunidade participe de questões relacionadas à prática, tais como a realização de pesquisas de satisfação do paciente para melhora da atenção à saúde e oferta de equipes de aconselhamento à comunidade.

4 *Material e Método*

T rata-se de um estudo epidemiológico, do tipo exploratório descritivo, sendo efetuado um inquérito com os doentes de TB.

4.1 Caracterização do município de São José do Rio Preto

São José do Rio Preto localiza-se na região Noroeste do Estado de São Paulo, a aproximadamente 500 km da capital, com população estimada em 2007 de 425.000 habitantes. É centro de referência na prestação de serviços de saúde, atendendo 101 municípios da DRS XV (Departamento Regional de Saúde XV) e de outros Estados como: Minas Gerais, Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.

A estrutura populacional do município assemelha-se a de países desenvolvidos: com diminuição da faixa etária entre 0 a 4 anos, aumento da população ativa de 14 a 49 e da faixa etária de 50 a 75 anos.

De acordo com Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) em 2000 e 2002, São José do Rio Preto foi classificado como grupo de elite (grupo I) no Estado por apresentar bons níveis de riqueza, longevidade e escolaridade, índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,834, taxa de mortalidade infantil de 11,86/1000 e esperança de vida de 71,3 anos. Além disso, ocupa a 7ª posição no ranking nacional em relação à eficiência de políticas públicas nos municípios, relacionada à melhoria nas condições de saúde, educação e renda (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2008).

4.2 Organização da atenção à saúde no município

O município de São José do Rio Preto está habilitado em gestão plena do sistema pela NOB/96 e assinou o Pacto de Gestão pela Saúde no ano de 2007.

A Secretaria Municipal de Saúde e Higiene (SMSH) é a responsável pela estruturação da atenção básica no município, buscando cumprir os princípios do SUS.

Em 2001, o sistema de saúde do município foi reestruturado dividido em Pólos I, II, III, IV e V, localizados em diferentes zonas da cidade. Cada Pólo possui, em média, de três a quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ou Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF).

A rede de Atenção Básica à saúde do município é composta por: 10 UBS, 09 UBSF e 04 policlínicas que contam com equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e estão em fase de transição para a ESF, perfazendo um total de 23 Unidades. O nível secundário de atenção conta com: 01 Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-60), 01 Serviço de Assistência Especializada ao doente de AIDS (SAE), 01 Hospital Dia, 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Infantil, 02 CAPS adulto, 01 Ambulatório de Saúde Mental, 01 Núcleo Municipal de Reabilitação. O nível terciário conta com 03 hospitais conveniados ao SUS e 03 privados.

4.3 Descrições gerais da atenção ao doente de tuberculose

Até 2003, o Ambulatório de Especialidades (NGA-60) e o Serviço de Assistência Especializado (SAE) eram os únicos locais de atendimento ao doente de TB e aos co-infectados TB/HIV, respectivamente.

Em 2004, deu-se início ao processo de descentralização do Tratamento Supervisionado (TS) para as UBS e UBSF. Gradativamente, as ações de diagnóstico e tratamento também foram sendo descentralizadas. Com assinatura do Pacto de Gestão pela Saúde, a descentralização das ações de controle da doença está sendo efetivada, sendo que, no final de 2007, 20 Unidades de Saúde realizavam o TS, das quais 12 também realizavam busca ativa, diagnóstico, consulta médica e acompanhamento. O Pacto pela Saúde prevê as seguintes metas para o controle da TB no município no período de 2006 a 2009:

METAS	PERÍODO
Adotar medidas de controle que visem o controle da doença e sua eliminação até o ano de 2050.	2006-2009
Diagnosticar 70% dos casos estimados de TB.	2006-2009
Melhorar a qualidade e oferta dos serviços oferecidos aos portadores de TB.	2006-2009
Tratar 100% dos casos detectados, evitar abandono e elevar a cura para 85% dos casos bacilíferos tratados.	2006-2009
Promover a descentralização do tratamento básico da TB para a rede de saúde.	2006-2009

Fonte: Qualificando 2007 – Secretaria Municipal de Saúde e Higiene SJRP

Equipe e Infra-Estrutura do NGA -60

Conta com equipe multidisciplinar composta por um médico sanitarista, que realiza atendimento aos doentes e coordena o programa, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma assistente social e um digitador. Realiza atendimento no período da manhã – das 7:00 às 12:00 horas. As ações realizadas no Ambulatório de Especialidades NGA-60 são:

- Gerenciamento geral do PCT do município;
- Alimentação do Sistema de Informação WEBTB do município – atualmente gera informações para as Unidades somente por meio do Boletim Epidemiológico Anual,

sendo que existe uma proposta do boletim passar a ser semestral a partir de agosto de 2008;

- Assistência – presta assistência aos doentes de TB nas seguintes situações: diagnóstico de comunicante cujo doente estava em tratamento no local, diagnóstico, consulta médica de doentes mais complexos, tratamento de doentes que recusam acompanhamento na Unidade da área de abrangência do seu domicílio, tratamento de doentes cujas Unidades de Saúde não contam com profissional médico capacitado para acompanhamento do tratamento. Além disso, realiza TS na Unidade e no domicílio dos doentes e leitura de Teste tuberculínico;
- Capacitação das equipes da rede básica por meio de: discussão de casos locais com médico e enfermeiro;
- Supervisão do atendimento dispensado aos doentes de TB nos serviços de atenção básica por meio de: análise dos prontuários dos doentes, da produção da Unidade (baciloscopia, TS e ações desenvolvidas na comunidade); supervisão no domicílio de alguns doentes que são acompanhados pelas UBS/UBSF.

O serviço não conta com viatura própria para realização de visitas domiciliares e TS, dependendo, quando necessário, da disponibilização da Central de viaturas do município.

Equipe e Infra-Estrutura SAE

Conta com cinco médicos infectologistas, três enfermeiras, três auxiliares de enfermagem e um agente comunitário de saúde que faz o TS diariamente. Existe ainda uma equipe multiprofissional: nutricionista, assistente social, psicóloga e farmacêutica.

O SAE tem viatura própria para realização do TS, o que facilita o andamento do mesmo. Possui uma média de 10 doentes co-infectados TB/HIV.

Atenção Básica

Pelo Pacto assinado com o MS, todas as UBS e/ou UBSF deveriam estar realizando todas as ações do PCT, mas estas estão sendo assumidas gradativamente, conforme os casos são detectados. De maneira geral realizam as seguintes ações:

- Busca de sintomáticos respiratórios de forma ainda não efetiva;
- Diagnóstico – todas as UBS/UBSF realizam;
- Acompanhamento e tratamento – nem todas realizam – depende da gravidade, e/ou preferência do doente e da capacitação do profissional médico em assumir o caso;
- TS - o mesmo é realizado na Unidade, pois não dispõem de viaturas.

Porta de entrada

Os sintomáticos respiratórios procuram primeiramente as UBS ou UBSF. Se não conseguem consulta, procuram as Unidades de Pronto Atendimento (PA) e/ou Pronto Socorro Municipal (PSM) ou consultórios particulares. Em casos mais graves, procuram diretamente a Emergência dos hospitais.

Com o processo de descentralização em andamento as UBS/UBSF estão aumentando gradativamente a busca ativa de sintomáticos respiratórios e o diagnóstico da TB. Em 2007, esperava-se examinar 4041 sintomáticos respiratórios no município, mas somente 592 (12,4%) foram examinados.

Diagnóstico

Independente do local onde o doente procurou atendimento, se houver suspeita de TB, é solicitado o exame de baciloscopia e/ou Raio-X. Nas UBS/UBSF, Unidades de PA/PSM que são municipais, o escarro colhido para o exame de baciloscopia é encaminhado ao Instituto Adolfo Lutz e o Raio X é realizado no NGA-60 ou serviço conveniado. Nos

Hospitais e clínicas particulares os exames são realizados pelos laboratórios e serviços de Raio-X próprios.

Tratamento / Acompanhamento

Após diagnóstico, o doente realiza o tratamento / acompanhamento:

- No NGA-60 – se o doente preferir este serviço ou se for um caso de TB mais complexo. Em 2007, dos 112 casos diagnosticados, 64 fizeram tratamento no NGA;
- No SAE – doentes co-infectados que já fazem tratamento de Aids neste local, ou que foram encaminhados por outros serviços. Em 2007, dos 112 casos diagnosticados, 16 fizeram tratamento neste local;
- Nas UBS/UBSF onde foi diagnosticado, se o médico e equipe estiverem capacitados para tal, ou se o doente assim preferir. Em 2007, dos 112 casos diagnosticados, 27 fizeram tratamento em UBS.
- Hospitais – dependendo da gravidade da doença, é necessário internação e acompanhamento por algum hospital. Em 2007, dos 112 casos diagnosticados, 5 fizeram tratamento neste local.

São realizadas consultas médicas mensais na Unidade de Saúde escolhida pelos doentes para acompanhamento da evolução clínica dos mesmos.

Todos os contatos intradomiciliares dos doentes de TB são convocados e examinados, conforme normas do PNCT, pelas mesmas Unidades onde o doente faz acompanhamento.

Dose Supervisionada

No município de São José do Rio Preto a implantação da estratégia DOTS ocorreu em 1998, possibilitando melhoras nas taxas de cura e abandono.

A dose supervisionada, em 2007, era realizada por 88% das Unidades de Saúde (incluindo os Ambulatórios de Referência) do município, sendo que somente 3 UBS/UBSF não a realizavam. É realizada preferencialmente nas Unidades de Saúde, devido à falta de viaturas para possibilitar a ida aos domicílios. É oferecida a todo doente que inicia tratamento para TB e, a observação da ingestão do medicamento pode ser feita por qualquer profissional da saúde (médico, enfermeira, técnico, auxiliar de enfermagem, ACS, assistente social, psicólogo, dentista e/ou compartilhado com familiar e outros responsáveis em condições de registrar dados na ficha de controle).

A dose supervisionada é realizada três vezes por semana nos dois primeiros meses e duas vezes por semana do terceiro mês até encerramento do tratamento.

Incentivos

Os incentivos e benefícios oferecidos especificamente aos doentes de TB em tratamento são cestas básicas (aproximadamente 45 cestas/mês) e vales-transporte. Além disso, os mesmos recebem orientações a respeito de auxílio-doença e seguro-desemprego.

- Fluxo da cesta básica

Todo caso que iniciar tratamento através da estratégia DOTS e seguir corretamente o tratamento tem direito à cesta básica, que é solicitada mensalmente para a Unidade de Referência por via on-line ou Comunicação Interna (CI) informando nome completo e data do início do tratamento do(s) cliente(s).

- Fluxo de vales transporte

É solicitado mensalmente para a Assistente Social da Unidade de Referência por via on-line ou CI informando nome, endereço e RG do doente e nome da Unidade solicitante. Esta última deve registrar a entrega dos vales transporte.

4.4 População do estudo, descrição e aplicação do questionário.

A população do estudo foi constituída por 108 doentes de TB em tratamento (amostragem de conveniência) no período de junho de 2006 a junho de 2007 nas Unidades de Saúde que desenvolvem o PCT do município em pauta.

Utilizou-se um instrumento (questionário) Primary Care Assessment Tool (PCAT), elaborado por Starfield (2002). Este instrumento foi adaptado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006). E posteriormente adaptado para a atenção à TB por Villa e Ruffino Netto (2008). Esse instrumento contemplou a avaliação das 8 dimensões da APS na atenção à TB: Acesso, Porta de Entrada, Vínculo, Elenco de Serviços, Coordenação, Enfoque Familiar, Orientação para a Comunidade e Formação Profissional (ANEXO I). Neste estudo, porém, privilegiaram-se as dimensões a seguir:

Enfoque na família: O profissional de saúde pede informações sobre suas condições de vida e de sua família, sobre doenças da sua família, se as pessoas que moram juntas têm tosse e ou febre, e se foi entregue pote de escarro para todas as pessoas da casa, se os profissionais de saúde conhecem as pessoas que moram com o doente, e se conversam com elas sobre sua doença, seu tratamento e outros problemas de saúde.

Orientação para a Comunidade: Os profissionais de saúde perguntam se os serviços oferecidos resolvem seus problemas de saúde, se já observou propagandas, campanhas, trabalhos educativos realizados pelos profissionais de saúde para informar a comunidade sobre a TB, se os profissionais de saúde desenvolvem ações com as igrejas associações de bairro para entrega do pote para coleta de escarro, se observa visitas dos profissionais de saúde pela vizinhança para entrega do pote para coleta de escarro e se os profissionais de saúde solicitam a participação de alguém da comunidade para discutir sobre o problema de

TB.

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

Para proceder à coleta de dados foram utilizados roteiros explicativos sobre a escala de respostas do questionário, direcionadas aos usuários.

Foi realizado o treinamento de entrevistadores para a aplicação do instrumento, especialmente contratados para esse fim e que possuíssem experiência na área de saúde.

Para arquivar as respostas obtidas nos questionários foi criado um banco de dados e as informações foram disponibilizadas em planilhas eletrônicas do software *Statistica 8.0 da StatSoft*.

4.5 Análise de dados

Para análise dos dados foram usadas técnicas de estatística descritiva, realizada em três etapas: caracterização dos doentes entrevistados, análise exploratória e construção de indicadores.

A caracterização dos doentes entrevistados foi realizada através de análise de frequência, segundo o local onde realizam o tratamento, realização (ou não) de tratamento supervisionado e questões que envolviam as condições sócio-econômico-demográficas.

A análise exploratória foi realizada através de análise de frequência para quantificar as categorias das respostas às perguntas do questionário, bem como verificar possíveis inconsistências no banco de dados (como erros na entrada de dados ou omissão de respostas

pelos respondentes).

A construção dos indicadores de cada dimensão foi realizada a partir das questões contempladas neste trabalho. No entanto, foram construídos oito indicadores na dimensão *enfoque familiar* e cinco indicadores na dimensão *orientação para a comunidade* através do somatório dos escores (categorias) das respostas dos doentes para cada pergunta dividido pelo total de entrevistados. Desta maneira obteve-se um valor médio.

4.6 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, atendendo às orientações contidas na resolução 196/96 CNS e foi aprovado dentro das normas, conforme protocolo nº 0762/2007.

Cada entrevistado assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, sendo que uma cópia ficou com o entrevistado e a outra com o entrevistador (ANEXO II).

Para assegurar o aspecto confidencial das informações e proteger sua identidade, os entrevistados não foram identificados e local escolhido para a realização da entrevista foi o de maior privacidade possível.

5 Resultados e Discussão

5.1 Caracterização dos doentes de TB

Na Tabela 1 apresenta-se a distribuição dos doentes segundo o local onde realizam o tratamento/acompanhamento, realização (ou não) de tratamento supervisionado e condições sócio-econômico-demográficas.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes segundo local de tratamento, tratamento supervisionado e variáveis sócio-demográficas.

Especificação: gerais e sócio-econômicas – demográficas.		Nº de Pacientes	%
Local de tratamento	Ambulatórios de Referência	84	77,8
	Unidades Básicas de Saúde	24	22,2
	TOTAL	108	100
Tratamento Supervisionado	Sim	90	83,3
	Não	18	16,7
	TOTAL	108	100
Sexo do usuário	Feminino	37	34,3
	Masculino	71	65,7
	TOTAL	108	100,0
Escolaridade	Sem Escolaridade	7	6,5
	Ensino fundamental ou 1º grau incompleto	43	39,8
	Ensino fundamental ou 1º grau completo	29	26,9
	Ensino médio ou 2º grau incompleto	9	8,3
	Ensino médio ou 2º grau completo	13	12,0
	Ensino superior incompleto	2	1,9
	Ensino superior completo	5	4,6
	TOTAL	108	100,0
Local onde vive	Casa própria	60	55,6
	Alugada	27	25,0
	Emprestada	15	13,9
	Instituição asilo/ abrigo/outros	5	4,6
	Não tem moradia	1	0,9
	TOTAL	108	100,0
Tipo de moradia	Alvenaria	106	98,1
	Madeira	02	1,9
	Material Reciclável	0	0
	Outros	0	0
	TOTAL	108	100,0

continua

conclusão			
Caracterização sócio-econômica dos pacientes	Água encanada	105	97,2
	Geladeira	102	94,4
	Telefone	71	65,7
	Carro	55	50,9
	Luz elétrica	107	99,1
	Banheiro dentro casa	105	97,2
	Rádio	99	99,7
	Televisão	103	95,4
Número de cômodos na casa	1	4	3,7
	2	14	13,0
	3	9	8,3
	4	21	19,4
	5+	60	55,6
	TOTAL	108	100,0
Número de pessoas residentes na casa	4+	58	53,7
	2-3	43	39,8
	1	7	6,5
	TOTAL	108	100,0
Número de adultos maiores 60anos	4+	6	15,4
	2-3	11	28,2
	1	22	56,4
	TOTAL	39	100,0
Número de crianças menores de 12 anos	4+	6	22,2
	2-3	9	33,3
	1	12	44,4
	TOTAL	27	100,0

Nesta Tabela observa-se que 77,8% dos pacientes realizam tratamento no NGA e apenas 22,2% nas UBS, evidenciando que o processo de descentralização encontra-se em andamento, embora de uma maneira muito lenta; 83,3% realizam o tratamento supervisionado, e 65,7% são do sexo masculino. Quanto ao grau de escolaridade, as taxas apresentam-se baixas, pois apenas 66,7% realizaram o ensino fundamental (de forma completa ou incompleta). Quanto à moradia, 55,6% possuem casa própria; 98,1% moram em casa de alvenaria e 55,6% possuem mais de cinco cômodos; 53,7% moram com mais de quatro pessoas na casa; 56,6% dos doentes moram com uma pessoa maior de 60 anos e 44% referem à presença de uma criança menor de 12 anos.

Quanto à caracterização sócio-econômica mais de 95% dos doentes têm água encanada, geladeira, luz elétrica, banheiro em casa e TV, apenas 50% possuem carro e 65%, telefone.

Considera-se oportuno salientar que a reversão do quadro da doença guarda estreita relação com o modo de viver das populações, incluindo desde as condições concretas de existência até os aspectos da educação, da cultura e do comportamento (PEDRAZZANI, 2000).

Santos et al (2007) comentam que apesar do município em estudo possuir indicadores que refletem um bom padrão de condições de vida, a TB incide duas vezes mais entre a população com piores níveis de desenvolvimento socioeconômico. No período compreendido entre 2003 e 2004, observa-se melhora nos indicadores de incidência com diminuição na diferença do risco de adoecer nas áreas com piores níveis socioeconômicos em relação à área com os melhores níveis. Ressalta-se, nesse período, o investimento na mudança das políticas públicas do município, direcionadas para as questões sociais. No município de São José do Rio Preto, a distribuição da população no espaço urbano segue praticamente os mesmos padrões de desigualdade dos grandes centros, com grupos menos privilegiados em relação à renda e condições de saúde na periferia. Os achados deste estudo confirmam a hipótese anteriormente levantada da participação das condições de vida na determinação do padrão de morbidade por TB da população.

Considerando a magnitude da TB como doença socialmente produzida, além do impacto negativo sobre a saúde coletiva, fica evidente a necessidade de maior envolvimento de profissionais de saúde e da comunidade científica no sentido de programar medidas operacionais e de investigações relevantes para a compreensão dos condicionantes sociais do processo saúde-doença da TB e, conseqüentemente, transformar o cenário preocupante em que está inserida (SANTOS, 2007; VENDRAMINI, 2005; VENDRAMINI et al.; 2006).

5.2 Dimensão enfoque na família

Essa dimensão pressupõe a consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, sendo que a avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar e as ameaças à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento dos recursos familiares limitados (STARFIELD, 2002: 486).

Na Tabela 2 é apresentada a distribuição de frequência das respostas pertinentes à atenção oferecida pelos profissionais de saúde ao doente com TB e seus familiares.

Tabela 2 - Distribuição de frequências quanto ao tipo de atenção oferecida pelos profissionais de saúde ao doente de TB, pertinentes à dimensão *enfoque na família* em São José do Rio Preto, no ano 2007.

DIMENSÃO ENFOQUE NA FAMÍLIA	Nunca		Quase Nunca		Às Vezes		Quase Sempre		Sempre		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº.	%	Nº	%	Nº	%	Nº.	%
1- O profissional de saúde pede informações sobre suas condições de vida e de sua família?	19	17,6	3	2,8	3	2,8	15	13,9	68	62,9	108	100
2. O profissional de saúde pede informações sobre doença de sua família?	12	11,1	4	3,7	8	7,4	14	13,0	70	64,8	108	100
3. O profissional de saúde pergunta se as pessoas que moram com o senhor têm tosse ou febre?	14	13,0	2	1,9	3	2,8	15	13,9	74	68,5	108	100
4. Quando ficou doente de TB, o profissional de saúde entregou pote para exame de escarro a todas as pessoas que moram com o senhor?	24	22,2	4	3,7	5	4,6	10	9,3	65	60,1	108	100
5- Os profissionais de saúde conhecem as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?	22	20,0	6	6,0	13	12,0	15	14,0	52	48,0	108	100
6. Os profissionais de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre a sua doença?	25	23,1	9	8,3	12	11,1	13	12,0	49	46,0	108	100

continua

conclusão

DIMENSÃO ENFOQUE NA FAMILIA	Nunca		Quase Nunca		Às Vezes		Quase Sempre		Sempre		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº.	%	Nº	%	Nº	%	Nº.	%
7. Os profissionais de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre seu tratamento?	26	24,0	8	7,4	10	9,3	14	13,0	50	46,2	108	100
8- Os profissionais de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre outros problemas de sua saúde?	62	57,4	16	15,0	3	3,0	10	9,3	17	16,0	108	100

Nesta Tabela 2, observa-se que, segundo os doentes, os profissionais de saúde pedem sempre informações sobre condições de vida da família do doente, sobre doenças na família e sobre a existência de tosse ou febre nestes com frequências de 63%, 65% e 69% respectivamente. Estes percentuais refletem certa preocupação por parte dos profissionais de saúde com o doente e/ou seus familiares. Com respeito à entrega do pote para exame de escarro aos contatos intradomiciliares, a resposta sempre foi obtida de 60% dos doentes. Na prática, o pote para exame de escarro deveria ser entregue para 100% das pessoas que convivem com o doente. Em relação aos profissionais de saúde conhecerem os contatos intradomiciliares, conversarem com os mesmos sobre doença, sobre o tratamento e sobre outros problemas de saúde, as respostas “sempre” foram respectivamente de 48%, 46% 46% e 16% dos entrevistados. Este último número sugere que os profissionais conversam pouco com os familiares dos doentes sobre outros problemas de saúde, o que pode comprometer o aspecto da integralidade da atenção apreçoado pelo SUS e pela APS.

No anexo III estão as figuras das frequências da tabela 2 e aqui são destacadas apenas duas figuras onde são apresentadas as questões “se os profissionais de saúde perguntam se as pessoas que moram com o senhor têm tosse ou febre” (observa-se a maior frequência do

escore 5) – figura 1 e “se os profissionais de saúde conversam com as pessoas que moram sobre outros problemas de saúde” (observa-se a maior frequência do escore 1) – figura 2.

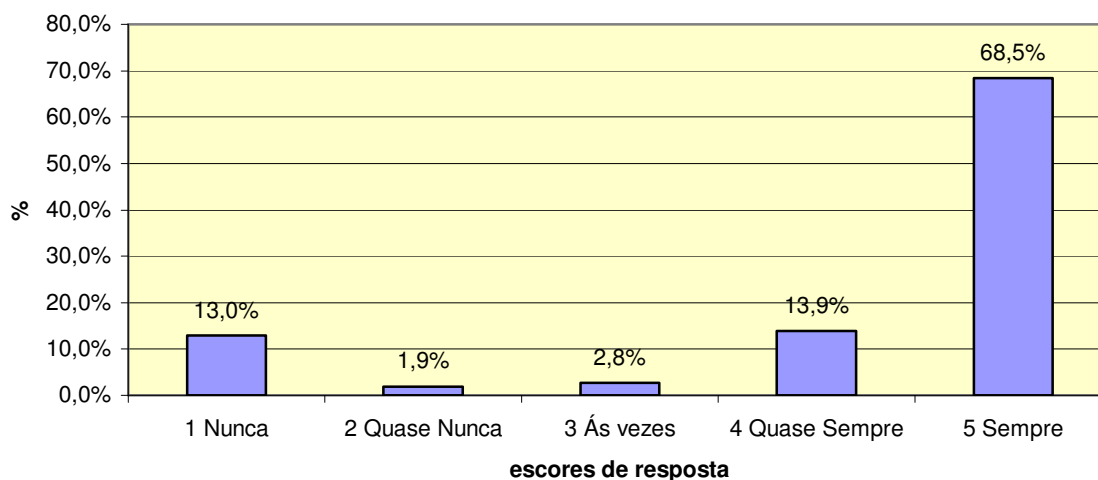


Figura 1 - Percentual de respostas dos doentes de TB de São José do Rio Preto, segundo escores em relação à pergunta “se os profissionais de saúde perguntam se as pessoas que moram com o doente têm tosse ou febre”, 2007.

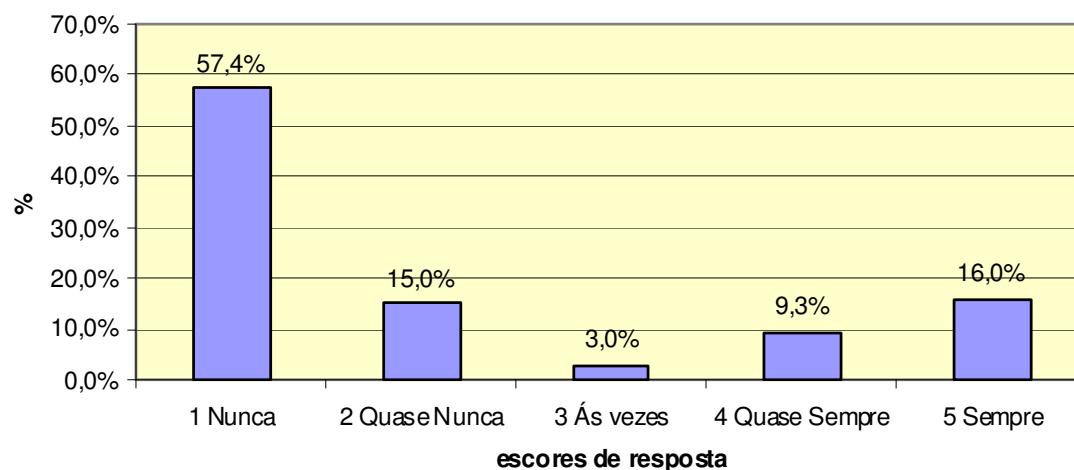


Figura 2 - Percentual de respostas dos doentes de TB de São José do Rio Preto, segundo escores em relação à pergunta “se os profissionais de saúde conversam com as pessoas que moram com o doente sobre outros problemas de saúde”, 2007.

Para visualizar com mais profundidade e maior clareza a dimensão *ênfase na família*, construiu-se a figura 3 a seguir.

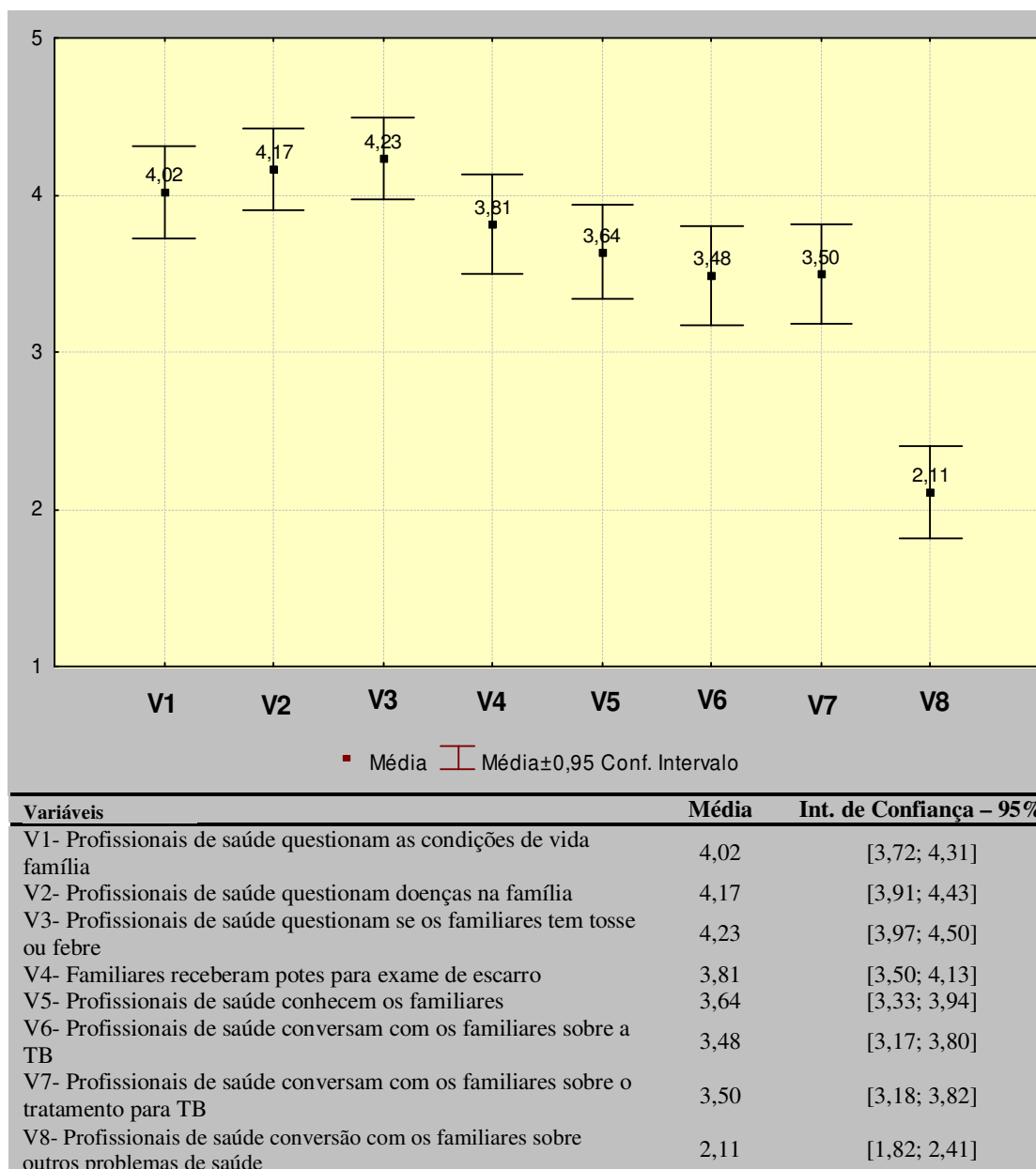


Figura 3 - Distribuição das médias e intervalos de confiança dos indicadores construídos referentes à dimensão *ênfoque na família*.

Na Figura 3 observamos que a variável “os profissionais de saúde (PS) perguntam se as pessoas que moram junto (familiares) apresentam tosse, febre” foi a que apresentou maior escore, ou seja, 4,23. Este escore apresenta uma diferença estatisticamente significativa em relação às variáveis “PS conhecem seus familiares, os PS conversam com os seus familiares sobre sua doença, sobre seu tratamento e sobre outros problemas de saúde”. Observa-se também que não há diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a variável “os PS

perguntam se as pessoas que moram tem tosse ou febre” com as variáveis “condições de vida da família, doenças na família e se recebeu potes para exame de escarro”.

Por outro lado, observamos que a variável “os profissionais de saúde conversam com os familiares sobre outros problemas de saúde” apresentou o menor escore, ou seja, 2,11; observamos que esta variável apresenta uma diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$) de todas as demais variáveis desta dimensão.

No conjunto, percebemos que os profissionais de saúde mostram uma preocupação com respeito aos sinais/sintomas dos pacientes, e em menor grau, com as condições de vida da família e suas doenças, deixando claro a pouca preocupação com outros problemas de saúde dos familiares.

Logo, faz-se necessário a realização de visitas domiciliares para o conhecimento do contexto social do doente e sua família, que também podem propiciar o estabelecimento de vínculo entre eles. O fato do trabalhador de saúde conhecer melhor o ambiente no qual os mesmos estão inserido, suas necessidades e singularidades, é um fator que auxilia no manejo de intercorrências durante o tratamento, possibilitando novas oportunidades de interação com o doente e a família (VENDRAMINI et al., 2002).

Importante lembrar que o MS recomenda aos serviços de saúde examinar todos comunicantes de pacientes com TB, estabelecendo contatos com estas pessoas e convocando-as para exames (BRASIL, 2002).

Gazetta et al. (2008), em trabalho realizado também em São José do Rio Preto, assinala que: “falta sistematização dos serviços em relação ao monitoramento no controle dos comunicantes de pacientes com TB”, sendo que “a atenção ainda fica centrada no indivíduo doente isoladamente, com ações parciais sobre o comunicante” e “com pequena valorização das ações preventivas”.

A busca de casos entre os contatos dos doentes de TB deveria ser uma rotina do serviço dos serviços de saúde, visto que

as ações para procura de casos devem estar voltadas para os grupos com maior probabilidade de apresentar TB. Deve-se realizar a busca ativa de casos entre: [...] sintomáticos respiratórios, ou seja, pessoas maiores de 15 anos que procuram os serviços de saúde por qualquer motivo e apresentam queixas de tosse e expectoração por três semanas ou mais [...]; contatos de casos de TB - toda pessoa, parente ou não, que coabita com um doente de TB; [...] populações de maior risco de adoecimento: os residentes em comunidades fechadas como presídios, manicômios, abrigos e asilos e os indivíduos etilistas, usuários de drogas, mendigos, imunodeprimidos por uso de medicamentos ou por doenças imunossupressoras (AIDS, diabetes) e ainda os trabalhadores em situações especiais que mantêm contato próximo com doente de TB pulmonar bacilífera. A procura de casos deve ser feita ainda entre os suspeitos radiológicos (pacientes com imagens suspeitas de TB que chegam ao serviço de saúde) (BRASIL, 2002).

Além de intensificar a identificação de sintomáticos respiratórios, o MS preconiza a realização de baciloscopias em todos os serviços de atenção básica, principalmente nos municípios prioritários para o controle da TB e implantar o registro dos casos suspeitos na rede laboratorial do SUS. Acredita-se que quanto maior o número de UBS e de equipes com profissionais capacitados desenvolvendo as ações de controle da TB, mais abrangente será a procura de sintomáticos respiratórios nos serviços de saúde e na comunidade, mais rápido o início do tratamento dos casos descobertos, mais adequada à supervisão direta do tratamento, garantindo a cura do doente e conseqüentemente, mais rápida a interrupção da transmissão (BRASIL, 2002).

Nogueira et al. (2007) assinala:

Apesar de parecer um simples procedimento, a busca de sintomáticos respiratórios no controle da TB caracteriza-se na prática como uma ação complexa que requer conhecimentos que vão além das habilidades técnicas/específicas. A abordagem a família transcende o saber biológico. Caracteriza-se como uma seqüência de atividades que vão desde o contato no domicílio, a orientação sobre a doença, sinais e sintomas, modo de transmissão, identificação do sintomático respiratório, orientação sobre a coleta do escarro, encaminhamento e recebimento do material pelo UBS, fluxo do exame ao laboratório de análise, recebimento do resultado pela unidade e usuário, até ao encaminhamento para o seguimento ambulatorial dos casos diagnosticados.

Levando-se em conta a integralidade da atenção ao doente de TB no município de São José do Rio Preto, observa-se que esse aspecto é realizado ou satisfeito parcialmente, uma vez

que existe certa preocupação com o doente, porém menor ênfase é dada aos seus familiares e ao desenvolvimento de ações voltadas à promoção à saúde, caracterizados pelo “regular” conhecimento e fornecimento de orientações sobre a TB e seu tratamento aos familiares.

Em função disso, preconiza-se a necessidade de deixar o modelo tradicional de atendimento ao doente por um modelo moderno, incorporando expectativas dos doentes com envolvimento ativo das famílias e de seguimentos organizados da comunidade para maior incorporação do ator social no tratamento da doença, dimensão mais integradora na direção da concepção do modelo de promoção à saúde (LIMA et al., 2001).

Para Mendes (2002) os serviços de saúde estão organizados para prestar assistência para as condições agudas, caracterizada por uma assistência pontual, fragmentada, curativa, centrada na figura do médico, hospitalocêntrica e sem resolutividade. Para segundo plano, fica a assistência às condições crônicas, o que não deveria acontecer, pois responde por 75% das doenças que ocorrem no Brasil.

A atenção voltada para as condições agudas e, conseqüentemente para o pronto atendimento em São José do Rio Preto é verificada através de estudo realizado, em 2005, que aponta a baixa resolutividade na rede de atenção básica do município com respeito à descoberta de casos de TB, visto que apenas 10,7% dos casos foram diagnosticados pelas UBS e uma grande parcela (54%) dos casos ainda está sendo diagnosticada por hospitais (GAZETTA et. al., 2008).

Em famílias que enfrentam situações crônicas de saúde, deve-se priorizar o vínculo entre os serviços de saúde e a família. Embora a TB seja uma doença crônica, contudo não significa situação crônica de saúde (exceto em raríssimas exceções) é válida a proposta acima, enfatizando a necessidade de formação de recursos humanos adequados, bem como reorientação dos serviços para atender tais objetivos.

Para que o tratamento da TB tenha êxito é necessário que haja uma partilha de compromissos, envolvendo o serviço de saúde, doente e familiares, através da criação de pactos que contemplem as necessidades de todas as partes (SÁ et. al., 2007). O indivíduo e seus familiares devem tornar-se protagonistas do seu próprio tratamento e sujeitos ativos no processo decisório de seu projeto terapêutico (ARCÊNCIO, 2006). A inclusão do familiar no tratamento é uma ação extremamente importante e que deve ser considerada em todos os casos.

Cardozo-Gonzales et al. (2005) relataram que é necessário repensar outras modalidades de supervisão e/ou integrar as atividades de controle e tratamento da doença a outras estratégias de intervenção para melhor assistência e sucesso do tratamento e para alcançar maior impacto no perfil epidemiológico da doença e perante os recursos humanos e materiais insuficientes.

Maciel et al. (2008), em estudo epidemiológico levado a efeito em Vitória - ES, tinham como objetivo avaliar se membros da comunidade e familiares de pacientes com diagnóstico de TB, devidamente treinados, teriam condições de fazer a supervisão do tratamento. Os pacientes poderiam escolher serem supervisionados pelos familiares ou pelo profissional de saúde. O supervisor domiciliar foi escolhido em 96% com um percentual de cura de 99%. Nesse estudo, concluiu que o DOT familiar é factível, eficaz e eficiente.

Outro estudo efetuado na Tailândia também demonstrou uma melhora dos índices de cura da doença quando o tratamento foi realizado com supervisores domiciliares, aumentando de 70% em 1995 para 80,4% em 1996 (AKKSLIP, 1999).

Newell et al. (2006), durante o período de julho de 2002 a julho de 2003, conduziram um ensaio controlado para comparar a eficácia da supervisão do tratamento da TB realizada por um membro familiar e por um membro da comunidade e concluíram que ambas as estratégias podem alcançar as metas para o sucesso do tratamento.

Nesse sentido, é necessário avançar na construção de um trabalho articulado entre equipe do PCT e as equipes do PSF/PACS através do planejamento, gestão e assistência integral contínua e resolutiva permeada pelo respeito da equipe de saúde às diferenças culturais, sociais e econômicas do paciente e família (CARDOZO-GONZALES et al., 2005).

Com respeito à dimensão *ênfoque na família* como um todo, muitas ações deveriam ser implementadas e/ou melhoradas, tais como: maior interação dos profissionais de saúde com os familiares dos doentes, maior inclusão dos familiares no tratamento dos doentes, maior realização de atividades de promoção à saúde entre os mesmos, maior controle sobre os comunicantes/contactantes, maior controle por parte dos serviços quanto à convocação, atendimento e realização dos exames dos mesmos.

5.3 Dimensão orientação para comunidade

Essa dimensão implica no reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser conhecido e tomado em consideração. Além disso, requer a capacitação das comunidades para que desempenhem o papel principal na identificação dos determinantes destas necessidades no planejamento de soluções para atendê-las. (STARFIELD, 2002).

Na Tabela 3, apresentamos a distribuição de frequências quanto ao tipo de atenção oferecida pelos profissionais pertinentes à dimensão *orientação para a comunidade*.

Tabela 3 – Distribuição de freqüências quanto ao tipo de atenção oferecida pelos profissionais de saúde aos doentes de TB, pertinentes à dimensão *orientação para comunidade* - São José do Rio Preto, ano de 2007.

ORIENTAÇÃO PARA COMUNIDADE	Nunca		Quase Nunca		Às Vezes		Quase Sempre		Sempre		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº.	%	Nº	%	Nº	%	Nº.	%
1- Os profissionais de saúde perguntam ao Sr.(a) ou sua família se os serviços oferecidos resolvem seus problemas de saúde?	39	36,1	10	9,3	9	8,3	26	24,0	24	22,2	108	100,0
2- O(A) Sr.(a) observa trabalhos educativos realizados pelos profissionais de saúde para informar a comunidade sobre a TB?	6	5,5	3	2,8	5	4,6	13	12,0	81	75,0	108	100,0
3- O(A) Sr.(a) observa se os profissionais de saúde desenvolvem ações de saúde com as Igrejas, Associações de Bairro, para entrega do pote para coleta de escarro?	71	65,7	20	19,0	7	6,5	6	5,6	4	3,7	108	100,5
4- O(A) Sr.(a) observa visitas dos profissionais de saúde na sua vizinhança, para a entrega do pote para coleta de escarro?	99	91,7	1	0,9	5	4,6	2	1,9	1	0,9	108	100,0
5- O(A) Sr.(a) observa que os profissionais de saúde solicitam a participação de alguém da comunidade para discutir o problema da TB?	99	91,7	2	1,9	2	1,9	3	2,8	2	1,9	108	100,0

Na Tabela 3 chama a atenção que apenas a questão número 2, qual seja, “se o paciente observa trabalhos educativos sobre TB realizados pelos profissionais de saúde na comunidade” apresenta uma freqüência de 75%. Todas as demais questões apresentaram freqüências muito baixas. Isto parece indicar que a preocupação dos profissionais de saúde com respeito à comunidade é muito pequena, deixando a desejar quanto à inclusão da comunidade na discussão sobre o problema da TB e na busca ativa dos casos conforme apregoado pela MS.

A seguir, as figuras 4 e 5 apresentam as perguntas que obtiveram, respectivamente, maior freqüência de resposta para o escore 5 e para o escore 1 da dimensão *orientação para comunidade*. Além disso, todas as figuras dessa dimensão estão no ANEXO IV.

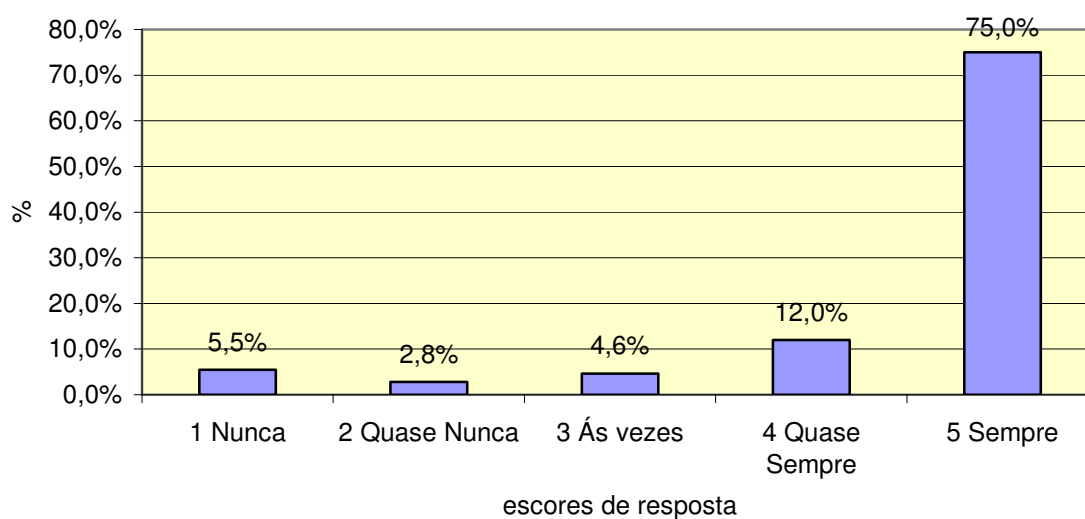


Figura 4 - Percentual de respostas dos doentes de TB de São José do Rio Preto, segundo escores em relação à pergunta “se os doentes observam propagandas e ou trabalhos educativos na unidade para informar a comunidade sobre TB”.

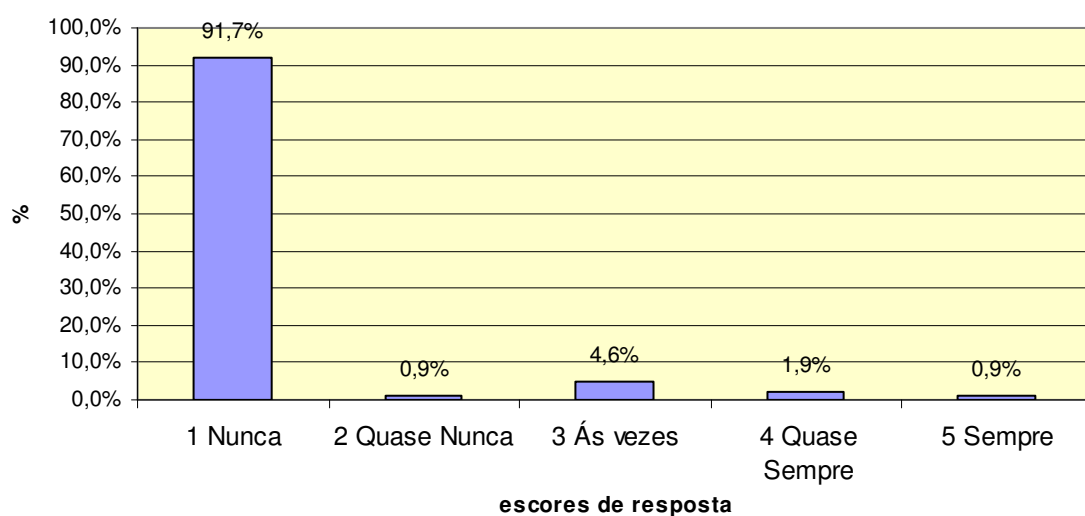


Figura 5 - Percentual de respostas dos doentes de TB de São José do Rio Preto, segundo escores em relação à pergunta “se os doentes observam visitas dos profissionais na comunidade para entrega de pote de escarro”, 2007.

Para visualizar melhor as frequências das variáveis, a figura 6 apresenta a distribuição das médias e dos intervalos de confiança de cada indicador construído.

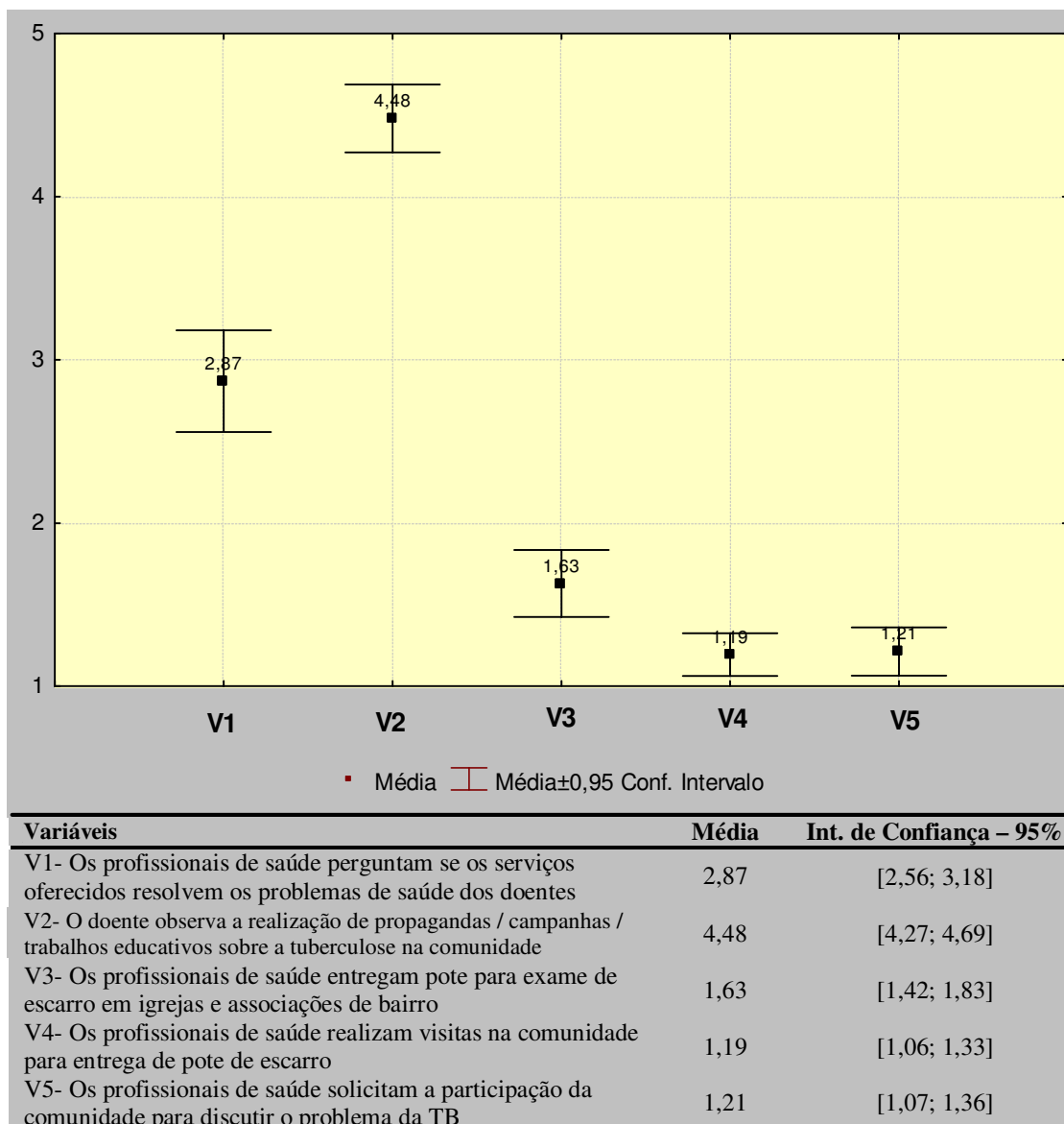


Figura 6 - Distribuição das médias e intervalos de confiança dos indicadores pertinentes à dimensão *orientação para comunidade*.

No gráfico 6 observa-se que a variável “o senhor observa propagandas/ trabalhos educativos” foi a que apresentou maior escore, ou seja, 4,48 (ver gráfico apresentado anteriormente). Esta variável apresenta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) de todas as demais. Segue-se a variável “os serviços oferecidos pela unidade resolvem seus problemas de saúde”, com escore 2,87, que também apresenta diferença significativa ($p < 0,05$) em relação às demais variáveis.

Igualmente, a variável “ações de saúde com igrejas, associações de bairro para entrega de potes para coleta de escarro” apresenta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) de todos os demais.

As variáveis “desenvolve ações de saúde na comunidade para entrega de potes para coletas de escarro” e “solicita a comunidade para discutir problemas de controle da TB” apresentam escores iguais.

Parece que atividades que dependem do paciente, qual seja, observar o que lhe é oferecido em termos de propaganda/cartazes/ material educativos, apresenta grande escore. O mesmo não acontece no que tange às responsabilidades de oferecimento dos serviços prestados, tais como: ir à comunidade efetuar busca ativa para coleta de escarro entre o SR, bem como solicitar participação das comunidades para discutir problemas de saúde pertinentes à TB. Isto deixa a desejar com respeito às Normas apregoadas pelo MS. Os resultados evidenciam que a organização do trabalho no município não leva em consideração todas as necessidades de saúde da população, reproduzindo a lógica fragmentada e a ausência de planejamento intersetorial em que se estrutura o setor saúde.

Além disso, os serviços de saúde do município estudado não consideram equipamentos sociais como seus aliados na detecção precoce dos casos de TB. Segundo o MS, os profissionais de saúde devem mobilizar a comunidade para identificar os “tossidores crônicos”, nas famílias, clubes, igrejas, e comunidades fechadas (presídios, manicômios, abrigos e asilos) com o objetivo de encaminhá-los para fazer exame de escarro (BRASIL, 2002).

A fase inicial de coleta do exame, conservação e transporte são de responsabilidade do profissional dos serviços de atenção básica. Esses serviços devem manter a sua autonomia na descoberta e no tratamento de casos de TB, devendo sempre contar com o apoio de uma unidade de referência de média complexidade. (BRASIL, 2002).

Em estudos realizados nos municípios prioritários do Estado de São Paulo foram encontradas dificuldades na incorporação dessas ações pela atenção básica: a debilidade quantitativa e qualitativa de RH e a visão centralizada e fragmentada da organização das ações de controle da TB no sistema de saúde foram as principais barreiras apontadas, as quais podem comprometer o adequado manejo da doença (MONROE, 2008; NOGUEIRA et al., 2007).

São José do Rio Preto também apresenta dificuldade na descentralização dessas ações, visto que em 2007, a cobertura da busca ativa de sintomáticos respiratórios nas unidades da rede básica do município estava em torno de 12,4%, conforme afirma Cury (2008) (informação verbal)².

Vendramini et al. (2007) observam que no período de 1999 a 2003 a pesquisa de casos de TB decresceu 21% quando comparado ao período de 1996 a 1999, provavelmente devido à ênfase dada pela Secretaria Municipal de Saúde para o controle da dengue, deixando a TB em segundo plano.

Será que outros programas de saúde pública (tão importantes quanto a TB) têm prioridade maior que aquele do controle da doença em pauta?

Considerando que a população de São José do Rio Preto é de aproximadamente 400.000 habitantes, segundo o MS, espera-se que 4.000 sintomáticos respiratórios devam ser examinados, dos quais se espera 4% dos casos com baciloscopia positiva, ou seja, 160, e um total de 291 casos/ano. Contudo, em 2007, apenas 112 casos foram confirmados, isto significa que o PCT local está detectando apenas 38,5% dos casos esperados.

No Estado de São Paulo, verificou-se que o total de sintomáticos respiratórios pesquisado passou de 126.720 em 2003 para 173.956 em 2005; assim, a porcentagem de sintomáticos respiratórios examinados passou de 32,7% (em 2003) para 43% (em 2005). A

² Informação fornecida por Cury (coordenadora do PCT local) em apresentação feita para a equipe técnica e gerentes da Secretaria Municipal da Saúde e Higiene de São José do Rio Preto, em 2008.

capital paulista é o local do Estado onde ocorreu o maior aumento pela procura de casos (SÃO PAULO, 2006). Segundo a OMS, a taxa de detecção de casos bacilíferos nos programas de TB com DOTS oscilou, em 2005, nas diferentes regiões do mundo: entre 35% na Europa e 76% no Pacífico Ocidental. Em países com cobertura de 100% da estratégia DOTS esta taxa excede 70%. No Brasil a taxa de detecção de todas as formas de TB foi de 73%, em 2005 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

A baixa resolutividade dos serviços de saúde em relação à realização dos diagnósticos de TB pela rede básica de saúde também foi observada em Ribeirão Preto no período de 1998 a 2006, pois o percentual de baciloscopias realizadas variou de 15 a 26% em relação à quantidade esperada. No mesmo período, a detecção de novos casos variou de 40% a 80,5%. Estes dados sugerem que os serviços de atenção básica estão deixando de pesquisar sintomáticos respiratórios na comunidade, mesmo sendo considerados a porta de entrada para o sistema de saúde (LUCCA et. al., 2008).

Estudo efetuado em Ribeirão Preto com um grupo de enfermeiros mostrou que os mesmos acreditavam que o modo de agir dos profissionais de saúde está diretamente associado ao modo como assistência é prestada aos doentes, voltadas para as condições agudas. A busca ativa de sintomáticos respiratórios na comunidade ocorre de forma pontual ou através de demandas específicas (em campanhas ou em instituições especiais), refletindo sobre a necessidade de introdução de novas estratégias de trabalho para o modelo de assistência, remodelar o “velho” para construir um “novo sistema” (MUNIZ et al., 2005).

Em relação à variável “os profissionais de saúde solicitam a participação da comunidade na discussão problemas de controle da TB”, verifica-se ainda a pouca ou quase nula inclusão da sociedade civil nas discussões das políticas de saúde e da situação da TB.

Nas atividades do PCT, torna-se fundamental a participação da sociedade civil organizada e organizações não governamentais (ONGs), contribuindo para maior eficácia e

avaliação de suas ações e respostas em relação à TB. Por parte do setor comunitário, a sensação de desigualdade de forças e de capacidades é, sem dúvida, um desestímulo ao envolvimento maior no processo participativo. Cabe aos movimentos sociais trabalhar no sentido de aproveitar as oportunidades de capacitação, embora já se possam constatar alguns avanços como a criação da Parceria Brasileira contra a Tuberculose pelo MS, em 2004, proposta pela Parceria *Stop TB* em Genebra. (SANTOS FILHO; GOMES, 2007).

Santos Filho e Gomes (2007) fazem uma ampla discussão das estratégias de controle da TB no Brasil, levando em consideração a articulação, intersetorialidade, interdisciplinaridade e participação da sociedade civil nas referidas estratégias. Hurtig et al.; 1999, do departamento de doenças tropicais e políticas de saúde pública da Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres também discutem a possibilidade de um programa com ampla interdisciplinaridade e perspectivas multisetoriais para implementar o PCT.

Na análise dessa dimensão, verifica-se que o desempenho dos serviços na assistência aos doentes de TB ainda está pouco orientada para a comunidade e para as reais necessidades de saúde da população. Além disso, aponta para a necessidade de se repensar uma nova prática de atuação que extrapole os “muros” dos serviços de saúde.

6 *Considerações Gerais*

Para Ruffino-Netto (2007) a realização de ações na área de saúde pública depende muito da combinação de vários fatores, começando pela decisão política de sua implementação. Mas, sem dúvida alguma, a fase de planejamento dessas ações implica na existência ou descoberta de indicadores adequados que traduzam a magnitude do problema em pauta. Fazer planejamento sem diagnóstico epidemiológico da situação atual do problema poderá significar uma grande perda de tempo e um desperdício de recursos financeiros. No campo da TB, vários indicadores que traduzem a magnitude de cada estágio da doença e a velocidade com que as pessoas se deslocam de um Estado para outro são utilizados para análise de situação epidemiológica. Há também indicadores operacionais que retratam como as atividades estão sendo efetuadas (qual a sua efetividade, custo, benefício, etc.).

As desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde estão, em grande medida, relacionadas com a estrutura e funcionamento dos sistemas de saúde, o que faz com que tais desigualdades sejam bastante permeáveis às políticas setoriais. Os determinantes da utilização de serviços de saúde estão relacionados às necessidades de saúde (morbidade, gravidade e urgência da doença), aos usuários (idade, sexo, renda, educação, região de moradia), aos prestadores de serviços (especialidade, experiência profissional, tipo de prática, formas de pagamento), à organização da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatório, acesso geográfico, modo de remuneração) e à política do sistema de saúde (tipo de sistema de saúde, proposta assistencial, distribuição de recursos, legislação, entre outros) (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Para que as intervenções nos diversos níveis sejam viáveis, efetivas e sustentáveis, devem estar fundamentadas em três pilares básicos: a *intersectorialidade*, a *participação social* e as *evidências científicas* (interdisciplinaridade). A atuação sobre os diversos níveis de determinantes sociais de saúde extrapola as competências e atribuições das instituições de

saúde, obrigando a ação coordenada dos diversos setores e instâncias governamentais. Apesar disso, a *intersetorialidade*, como espaço de compartilhamento de saber e poder, de construção de novas linguagens, de novas práticas e de novos conceitos, atualmente não se acha suficientemente estabelecida em meio aos conselhos municipais gestores de políticas públicas. Ademais, os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e da Educação (CMED) não têm ainda competências estabelecidas; já, nos Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) e da Assistência Social (CMAS) esta competência encontra-se mais estruturada (COMERLATTO et al., 2007)

Recomenda-se que, num primeiro momento, seja dada prioridade às ações intersetoriais relacionadas à promoção da saúde na infância e adolescência e ao fortalecimento das redes de municípios saudáveis já existentes no país, por meio de um programa continuado de disseminação seletiva de informações, capacitação de gestores municipais e criação de oportunidades e espaços de interação entre gestores para intercâmbio e avaliação de experiências relacionadas aos determinantes sociais de saúde, em diferentes contextos: as escolas promotoras da saúde e os ambientes de trabalho saudáveis.

A propósito de municípios saudáveis, Westphal e Mendes (2000) apresentam as experiências de interdisciplinaridade e intersetorialidade, bem como a participação social na implantação das cidades saudáveis, citando, Bertioga, Fortaleza e Curitiba.

Além disso, sugere-se estabelecer um sistema de monitoramento das iniquidades em saúde e de avaliação de impacto das ações intersetoriais sobre a saúde. Para a promoção da *participação social*, sugere-se fortalecer os mecanismos de gestão participativa, principalmente os Conselhos Municipais de Saúde, de maneira que possam participar das decisões relativas à sua saúde e bem-estar.

Assis e Villa (2003) refletem criticamente sobre o controle social como uma conquista jurídico-institucional e as suas condições de legitimidade, apontando estratégias para a redemocratização da informação no sistema local de saúde.

Para alguns atores sociais relevantes, como a Rede TB e a Liga Científica, a participação do setor comunitário em suas atividades tem o objetivo de contribuir para maior eficácia de suas ações e respostas para determinados problemas que se apresentam. Sem a voz e a percepção do usuário, há o risco de se replicar erros de não avaliar corretamente a eficácia das ações, tais como métodos e metodologias aplicadas nos serviços de saúde. Por parte do setor comunitário, a sensação de desigualdade de forças e de capacidades é, sem dúvida, um desestímulo ao envolvimento maior no processo participativo. (SANTOS FILHO; GOMES, 2007).

Para Santos Filho e Gomes (2007), o quadro atual do Brasil na luta contra a TB é promissor. O conjunto de novas propostas, diversas frentes unindo diferentes parceiros, primeiros resultados consistentes da expansão do TS/DOTS e, principalmente, o interesse em torno do problema otimizam e potencializam todo o esforço envidado. Pode-se afirmar que no cenário atual de enfrentamento da TB no Brasil, é indiscutível e imprescindível a atuação do setor comunitário. Não se pode abrir mão da participação dos que trabalham diretamente e/ou que representam as populações afetadas pelo problema. Mais importante que atender a demandas ou orientações internacionais, deve-se ter empenho em políticas e ações que se mostrem consistentes e sustentáveis para os interesses maiores do país, ou seja, em benefício da população. Cabe aos atuais gerentes/gestores de PCT do Brasil buscar meios de continuar fomentando a mobilização social, reforçando e aprofundando a capacidade de atuação desta.

O controle da TB precisa ser compreendido além de uma intervenção biomédica e ser abordado considerando a percepção do doente e o contexto onde se inserem as práticas de

saúde, buscando superar a desorganização dos serviços públicos de saúde, as más condições sociais e a baixa adesão ao tratamento (SOUZA et al., 2007).

A transferência de competências e responsabilidades para a atenção básica exige, além de adequada alocação de recursos, de um suporte gerencial e técnico para que UBS e ESF organizem suas práticas incorporando os princípios e atributos da APS para responderem às demandas da população de forma planejada, organizada, humanizada e resolutiva. Um sistema de saúde com base na APS fundamenta-se no planejamento com intuito de oferecer recursos adequados, sustentáveis e apropriados às necessidades de saúde da população. Um elemento que prejudica a manutenção de equipes de saúde qualificadas para lidar com a TB e que merece atenção dos responsáveis pela formulação de políticas de RH é a rotatividade dos profissionais, relacionada à descontinuidade político-partidária nos sistemas municipais de saúde, trazendo como consequência, a dificuldade para o estabelecimento de vínculo entre a equipe e os doentes (MONROE, 2008).

O envolvimento das equipes da atenção básica poderia ser estimulado por meio de capacitações, supervisões contínuas pela coordenação do PCT e estabelecimento de um fluxo de informações que garanta tanto a qualidade/fidedignidade dos dados como o *feedback* dos resultados produzidos pelos serviços de saúde da atenção básica, valorizando assim o trabalho dos profissionais que aí atuam (MONROE et al., 2008)

7 Considerações Finais

O desempenho do município em relação à dimensão enfoque na família na percepção dos doentes mostrou que os profissionais de saúde demonstram preocupação com respeito aos sinais e sintomas dos pacientes, e, em menor grau, sobre outros problemas de saúde de seus familiares. Quanto à dimensão orientação para comunidade chama a atenção que a preocupação dos profissionais é menor em relação à busca ativa dos casos; a atividade que depende dos pacientes em relação à observação de propagandas, o indicador desta variável apresenta grande escore, mas o mesmo não acontece com respeito ao oferecimento dos serviços prestados pelos profissionais de saúde.

Embora não constituindo objetivo do presente trabalho, é importante assinalar que alguns pontos merecem ser destacados, tais como: deficiência na capacitação de profissionais de saúde, baixa detecção de sintomáticos respiratórios e contatos examinados, e necessidade de estratégias de intervenção para melhoria da qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes. A atenção fica centrada no indivíduo doente com pequenas ações de valorização preventivas sobre as famílias e menos ainda para comunidade. Evidencia-se a necessidade de melhorar essas ações, associada a uma maior aproximação entre profissionais de saúde, doentes, seus familiares e comunidade, na busca da integralidade do cuidado.

Referências

ALMEIDA, C. MACINKO, J. **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.** Série Técnica – Desenvolvimento de Sistema de Serviços de Saúde – 10, Brasília, Organização Pan Americana de Saúde., 2006. 215 p.

AKKSLIP, S; RASMITHAT S; MAHER D, SAWERT H. Direct observation of tuberculosis treatment by supervised family members in Yasothon Province, Thailand. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.** 1999; 3(12): 106 -5.

ARCÊNCIO, R. .A. **A organização do tratamento supervisionado nos 36 municípios prioritários do Estado de São Paulo: facilidades e dificuldades (2005).** 2006 101 f. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 376-82, maio-junho 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria das Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano de controle da tuberculose no Brasil no período de 2001-2005.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desenvolvimento de sistemas de 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: OMS/OPAS, 2006. 215 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fundo global repassará recursos para tratamento supervisionado da tuberculose. 2005.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seqnoticia=21206. Acesso em: 05 junho 2008.

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

CARDOZO GONZALES, R. I.; MONROE, A. A.; RODRIGUES JUNIOR, A. L.; RUFFINO NETTO, A.; VILLA, T. C. S. La práctica del tratamiento supervisado en un programa de

control de la tuberculosis del municipio de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil (1998-2001). **Salud Pública de México**, v.47, p.325-326, 2005.

COMERLATTO, D.; COLLISELLI, L.; KLEBA, M. E.; MATIELLO, A.; RENK, E. C. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Rev. Katál.**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 265-71, 2007.

GAZETTA, C. E.; RUFFINO NETTO, A.; PINTO NETO, J. M.; SANTOS, M. L. S. G.; CURY, M. R. C. O.; VENDRAMINI, S. H. F.; VILLA, T. C. S. O controle de comunicantes de tuberculose no programa de controle da tuberculose em um município de médio porte da Região Sudeste do Brasil, em 2002. **J. Bras. Pneumol.**, Brasília, v. 32, n. 6, p. 559-65, 2006.

GAZETTA, C. E.; SANTOS, M. L. S. G.; VENDRAMINI, S. H. F.; POLETTI, N. A. A.; PINTO NETO, J. M.; VILLA, T. C. S. Tuberculosis contact control in Brazil: a literature review (1984-2004). **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 306-13, 2008.

GAZETTA, C. E. **Controle dos comunicantes de doentes de tuberculose: ações realizadas no Programa de Controle da Tuberculose no Núcleo de Gestão Assistencial 60 no município de São José do Rio Preto - 2002.** 2004. 164 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004.

HURTIG, A. K.; PORTER, J. D. H.; OGDEN, J. A. Tuberculosis control and directly observed therapy from the public health/human rights perspective. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, Paris, v. 3, n. 7, p. 553-60, 1999.

LIMA, M. B.; MELLO, D. A.; MORAIS, A. P. P.; SILVA, W. C. Estudo de caso sobre o abandono da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 877-85, 2001.

LUCCA, M. E. S. **Análise epidemiológica da tuberculose e co-infecção HIV/TB, em Ribeirão Preto-SP, de 1998-2006.** 2008. 128 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), Universidade de São Paulo, 2008.

MACIEL, E. L. N.; SILVA, A. P.; MEIRELES, K. F.; HADAD, D. J.; DIETZE, R. Tratamento supervisionado em pacientes portadores de tuberculose utilizando supervisores domiciliares em vitória, Brasil. **J. Bras. Pneumol.**, Brasília, v. 34, n. 7, p. 506-13, 2008.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C. **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: OPAS/OMS/MS, 2006. 215 p.

MENDES, E. V. **Atenção primária à saúde no SUS**. Ceará: Escola de Saúde Pública, 2002. 92 p.

MONROE, A. A.; CARDOZO GONZALES, R. I.; PALHA, P. F.; SASSAKI, C. M.; RUFFINO NETTO, A.; VENDRAMINI, S. H. F.; VILLA, T. C. S. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 262-8, 2008.

MUNIZ, J. N. **O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção da equipe de saúde**. 1999. 155 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

MUNIZ, J. N.; PALHA, P. F.; MONROE, A. A.; GONZALES, R. I. C.; RUFFINO NETTO, A.; VILLA, T. C. S. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 315 – 21, 2005.

NEWELL, J.; BARAL, S. C.; PANDE, S. B.; BAM, D. S.; MALHA, P. Family-member DOTS and community DOTS for tuberculosis control in Nepal: cluster-randomised controlled trial. **LANCET**, v. 367, p. 903-9, 2006.

NOGUEIRA, J. A.; RUFFINO NETTO, A.; MONROE, A. A.; CARDOSO GONZALES, R. I.; VILLA, T. C. S. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde. **Rev. Eletrônica de Enferm.**, Goiânia, v. 9, n. 1, p.106-18, 2007.

OLIVEIRA, M. F. A. **Busca de sintomáticos respiratórios nos municípios prioritários para o controle da Tuberculose do Estado de São Paulo (2005)**. 2006. 101 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília: OPAS/OMS, 2003.

PEDRAZZANI, E. S. Doenças reemergentes: a formação de recursos humanos para o seu enfrentamento. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 13, Número Especial, Parte 1, p. 123-30, 2000.

RUFFINO-NETO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 35, n. 1, p. 51-8, jan./fev. 2002.

RUFFINO-NETO, A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Informe Epidemiol. SUS**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 129-38, 2001.

RUFFINO-NETTO, A. Recidiva da tuberculose. **J. Bras. Pneumol.**, Brasília, v. 33, n. 5, p. xxvii-xxviii, 2007.

SA, L. D.; SOUZA, K. M. J.; NUNES, M. G.; PALHA, P. F.; NOGUEIRA, J. A.; VILLA, T. C. S. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto & Contexto. Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 712-8, 2007.

SANTOS FILHO, E. T.; GOMES, Z. M. S. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl.1, p. 111-6, Set. 2007.

SANTOS, M. L. S. G.; VENDRAMINI, S. H. F.; GAZETTA, C. E.; OLIVEIRA, S. A. C.; VILLA, T. C. S. Poverty: socioeconomic characterization at tuberculosis. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n. esp, p. 762-7, 2007.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. **Conjuntura Econômica 2008**. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento, 2008.

SÃO PAULO. Secretaria do Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. **Dia Mundial da tuberculose: 24 de março. São Paulo, 2007.** Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/tb/releasetb_2007.htm. Acesso em: 21 outubro 2008.

SÃO PAULO. Secretaria do Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Tuberculose no Estado de São Paulo: indicadores de morbimortalidade e indicadores de desempenho. **Bol. Epidemiol. Paulista**, São Paulo, v. 3, sup. 4, p. 7-19, 2006.

SOUZA, F. B. A.; VILLA, T. C. S.; CAVALCANTE, S. C.; RUFFINO NETO, A.; LOPES, L. B.; CONDE, M. B. Peculiaridades do controle da tuberculose em um canário de violência urbana de uma comunidade carente do Rio de Janeiro. **J. Bras. Pneumol.**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 318-22, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

STATISCA.EXE: Statistic. Versão.6.0. Tulsa, OK: StatSoft, 2003.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, p. 153-62, 2002. Supl.

TEJADA-RIVIERO, D. Atenção primária-frustração e dívida social para o século XXI. **SER Médico**, São Paulo, v. 2, n. 6, p. 12-5, 1999.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no cesso e na utilização de serviços de saúde. In: ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ/CEBES, 2008. Cap. 6, p. 215-43.

VENDRAMINI, S. H. F.; GAZETTA, C. E.; CHIARAVALLOTI NETO, F.; CURY, M. R. C. O.; MEIRELLES, E. B.; KUYUMJIAN, F. G.; VILLA, T. C. S. Tuberculose em município de porte médio do sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. **J. Bras. Pneumol.**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 237-43, 2005.

VENDRAMINI, S. H. F.; SANTOS, M. L. S. G.; GAZETTA, C. E.; CHIARAVALLOTI NETO, F.; RUFFINO NETTO, A.; VILLA, T. C. S. Tuberculosis risks and socio-economic level: a case study of a city in the Brazilian south-east, 1998-2004. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, Paris, v. 10, n. 11, p. 1231-5, 2006.

VENDRAMINI, S. H. F.; VILLA, T. C. S.; SANTOS, M. L. S. G.; GAZETTA, C. E. Current Epidemiological Aspects of Tuberculosis and the Impact of the DOTS Strategy in Disease Control. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.1, p. 171-3, 2007.

VILLA, T. C. S.; RUFFINO NETO, A.; ARCENCIO, R. A.; CARDOZO GONZALES, R. I. As políticas de controle da tuberculose no Sistema de Saúde no Brasil e a implantação da estratégia DOTS (1980-2005). In: VILLA, T. C. S.; RUFFINO NETTO, A. (Orgs.). **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais**. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2006a. p. 29-47.

VILLA, T. C. S.; ASSIS, E. G.; OLIVEIRA, M. F.; ARCÊNCIO, R. A.; CARDOZO GONZALES, R. I.; PALHA, P. F. Cobertura do tratamento diretamente observado (DOTS) no Estado de São Paulo (1998 a 2004). **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 98-104, 2008.

VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETTO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. **J. Bras. Pneumol.** 2008 (*artigo aceito para publicação*).

WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Cidade Saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Rev. Admin. Pública –RAP**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 47-61, nov./dez. 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **What is dots?: a guide to understanding the WHO-recommended TB control strategy known as DOTS**. Geneva: WHO, 1999. 270 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Statistical tables, TB in the Americas:** incidence, National Programs, DOTS Coverage. 2000 Disponível em: <http://www.paho.org/english/ad/dpc/cd/tb-data.htm>. Acesso em: 21 outubro 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control:** WHO Report 2000. Geneva: WHO, 2000. 275 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control:** surveillance, planning, financing: WHO report 2005. Geneva: WHO, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control:** surveillance, planning, financing: WHO Report 2006. Geneva: WHO, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Control:** surveillance, planning, financing: WHO report 2007. Geneva: 2007. WHO/HTM/TB/2007. 376 p.

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

Anexos

ANEXO I

I. 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 Brasil

(Para ser aplicado aos doentes de TB)

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

Este instrumento é baseado num questionário elaborado por James Macincko (New York University) e Célia Almeida (ENPS-FIOCRUZ), nortado 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).

Nome do Entrevistador:.....

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

Município:.....Estado:.....

A. INFORMAÇÕES GERAIS		
1	Código identificador (Nº SINAM ou WEB-TB) do entrevistado	
2	Iniciais do entrevistado e Nº 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	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/unidade de saúde?					
13	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB foi ao posto/centro/unidade 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/unidade 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/unidade 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?					
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?					
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?					
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 II**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 contarmos 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

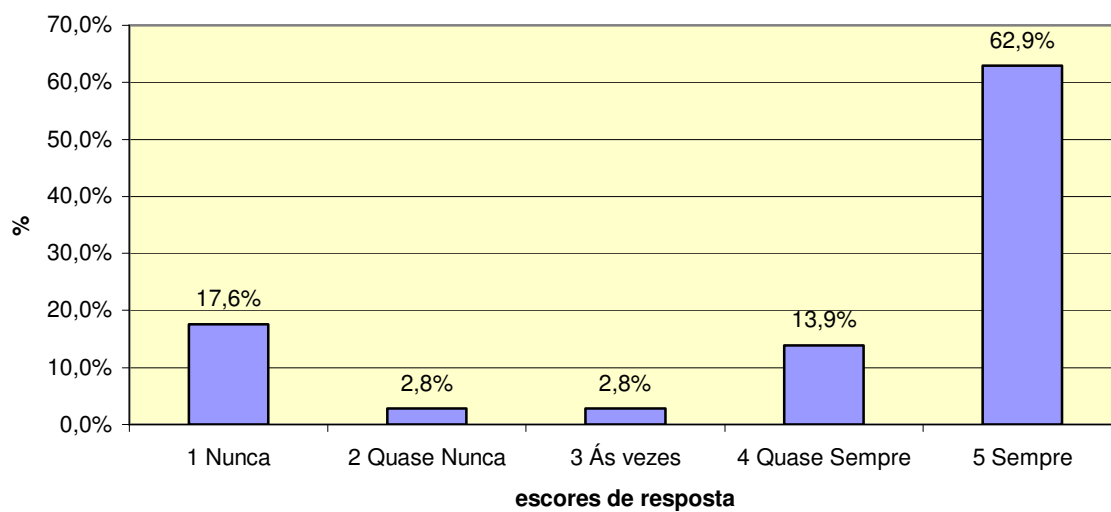
ANEXO III**APRESENTAÇÕES DAS FIGURAS DA DIMENSÃO ENFOQUE NA FAMÍLIA**

Figura - Percentual de respostas dos doentes de TB de São José do Rio Preto, segundo escores em relação à pergunta "se o profissional de saúde pede informações sobre suas condições de vida e de sua família", 2007

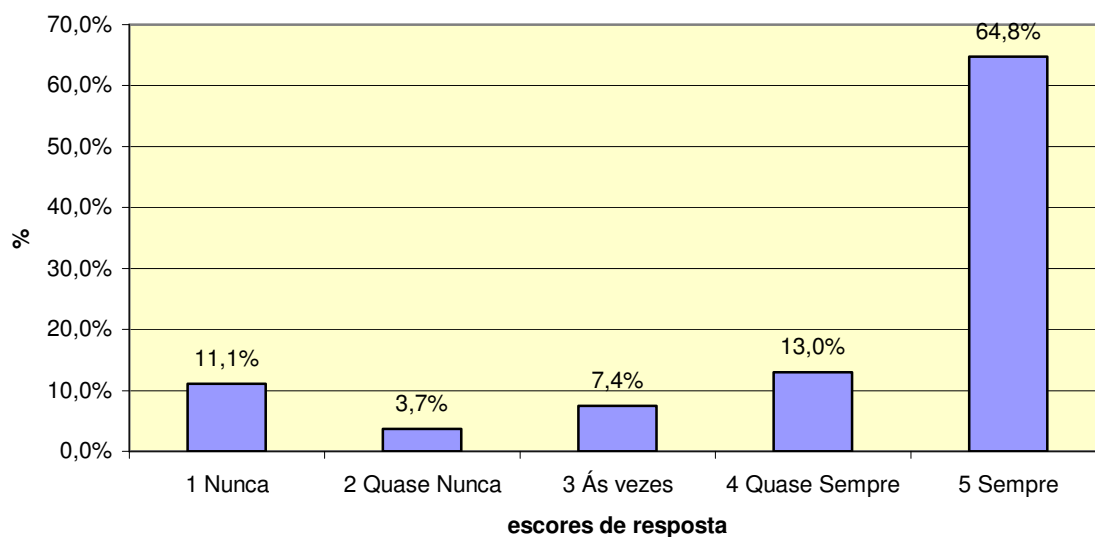


Figura - Percentual de respostas dos doentes de TB de São José do Rio Preto, segundo escores em relação à pergunta "se o profissional de saúde pede informações sobre doenças de sua família", 2007

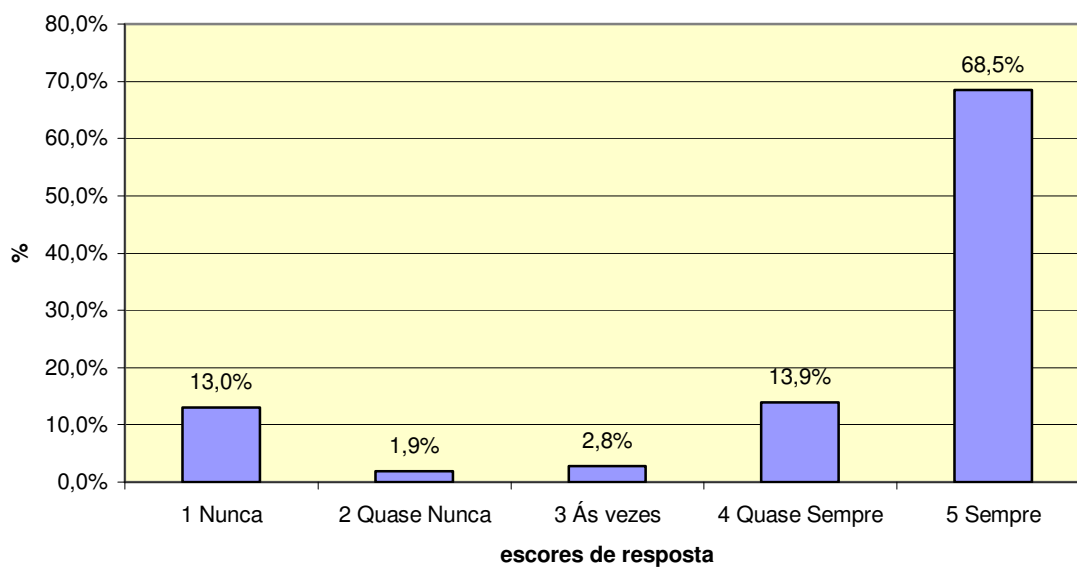


Figura - Percentual de respostas dos doentes de TB de São José do Rio Preto, segundo escores em relação à pergunta “se o profissional de saúde pergunta se as pessoas que moram com ele têm tosse ou febre”, 2007

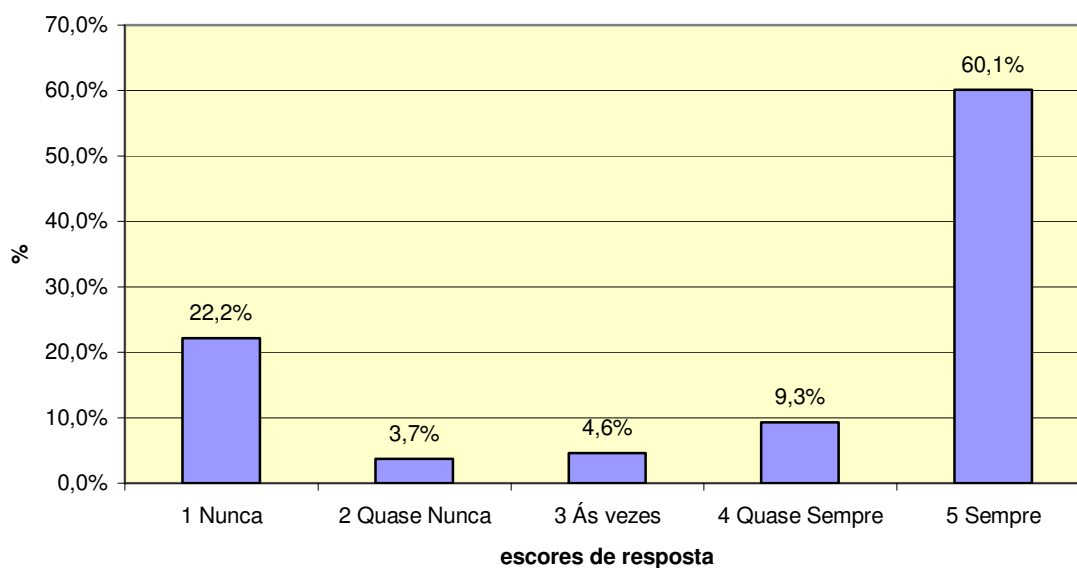


Figura - Percentual de respostas dos doentes de TB de São José do Rio Preto, segundo escores em relação à pergunta “se o profissional de saúde entregou pote para exame de escarro a todas as pessoas que moram com ele”, 2007

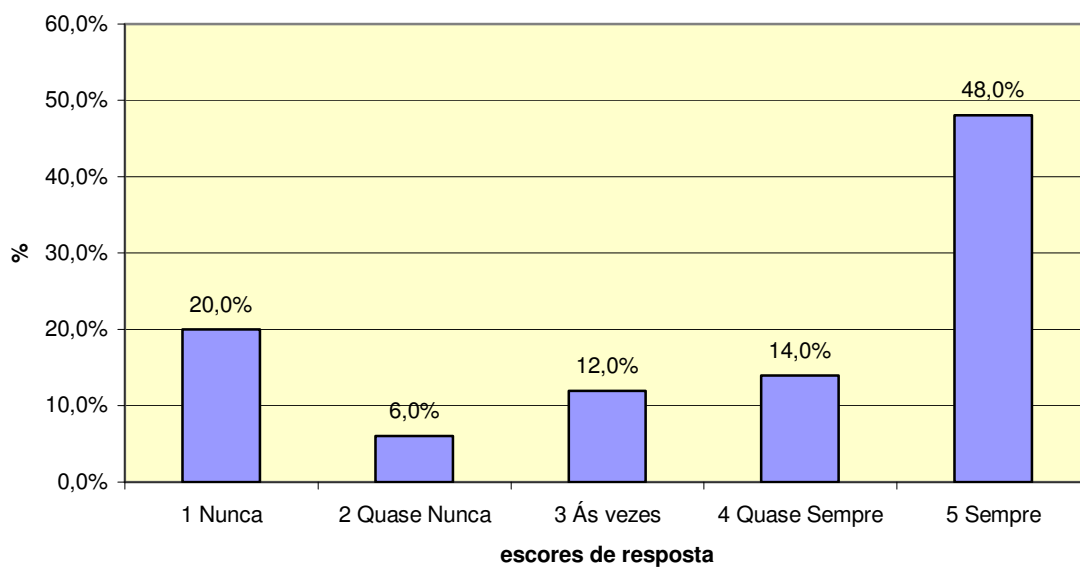


Figura - Percentual de respostas dos doentes de TB de São José do Rio Preto, segundo escores em relação à pergunta “se os profissionais de saúde conhecem as pessoas que moram com ele”, 2007

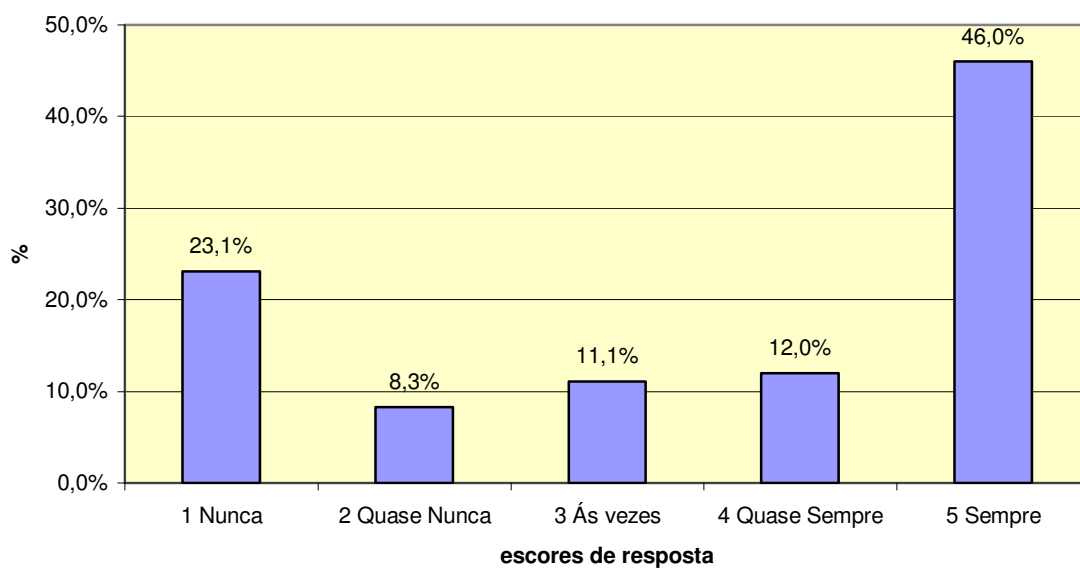


Figura - Percentual de respostas dos doentes de TB de São José do Rio Preto, segundo escores em relação à pergunta “se os profissionais de saúde conversam com as pessoas que moram com ele sobre a TB”, 2007

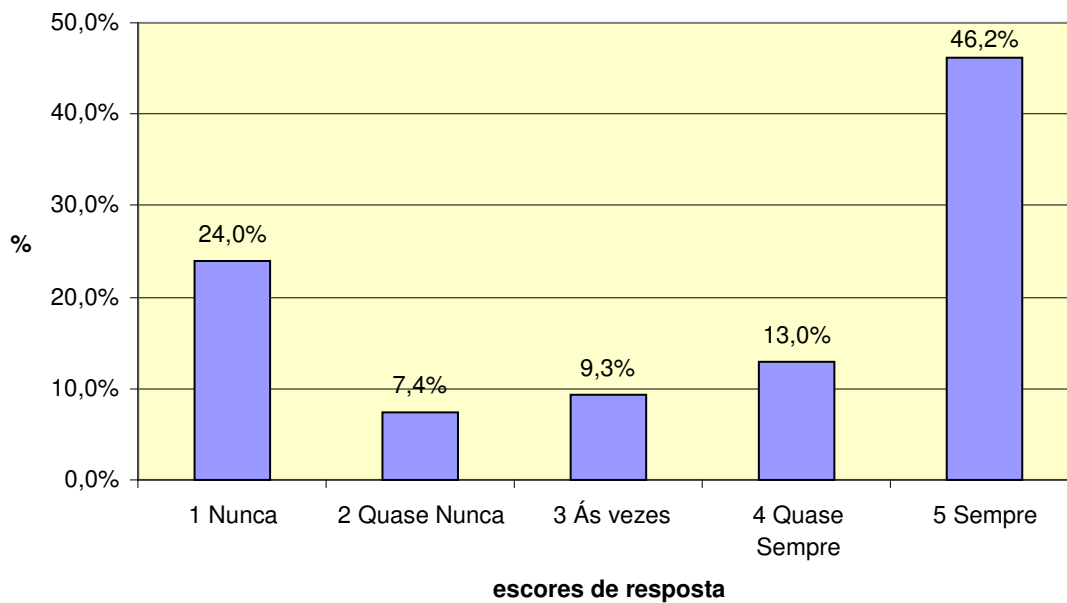


Figura - Percentual de respostas dos doentes de TB de São José do Rio Preto, segundo escores em relação à pergunta “se os profissionais de saúde conversam com as pessoas que moram com ele sobre o seu tratamento”, 2007

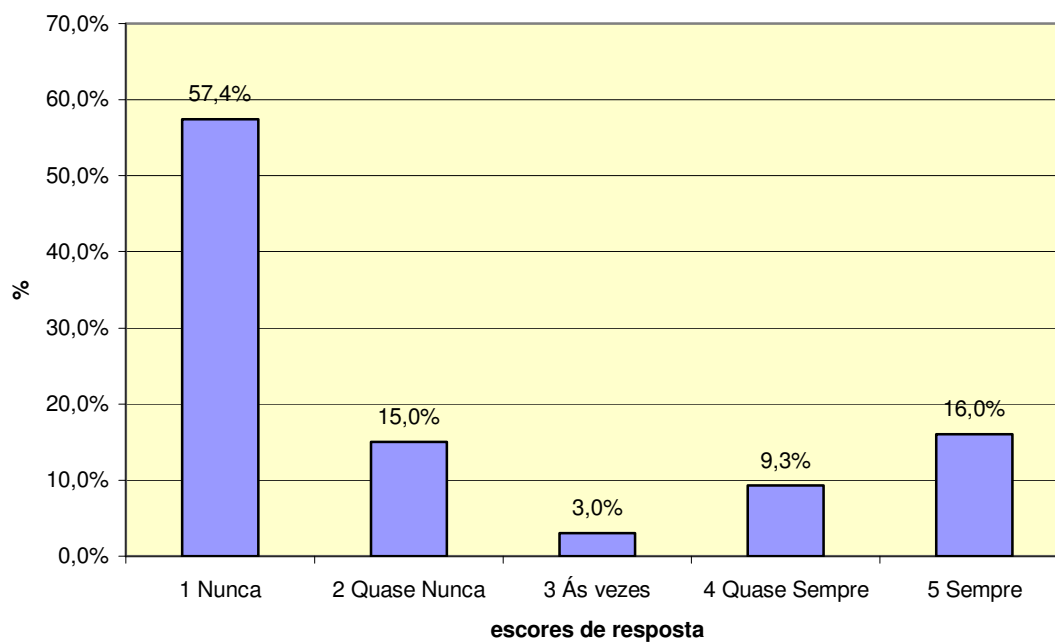


Figura - Percentual de respostas dos doentes de TB de São José do Rio Preto, segundo escores em relação à pergunta “se os profissionais de saúde conversam com as pessoas que moram com ele sobre outros problemas de saúde”, 2007

ANEXO IV

APRESENTAÇÕES DAS FIGURAS DA DIMENSÃO ORIENTAÇÃO PARA COMUNIDADE.

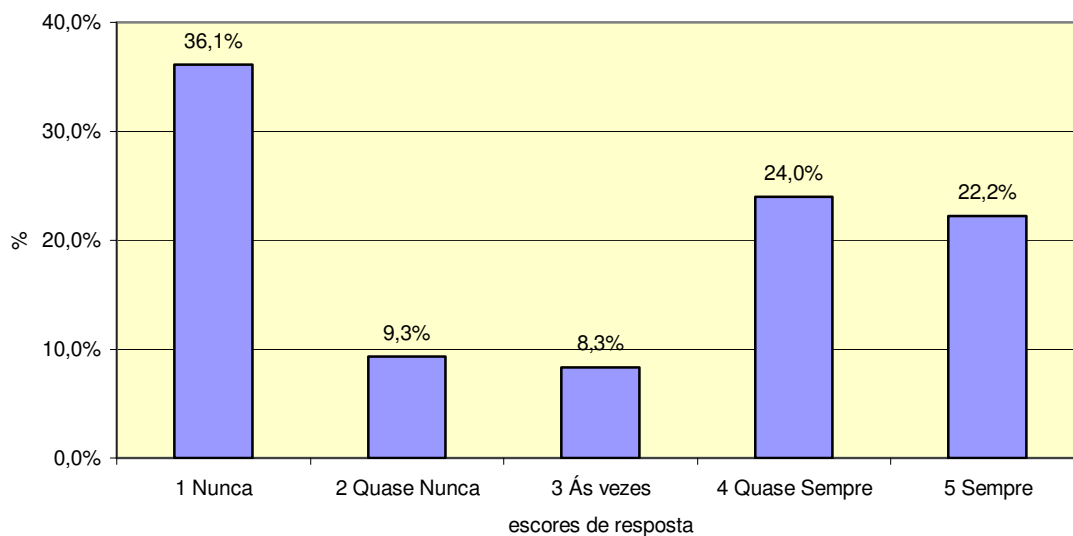


Figura - Percentual de respostas dos doentes de TB de São José do Rio Preto, segundo escores em relação à pergunta "se os profissionais de saúde perguntam a ele ou sua família se os serviços oferecidos conseguem resolver seus problemas de saúde", 2007

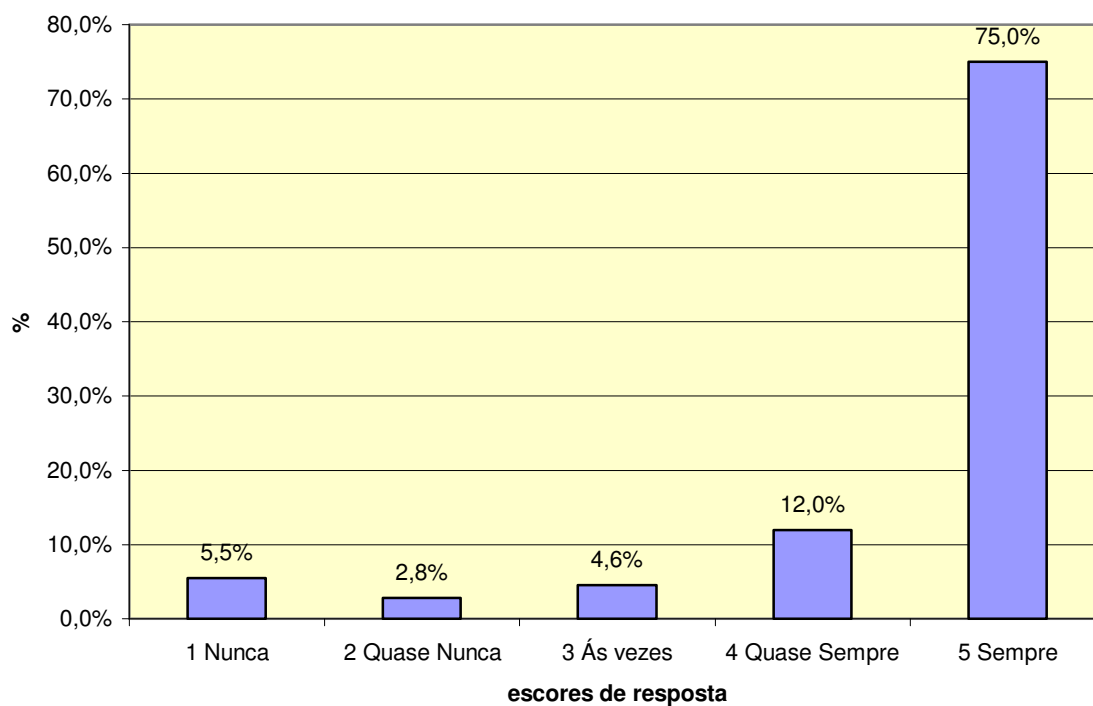


Figura - Percentual de respostas dos doentes de TB de São José do Rio Preto, segundo escores em relação à pergunta "se ele observa a realização de trabalhos educativos sobre TB na comunidade, realizada pelos profissionais de saúde, 2007

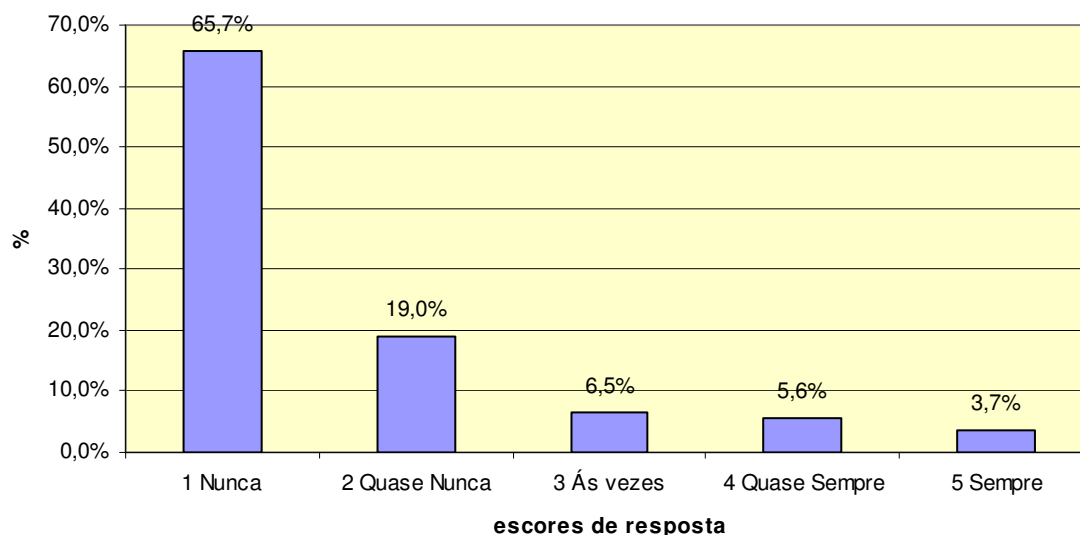


Figura - Percentual de respostas dos doentes de TB de São José do Rio Preto, segundo escores em relação à pergunta “se os profissionais de saúde desenvolvem ações de saúde com igrejas e associações de bairro para entrega de pote de escarro”, 2007

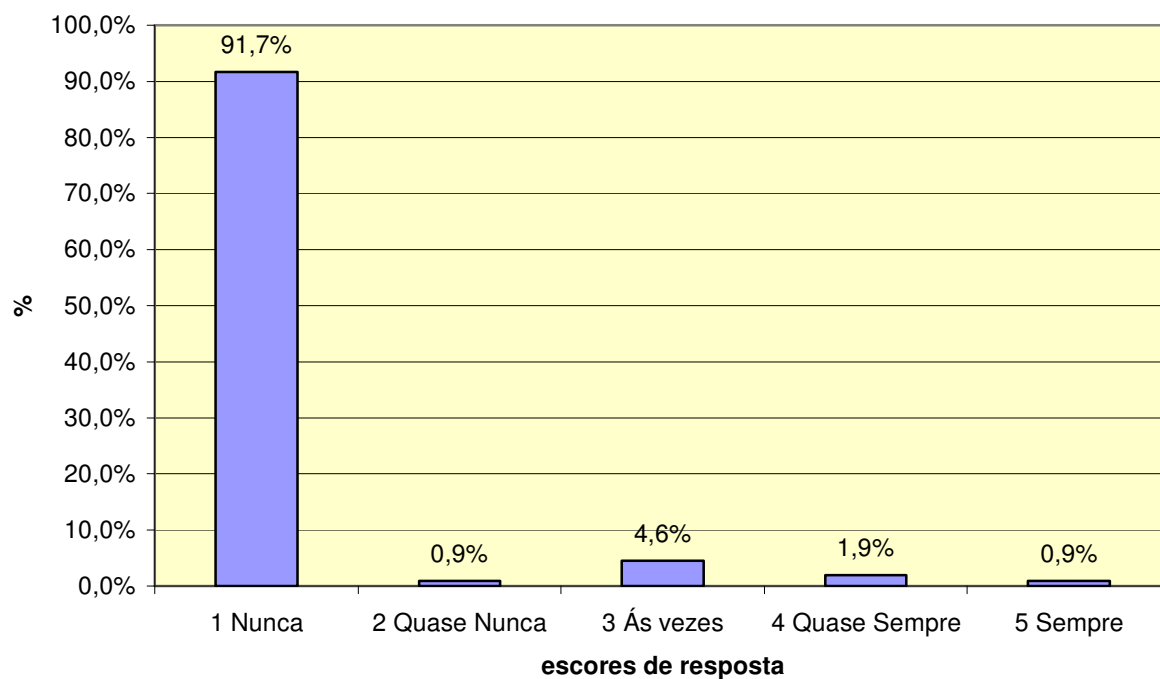
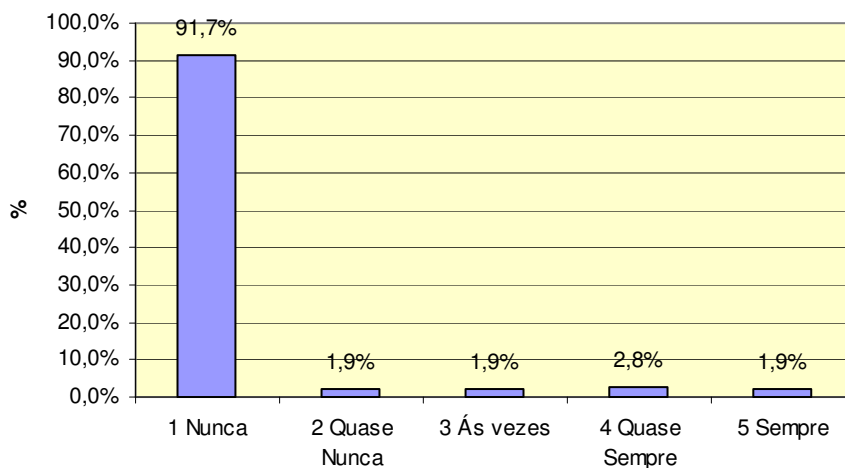


Figura - Percentual de respostas dos doentes de TB de São José do Rio Preto, segundo escores em relação à pergunta “se ele observa visita dos profissionais de saúde na comunidade para entrega de pote de escarro”, 2007



escores de resposta

Figura - Percentual de respostas dos doentes de TB de São José do Rio Preto, segundo escores em relação à pergunta "se ele observa os profissionais de saúde solicitarem a participação de alguém da comunidade para discutir o problema da TB", 2007

ANEXO V



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