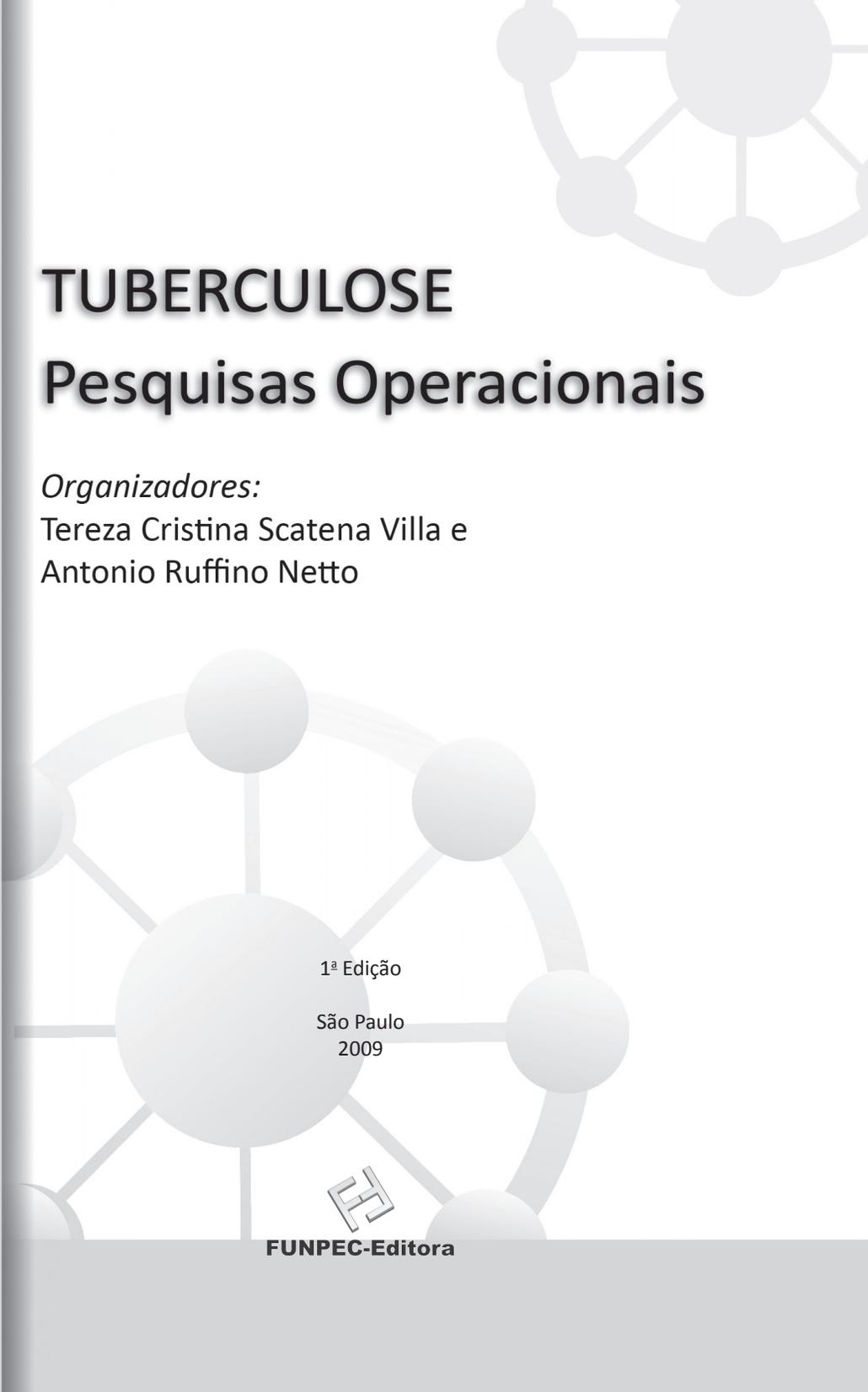




TUBERCULOSE

Pesquisas Operacionais





TUBERCULOSE

Pesquisas Operacionais

Organizadores:

Tereza Cristina Scatena Villa e
Antonio Ruffino Netto

1ª Edição

São Paulo
2009



FUNPEC-Editora

TUBERCULOSE
Pesquisas Operacionais

FUNPEC - Editora

Editor Chefe
Prof. Dr. Francisco A. Moura Duarte
Editor Associado
Prof. Dr. David De Jong
Coordenador de Produção Gráfica e Diagramação
Edmundo Cruz Canado
Capa
Leonardo Góes Miranda

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Tuberculose : pesquisas operacionais / organizadores
Tereza Cristina Scatena Villa e Antonio Ruffino
Netto. -- 1. ed. -- Ribeirão Preto, SP : FUNPEC Editora, 2009.

1. Pesquisas operacionais 2. Tuberculose -
Brasil I. Villa, Tereza Cristina Scatena.
II. Ruffino Netto, Antonio.

ISBN 978-85-7747-032-7

09-00782

CDD-616.9950981

Índices para catálogo sistemático:

1. Brasil : Tuberculose : Pesquisas operacionais :
Medicina 616.9950981

**Todos os direitos reservados à
Fundação de Pesquisas Científicas de Ribeirão Preto**

A revisão final é de responsabilidade do autor.

Proibida a reprodução dos textos originais, mesmo parcial e
por qualquer processo, sem autorização da editora.

FUNPEC - Editora

Av. Presidente Vargas, 2627 - 2º andar – Itamarati
14020-260 – Ribeirão Preto, SP
Tel.: (16) 3620-1251 · Fax: (16) 3621-1991
funpecrp@uol.com.br · www.funpecrp.com.br

Dedicatória



Dedicamos a todos os pacientes de tuberculose e profissionais de saúde que foram participantes desta investigação. Esperamos que os pacientes consigam os RESULTADOS (como expresso na última palavra do poema que se encontra na última página deste livro).

Sumário



PREFÁCIO	XI
APRESENTAÇÃO	XIII
SIGLAS E ABREVIATURAS UTILIZADAS	XV
CAPÍTULO I MÉTODOS	1
CAPÍTULO II PESQUISAS OPERACIONAIS EM MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE DO ESTADO DE SÃO PAULO	33
1. Município de Ribeirão Preto	35
1.1. O acesso ao diagnóstico da TB nos serviços de saúde do município Ribeirão Preto - SP (2007)	36
1.2. Barreiras econômicas na acessibilidade do doente ao tratamento da tuberculose em Ribeirão Preto-SP (2007)	42
1.3. A acessibilidade de doentes de tuberculose ao tratamento em serviços de saúde no município de Ribeirão Preto - São Paulo (2006 - 2007)	48
1.4. Coordenação da Assistência à tuberculose em Serviços de Saúde de Ribeirão Preto-SP na perspectiva do doente, 2007.	55
1.5. Enfoque familiar: desempenho da atenção à tuberculose em Ribeirão Preto - SP na perspectiva do doente (2007).	61
1.6. O desempenho dos profissionais de saúde para o estabelecimento do vínculo na atenção ao doente de tuberculose, Ribeirão Preto, 2007.	68

1.7. Desempenho dos serviços de saúde na atenção à tuberculose em Ribeirão Preto, Estado São Paulo - Brasil (2007)	75
1.8. Padrões espaciais da tuberculose associados a um indicador adaptado de condição de vida no município de Ribeirão Preto	84
2. Município de São José do Rio Preto	91
2.1. Enfoque na família e orientação para a comunidade nos serviços de atenção à tuberculose na percepção do doente, São José do Rio Preto, 2007.	92
2.2. Georreferenciamento dos casos de co-infecção tuberculose e aids em São José do Rio Preto - SP	98
2.3. A co-morbidade tuberculose e AIDS em São José do Rio Preto: aspectos epidemiológicos e sociais (1998-2006)	108
CAPÍTULO III	
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	115
3.1. Supervisão de Saúde Sé - São Paulo	117
CAPÍTULO IV	
PESQUISAS OPERACIONAIS EM MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE DO ESTADO DA PARAÍBA	123
4.1 Acesso ao tratamento de tuberculose: avaliação das características organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde - Campina Grande/PB, Brasil (2007).	125
4.2 O vínculo e a relação com as ações de controle da tuberculose: concepções de profissionais das equipes de saúde da família	132
4.3 O sistema de informação na sustentabilidade da estratégia DOTS nos seis municípios prioritários da Paraíba-Brasil	137

4.4 O controle da tuberculose dentro de um contexto culturalmente diferenciado: representações das equipes de saúde indígena Potiguara	145
CAPÍTULO V PESQUISAS OPERACIONAIS NO MUNICÍPIO DE ITABORAÍ - ESTADO DO RIO DE JANEIRO	151
5.1. O acesso ao diagnóstico de tuberculose em Itaboraí: PSF vs Unidade de Referência	153
CAPÍTULO VI PESQUISAS OPERACIONAIS NO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA - ESTADO DA BAHIA	163
6.1. Avaliação do programa de controle de tuberculose em Feira de Santana-BA (2007): limites e desafios	165
CAPÍTULO VII ANÁLISE COMPARATIVA DO ACESSO AO TRATAMENTO EM MUNICÍPIOS DE DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL	177
7.1. Desigualdades no acesso ao tratamento de TB em diferentes regiões do Brasil	179
CAPÍTULO VIII A ESTRATÉGIA DOTS EM MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE NO ESTADO DE SÃO PAULO	185
8.1. DOTS: a organização das ações de controle da tuberculose em municípios prioritários do interior paulista	187

8.2 Tratamento diretamente observado (DOT): sustentabilidade no controle da tuberculose em municípios prioritários do estado de São Paulo, 1998-2004.	194
8.3 A gerência das unidades básicas de saúde na gestão e controle da tuberculose em município prioritário do Estado de São Paulo.	207
CAPÍTULO IX HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NO SUS E OS DIREITOS DOS DOENTES DE TUBERCULOSE	215
CAPÍTULO X CONSIDERAÇÕES FINAIS	225
COLABORADORES	228

PREFÁCIO



Na prática em serviços de saúde supõe-se sempre conhecer os resultados obtidos, que permitirão avaliação. Por avaliação (neste contexto) está-se definindo e entendendo: 1- uma comparação entre o que foi observado e o esperado, ou seja, Avaliação = [Observado - Esperado]; 2- focalização e análise dos problemas enfrentados para alcançar as metas; 3- redefinição dos rumos das atividades propostas; 4-demonstração que as atividades efetuadas resultaram em impacto nos problemas de saúde da comunidade; 5- promoção de retro-alimentação das informações para os participantes; 6- justificativa para a necessidade de ações, incluindo custo/benefício.

Desta maneira, nos serviços de saúde, impõe-se a necessidade dos estudos operacionais, pois são estes que: pesquisam e acompanham o deslocamento dos conhecimentos, práticas e tecnologia para o uso clínico (tais como implementação de novas intervenções de prevenção, de cura, etc.); pesquisam as barreiras antropológicas, econômicas, sociais para aplicação e ou implementação dos novos conhecimentos; pesquisam como generalizar intervenções que se mostraram eficazes e de uso sustentável; estudam a efetividade das intervenções no mundo real.

Um importante relatório publicado em 1990 pela *Commission on Health Research* (OMS, Comissão de Macroeconomia e Saúde, 2000) apontou o “desequilíbrio 90/10”, ou seja, somente 10% dos investimentos em pesquisas e desenvolvimento de drogas são direcionados para os problemas de saúde de 90% da população mundial. Este relatório levou a criação em 1996 do Forum Global para a Pesquisa em Saúde, que continua a documentar a insuficiência de recursos para pesquisa e desenvolvimento (P&D) em doenças da pobreza.

A maneira de priorização de P&D envolve sete etapas quais sejam: 1-qual o tamanho e a natureza da carga da doença e qual é sua tendência epidemiológica?; 2-qual é a estratégia de controle da doença?. 3- por que persiste a carga da doença?. 4- quais são as necessidades e as prioridades de P&D?; 5- o que está sendo feito em P&D?; 6- quais as vantagens comparativas do TDR (Pro-

gramas Especiais para Pesquisa e Treinamento em Doenças Tropicais - *Special Programmes for Research and Training in Tropical Diseases*); 7- definição de prioridades estratégicas para a doença em tela.

O TDR agrupou dez doenças em três categorias:

Categoria 1- doenças emergentes ou fora de controle; o foco deve ser na geração de novos conhecimentos e no desenvolvimento de novas intervenções e sistemas. Aí estão incluídas: Doença do Sono, Dengue e Leishmanioses.

Categoria 2- apesar de existir estratégia de controle, a carga da doença persiste; as atividades de P&D cobrem amplo espectro, mas estão focadas no desenvolvimento e testes de novas intervenções e estratégias. Incluem: Malária, Esquistossomose e Tuberculose.

Categoria 3- as estratégias de controle são eficazes, a carga da doença diminui e planeja-se sua eliminação como problema de saúde pública; a pesquisa procura melhorar as atuais atividades de controle e eliminar os riscos. Aí estão incluídas: Doença de Chagas, Hanseníase e Filariose e oncocercose.

Percebe-se que, para o problema do paciente tuberculoso, se a solução é o uso de medicamentos, para o problema da tuberculose na comunidade, medicamentos apenas seriam insuficientes; envolveria uma série de outros conhecimentos que ultrapassam (e muito) o simples conhecimento dos esquemas terapêuticos. Necessário é conhecer novas estratégias de intervenção como dito anteriormente. É bom que fique claro que o problema da tuberculose não é simplesmente a somatória dos tuberculosos existentes. A tuberculose é um problema social bem mais amplo. Necessário se torna estudos de intersectorialidade, interdisciplinaridade e mobilização social.

Em que pese a importância dos conhecimentos das áreas básicas e clínicas (aumentando o campo da ciência) para contribuir no programa da luta contra a tuberculose, tais conhecimentos somente farão sentido se possibilitarem efetivamente o alívio do sofrimento humano causado pela doença. Daí decorre a importância dos estudos operacionais que possibilitarão compreender todo o trajeto dos tuberculostáticos até chegar na boca do paciente que dele necessita. E assim fazendo, os estudos operacionais tornam-se instrumentos valiosíssimos na avaliação dos resultados dos serviços de saúde. Esta foi razão de tal publicação. A REDE TB espera ter dado assim sua contribuição no programa de controle da Tb no país.

Antonio Ruffino Netto

Presidente da Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose - REDE TB

APRESENTAÇÃO



Este trabalho procurou contribuir com o Sistema Único de Saúde (SUS) no intuito de:

- Subsidiar a formulação de políticas públicas que contemplem ações de controle da tuberculose (TB);
- Disponibilizar informações (indicadores) aos serviços de saúde para subsidiar o planejamento e execução dessas ações;
- Contribuir com os gestores no planejamento, organização, gerência, monitoramento e avaliação das ações de controle da TB;
- Incorporar novas metodologias para o monitoramento da distribuição espacial da TB e reestruturação do sistema de vigilância do SUS em serviços de atenção básica (AB);
- Fornecer informações necessárias sobre os fatores socioculturais, organizacionais, geográficos e econômicos que levam à dificuldade no acesso aos serviços de saúde e não adesão ao tratamento e, diante disso, contribuir para mudanças na lógica do atendimento e desenvolvimento de ações que estejam mais próximas ao doente, contribuindo para o diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento da TB.

O trabalho teve como objetivo geral avaliar as dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da TB em Centros Urbanos de diferentes regiões do Brasil.

SIGLAS E ABREVIATURAS UTILIZADAS



ACS	- Agentes Comunitários da Saúde
APS	- Atenção Primária à Saúde
BSR	- Busca de Sintomático Respiratório
DOTS	- Directly observed treatment short-course strategy
ESF	- Equipe de Saúde da Família
MS	- Ministério da Saúde do Brasil
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	- Programa de Agentes Comunitários da Saúde
PCT	- Programa de Controle da Tuberculose
PSF	- Programa de Saúde da Família
PUC-RS	- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
REDE TB	- Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose
SES	- Secretaria Estadual de Saúde
SF	- Saúde da Família
SINAN	- Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SUS	- Sistema Único de Saúde
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SR	- Sintomático Respiratório
TS	- Tratamento Supervisionado
TAA	- Tratamento Auto-Administrado
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UBSF	- Unidade Básica de Saúde da Família
UEPB	- Universidade Estadual da Paraíba
UFES	- Universidade Federal do Espírito Santo
UFPB	- Universidade Federal da Paraíba
UFPE	- Universidade Federal de Pernambuco
UFRJ	- Universidade Federal do Rio de Janeiro
UR	- Unidade de Referência

- UR-PCT - Unidade de Referência com Equipe Especializada do Programa de Controle da Tuberculose
- USF - Unidade de Saúde da Família
- USP - Universidade de São Paulo
- TB - Tuberculose
- VD - Visita Domiciliar
- WHO - World Health Organization

Capítulo I:

Metodologia

Tereza Cristina Scatena Villa e
Antonio Ruffino Netto



A pesquisa envolveu os municípios de Ribeirão Preto, Feira de Santana, Campina Grande, São José do Rio Preto, Itaboraí e Supervisão de Saúde Sé (São Paulo capital). O critério de inclusão foi ter implantado a estratégia DOTS há pelo menos cinco anos e ter pesquisadores integrados aos serviços de saúde do município.

Os municípios do estudo apresentam diferentes formas de organização da atenção a TB sendo a maioria prestada por equipes especializadas de PCT, mesmo nos locais com alta cobertura de equipes de PSF. Também apresentaram cobertura de Tratamento Supervisionado (TS) variando entre 2% a 100%, em 2007.

A população do estudo foi constituída por doentes em tratamento de TB, maiores de 18 anos, residentes nos municípios em 2007 e não pertencentes ao sistema prisional. Assim, foram entrevistados 100 doentes de Ribeirão Preto, 100 de Feira de Santana, 106 de Campina Grande, 108 de São José do Rio Preto, 100 de Itaboraí e 50 da Supervisão de Saúde Sé (São Paulo capital).

Para coleta de dados foi utilizado um instrumento componente do “Primary Care Assessment Tool” (PCAT), formulado e validado para avaliar os aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, desenvolvido na Universidade de Johns Hopkins, Starfield⁽¹⁾ (2002). Este instrumento foi adaptado e validado para o Brasil por Macinko, Almeida e Oliveira⁽²⁾ (2003) em Petrópolis/RJ. O mesmo foi adaptado para avaliar a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino-Netto⁽³⁾ (2008).

Foram elaboradas três versões do instrumento: uma, para ser aplicada ao doente de TB residente no município do estudo, maior de 18 anos, sendo excluídos os doentes do sistema prisional - ANEXO I; outra, para os profissionais de saúde que atuam diretamente nas ações de controle da TB em serviços de AB (Unidades Básicas de Saúde - UBS e Programas de Saúde da Família - PSF) e Unidades de Referência (com equipes especializadas do Programa de Controle da Tuberculose - PCT) - ANEXO II; e outra, para os gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) - ANEXO III.

Cada questionário contém questões específicas para avaliação do desempenho dos serviços de saúde na atenção ao doente de TB e incluiu questões referentes às dimensões da AB: porta de entrada, acesso (subdividido em acesso ao diagnóstico e acesso ao tratamento), vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque na família e orientação para a comunidade. Cada uma dessas dimensões está relacionada a um conjunto de ações na prática clínica, de saúde pública ou de implementação de políticas de controle da TB em nível municipal.

Cada pergunta contém cinco possibilidades de resposta tipo Likert (nunca, quase nunca, algumas vezes, quase sempre, sempre) e sua aferição se dá por meio de escala, na qual 1 (um) corresponde ao pior desempenho e 5 (cinco) ao melhor.

A avaliação de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da TB está representada por indicadores de acesso ao diagnóstico, acesso ao tratamento, vínculo, coordenação, elenco de serviços, enfoque na família e orientação à comunidade. O indicador criado corresponde ao valor médio obtido pela somatória de

todas as respostas de todos os doentes entrevistados para cada pergunta e dividido pelo total de respondentes. Os indicadores foram analisados individualmente, comparados entre diferentes unidades de saúde e entre municípios.

As hipóteses testadas foram de semelhança (ou não) entre os indicadores, entre as unidades de saúde e entre os municípios com o uso de ANOVA paramétrica e não-paramétrica.

A confiabilidade dos indicadores foi analisada através da técnica estatística de Alpha de Cronbach.

O método utilizado para avaliar as possíveis associações entre as variáveis categóricas do questionário e/ou diferentes municípios foi a Análise Fatorial de Correspondência Múltipla (AFCM).

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto sob o n.º 0762/2007 e todos os sujeitos da investigação concordaram em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO IV).

A metodologia foi capaz de avaliar o desempenho dos serviços de saúde (PSF e UR-PCT) e comparar a percepção dos diferentes atores que participam do processo de controle da TB nos centros urbanos do estudo. O instrumento apresentou viabilidade de aplicação e potencial de avaliação dos serviços de saúde do SUS. Demonstra a importância de construir instrumentos que possam ser respondidos e interpretados pelas equipes locais como estratégias de auto monitoramento e melhoria da qualidade. A colaboração dos coordenadores e equipes do PCT para a boa condução do campo foi fundamental para a realização da pesquisa. A participação destes em todas as fases da pesquisa configurou uma parceria serviço-acadêmia.

Referências Bibliográficas

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Macinko J, Almeida C, Oliveira E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. Saúde em Debate. 2003; 27(65): 243-256.

VILLA T.C.S., RUFFINO-NETTO A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. Jornal Brasileiro de Pneumologia. (artigo aprovado para publicação em 02 de outubro de 2008)

Anexo I - Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho de serviços da atenção básica no controle da tuberculose em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil

I. DOENTES DE TUBERCULOSE

Número do questionário: _____
Município: _____
Responsável pela coleta de dados: _____
Data da coleta de dados: ___/___/___
Digitador: _____ Data da digitação: ___/___/___

A. INFORMAÇÕES GERAIS (FONTES SECUNDÁRIAS)			
1	Nº SINAN ou WEB-TB:		
2	Prontuário:		
3	Iniciais:		
4	Endereço:		
5	Nome da Unidade de Saúde (US):		
6	Endereço da US:		
6a	Horário de atendimento aos doentes de TB:		
7	Tipo de Unidade	UBS	1 ()
		UBS/PACS	2 ()
		USF/PACS	3 ()
		Ambulatório de Referência	4 ()
7a	Primeiro serviço de saúde que o doente procurou quando apresentou os primeiros sinais e sintomas de TB Nome: _____ End: _____		
7b	Unidade de saúde que encaminhou o caso para diagnóstico Nome: _____ End: _____		
7c	Unidade de saúde que diagnosticou o caso Nome: _____ End: _____		
8	Faz Tratamento Supervisionado	S () - Sim	N () - Não

FILTRO - Se o doente não fizer TS, ir para a questão 8b.

Para as questões 8a e 8b responda: 1 - USF/PACS; 2 - UBS; 3 - UBS/PACS; 4 - Ambulatório de Referência; 5 - Domicílio; 6 - Outros (especificar)			
8a	Local onde realiza o Tratamento Supervisionado		
8b	Local onde realiza a consulta médica de controle		
9a	Forma Clínica da Tuberculose	Pulmonar	1 ()
		Extrapulmonar (_____)	2 ()
9b	Tempo de Tratamento Medicamentoso	> 1 Mês até 3 Meses	1 ()
		> 3 Meses até 6 Meses	2 ()
		> 6 Meses até 9 Meses	3 ()
		> 9 Meses	4 ()

B. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS			
10.a1	Sexo	Feminino	0 ()
		Masculino	1 ()
10.a2	Idade	18 – 29 anos	0 ()
		30 – 39 anos	1 ()
		40 – 49 anos	2 ()
		50 – 59 anos	3 ()
		60 anos ou mais	4 ()

10.a3	Estado civil	Solteiro	0 ()
		Casado	1 ()
		Separado / Divorciado	2 ()
		Viúvo	3 ()
		Outro (_____)	4 ()

Para as questões 10.a4 e 10.a5 responda: S – sim; N – não.

10.a4	O senhor estava trabalhando quando descobriu que tinha TB?	
-------	--	--

Se responder Não, pular para a questão 10.a7

10.a5	O senhor precisou se afastar do trabalho por conta da TB?	
-------	---	--

Se responder Não, pular para a questão 10.a7

10.a6	Por quanto tempo o Sr. Está (ficou) afastado? (dias)		
10.a7	Ocupação	Desempregado	0 ()
		Empregado	1 ()
		Do lar : Contribuinte	2ª ()

		Não-Contribuinte	2b ()
		Empregado: Contribuinte	3ª ()
		Não-Contribuinte	3b ()
		Autônomo Contribuinte	4ª ()
		Não-Contribuinte	4b ()
		Outro (_____)	5 ()
10.a8	Qual a renda familiar?	Sem renda	0 ()
		Sem renda fixa (serviço eventual)	1 ()
		Até 1 salário mínimo (SM)	2 ()
		>1 e até 3 SM	3 ()
		>3 e até 5 SM	4 ()
		> 5 SM	5 ()
Salário mínimo – R\$ 430,00			
10.a9	Recebe benefício do governo?	Não recebe	0 ()
		LOAS	1 ()
		Bolsa Família	2 ()
		Outro (_____)	3 ()
10.b1	Qual foi a última série escolar que o(a) Sr.(a) cursou?	Sem escolaridade	0 ()
		1ª fase do ensino fundamental (incompl)	1 ()
		1ª fase do ensino fundamental (compl)	2 ()
		2ª fase do ensino fundamental (incompl)	3 ()
		2ª fase do ensino fundamental (compl)	4 ()
		Ensino Médio (incompleto)	5 ()
		Ensino médio (completo)	6 ()
		Ensino superior (incompleto)	7 ()
		Ensino superior (completo)	8 ()
10.b2	Qual o grau de instrução do chefe da família?	Sem escolaridade / 1ª fase do ensino fundamental (incompleto)	0 ()
		1ª fase do ensino fundamental (compl)	1 ()
		2ª fase do ensino fundamental (compl)	2 ()
		Ensino médio (completo)	3 ()
		Ensino superior (completo)	4 ()
10.c	O local onde o(a) Sr.(a) vive é:	Própria	1 ()
		Alugada	2 ()

10.c	O local onde o(a) Sr.(a) vive é:	Própria	1 ()
		Alugada	2 ()
		Cedida	3 ()
		Instituição (asilar/ abrigo)	4 ()
		Não tem moradia	5 ()
		Outra (_____)	6 ()

FILTRO – Se responder que não tem moradia, ir para a questão 11

10.d	Tipo de Moradia	Alvenaria	1 ()
		Madeira	2 ()
		Material Reciclável	3 ()
		Outros (_____)	4 ()
10.e	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 ()

Para as questões 10.f a 10.h responda: 1 – (4 ou mais pessoas); 2 – (2 – 3 pessoas); 3 – (1 pessoa); 0 – Não se aplica

10.f	Número de pessoas residentes em sua casa?	
10.g	Número de adultos maiores de 60 anos?	
10.h	Número de crianças (menores de 12 anos)?	

O(a) Sr.(a) possui? Responda: S – sim; N – não.

10.i	Água Encanada		10.l	Máquina de Lavar	
10.j	Luz Elétrica		10.m	Vídeo cassete / DVD	
10.k	Geladeira		10.n	Freezer/ parte duplex	

Quantos desses itens abaixo o Sr.(a) possui?

10.o	Televisão em cores		10.r	Carro próprio	
10.p	Rádio		10.s	Empregada mensalista	
10.q	Banheiro privativo		10.r	Telefone (Cel / Fixo)	

C. SAÚDE DO CASO CONFIRMADO DE TB.

Para as questões 11 a 13 responda: 1 – Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase Nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica.

11	Com que frequência o(a) Sr.(a) deixa de realizar qualquer atividade habitual (trabalhar, estudar, lazer), por conta da TB?		
12	Com que frequência o(a) Sr.(a) tem problemas relacionados ao tratamento ou à medicação?		
13. Com que frequência o (a) Sr.(a):	13.a	Bebe?	
	13.b	Fuma?	
	13.c	Usa outras drogas?	

D. PORTA DE ENTRADA

Para as questões 14 e 15 responda: 1 – UBSF/PACS; 2 – UBS; 3 – Ambulatório de referência; 4 – Hospital Público; 5 – Hospital Privado; 6 – Consultório particular; 7 – Pronto atendimento; 8 – Outros (_____); 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

14	Quando precisa de algum controle de saúde preventivo (vacina BCG), qual serviço de saúde o(a) Sr.(a) procura?	
15	Qual foi o primeiro serviço de saúde que o(a) Sr.(a) procurou quando começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento)? Endereço: _____	

E. ACESSO AO DIAGNÓSTICO

Para a questão 16 responda: 1 – UBSF/PACS; 2 – UBS; 3 – Ambulatório de referência; 4 – Hospital Público; 5 – Hospital Privado; 6 - Consultório particular; 7 – Pronto atendimento; 8 - Outros (_____); 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

16	Qual foi o serviço de saúde que descobriu (diagnosticou) que o(a) Sr.(a) estava doente de TB? Endereço: _____	
Para a questão 17 responda: 1 - (5 dias ou mais); 2 - (4 dias); 3 - (3 dias); 4 - (2 dias); 5 - (1 dia - 24 horas); 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.		
17	Quando o Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), quanto tempo demorou para conseguir uma consulta no serviço de saúde?	
Para as questões 18 e 19 responda: 1 – 5 ou mais vezes; 2 – 4 vezes; 3 – 3 vezes; 4 – 2 vezes; 5 – 1 vez; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.		
18.	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), quantas vezes precisou procurar o serviço de saúde para conseguir atendimento?	

19.	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), quantas vezes precisou procurar o serviço de saúde para descobrir que tinha TB?	
Para a questão 20 responda: 1 – 5 ou mais semanas; 2 – 4 semanas; 3 – 3 semanas; 4 – 2 semanas; 5 – 1 semana		
20.	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), quanto tempo levou para descobrir que tinha TB?	
Para a questão 21 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.		
21.	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), procurou o serviço de saúde mais perto da sua casa?	
Para as questões 22 a 28 responda: 1 – Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase Nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.		
22.	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento) e procurou um serviço de saúde para consultar, demorou mais de 60 minutos para ser atendido?	
23.	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), teve dificuldades para pedir informação por telefone no serviço de saúde?	
24.	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), teve dificuldades para marcar consulta por telefone no serviço de saúde?	
25.	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), teve dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde?	
26.	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), precisou utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir até o serviço de saúde?	
27.	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), gastou dinheiro com o transporte para ir até o serviço de saúde?	
28.	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), perdeu o turno de trabalho ou compromisso para consultar no serviço de saúde?	

F. ACESSO AO TRATAMENTO

Para as questões 29 a 33 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

29	Se o Sr.(a) passar mal por causa da medicação ou da TB, consegue uma consulta médica no prazo de 24 horas na unidade de saúde que faz tratamento?	
30	O Sr.(a) consegue pedir informações por telefone na unidade de saúde?	
31	O Sr.(a) consegue marcar consultas para tratamento da TB por telefone na unidade de saúde?	
32	Os profissionais da unidade de saúde que acompanham seu tratamento de TB costumam visitá-lo em sua moradia?	
33	O(A) Sr.(a) faz o tratamento de TB na unidade de saúde mais próxima da sua casa?	
Para as questões 34 a 39 responda: 1 – Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase Nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.		
34	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar seu problema de TB, perde seu turno de trabalho ou compromisso?	
35	O(a) Sr.(a) tem dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde para ser consultado?	
36	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar seu problema de TB precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado?	
37	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, paga pelo transporte?	
38	Durante o seu tratamento faltou medicamentos para TB?	
39	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido?	

G. ADESÃO / VÍNCULO

Para as questões 40 a 50 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

40. O senhor prossegue no tratamento devido a aspectos relacionados com:	40.a	Família?	
	40.b	Emprego/trabalho?	
	40.c	Recuperação da auto-imagem e da auto-estima?	
	40.d	Melhora Condições de Vida?	
41. Com que frequência o (a) Sr.(a) recebe apoio por parte:	41.a	Família?	
	41.b	Colegas trabalho?	
	41.c	Amigos?	

		41.d	Profissionais de saúde da unidade?	
		41.e	Outras (_____)	
42.	Quando o(a) Sr.(a) vai à unidade de saúde para a consulta de TB, é atendido pelos mesmos profissionais?			
43.	Se o(a) Sr.(a) tem alguma dúvida sobre o seu tratamento, consegue falar com os mesmos profissionais da unidade de saúde que o atende?			
44.	Quando o(a) Sr.(a) faz alguma pergunta aos profissionais da unidade de saúde sente que é compreendido?			
45.	Os profissionais da unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está fazendo o tratamento respondem às suas perguntas de maneira clara?			
46.	Os profissionais da unidade de saúde dão tempo suficiente para que o(a) Sr.(a) fale suas dúvidas ou preocupações?			
47.	Durante o atendimento na unidade de saúde, os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde?			
48.	Os profissionais da unidade de saúde explicam sobre os medicamentos utilizados para o tratamento de TB?			
49.	Os profissionais da unidade de saúde perguntam sobre todos os medicamentos que o(a) Sr.(a) está utilizando?			
50.	O(A) Sr.(a) recomenda o atendimento desta unidade de saúde a um(a) amigo(a)?			
Para as questões 51 a 54 responda: 1 – Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase Nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.				
51. Com que frequência o (a) Sr.(a) sente algum tipo de preconceito por parte:	51.a	Família?		
	51.b	Colegas trabalho?		
	51.c	Amigos?		
	51.d	Profissionais de saúde da unidade?		
	51.e	Outras (_____)		
52.	O(A) Sr.(a) já pensou em mudar da unidade de saúde por causa de algum profissional da unidade?			
53.	O(A) Sr.(a). necessita dos incentivos para o enfrentamento da doença e a continuidade do tratamento?			
54.	Algum paciente desta unidade queixou-se do atendimento de algum profissional?			
55.	Qual é sua opinião sobre a equipe de saúde que o atende? Dê uma nota: 1; 2; 3; 4; 5.			

H. ELENCO DE SERVIÇOS

Para as questões 56 a 68 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

Com que frequência as ações a seguir são oferecidas pela equipe que acompanha o seu problema da TB?

56.	Pode para exame de escarro para diagnóstico de TB?			
57.	Exame para HIV/AIDS?			
58.	Pode para exame de escarro mensalmente para controle da TB?			
59.	Consulta mensal de controle para o tratamento da TB?			
60.	Cestas básicas ou vale alimentação?			
61.	Vale transporte?			
62.	Informação sobre:	62.a	Sintomas da TB?	
		62.b	Transmissão da TB?	
		62.c	Tratamento da TB?	
63.	Informação sobre outros temas de saúde?			
64.	Visitas domiciliares durante o tratamento?			
65.	Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?			
66.	Disponibilidade de profissional na unidade de saúde sempre que o Sr. (a) procura a unidade?			
67.	Grupos de doentes de TB na unidade de saúde?			
68.	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).

I. COORDENAÇÃO

Para as questões 69. a 80 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

69.	Os profissionais da unidade de saúde pegam o prontuário/ficha do(a) Sr.(a) durante a consulta?	
70.	Durante seu atendimento os profissionais da unidade de saúde anotam as suas queixas no seu prontuário?	
71.	Quando o(a) Sr(a) precisa dos resultados de seus exames, eles estão disponíveis na unidade de saúde?	
72.	O(A) Sr.(a) é avisado sobre o agendamento da sua consulta de retorno na 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, nutricionista)

73.	Quando o(a) Sr.(a) tem algum outro problema de saúde, consegue ser encaminhado para outro serviço de saúde?	
-----	---	--

FILTRO: Se o doente responder (N/A), NÃO SABE ou NUNCA ir para a questão 81.

74.	Quando algum profissional da unidade de saúde encaminha o(a) Sr(a) para outros serviços de saúde, ele discute ou indica os possíveis lugares de atendimento?	
75.	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado à outro serviço de saúde, os profissionais da unidade de saúde ajudam a marcar a consulta?	
76.	No agendamento da consulta em outro serviço de saúde, o(a) Sr.(a) recebe comprovante que a consulta foi marcada?	
77.	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado à outro serviço de saúde, os profissionais da unidade de saúde fornecem informações escritas sobre seu problema para entregar ao especialista?	

FILTRO: Se o doente ainda não passou pelo especialista, ir à questão 81.

78.	O(A) Sr.(a) retorna à unidade de saúde com as informações escritas sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?	
79.	Os profissionais da unidade de saúde discutem com o(a) Sr.(a) sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?	
80.	Os profissionais da unidade de saúde são interessados em saber se o(a) Sr.(a) foi bem atendido no outro serviço?	

J. ENFOQUE NA FAMÍLIA

Para as questões 81 a 88 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

81.	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre as condições de vida das pessoas que moram com o sr e/ou da sua família (emprego, moradia, saneamento básico)?	
82.	Os profissionais da unidade de saúde conhecem as pessoas que moram com o (a) Sr.(a) e/ou da sua família?	
83.	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre doenças das pessoas que moram com o (a) Sr.(a) e/ou sua família?	

84.	Os profissionais da unidade de saúde perguntam se as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) e/ou sua família têm tosse, febre, emagrecimento?	
85.	As pessoas que moram com o(a) Sr.(a) e/ou sua família foram avaliadas com exame de escarro e/ou raio x e/ou PPD pelos profissionais da unidade?	
86.	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) e/ou a sua família sobre a TB?	
87.	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) e/ou a sua família sobre seu tratamento?	
88.	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) e/ou a sua família sobre outros problemas de sua saúde?	

K. ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE

Para as questões 89 a 93 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

89.	As pessoas que trabalham e/ou estudam com o Sr(a) foram avaliadas com exame de escarro e/ou raio x e/ou PPD pelos profissionais da unidade?	
90.	O(A) Sr.(a) observa propagandas/campanhas/trabalhos educativos realizados pelos profissionais da unidade de saúde para informar a comunidade sobre a TB?	
91.	O(A) Sr.(a) observa que os profissionais da unidade de saúde desenvolvem ações de saúde com as Igrejas, Associações de Bairro, etc, para entrega do pote para coleta de escarro?	
92.	O(A) Sr.(a) observa que os profissionais da unidade de saúde solicitam a participação de alguém da comunidade para discutir o problema da TB?	
93.	O(A) Sr.(a) observa visitas dos profissionais da unidade de saúde na sua vizinhança, para a entrega do pote para coleta de escarro?	

Observações do entrevistador

Anexo II - Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho de serviços da atenção básica no controle da tuberculose em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil

II. PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Número do questionário: _____
Município: _____
Responsável pela coleta de dados: _____
Data da coleta de dados: ____/____/____
Digitador: _____ Data da digitação: ____/____/____

A. INFORMAÇÕES GERAIS			
1.	Iniciais:		
2.	Tipo de Unidade	UBS	1 ()
		UBS/PACS	2 ()
		USF/PACS	3 ()
		Ambulatório de Referência	4 ()
3.	Nome do Serviço de Saúde:		
4.	Endereço:		
5.	Cidade:		
6.	Telefone:		
7.	FAX:		
8.	e-mail:		
9.	Titulação do entrevistado (especificar área):		
10.	Ocupação	Médico	1 ()
		Enfermeiro	2 ()
		Técnico de Enfermagem	3 ()
		Auxiliar de Enfermagem	4 ()
		Outros (_____)	5 ()
11.	Número de anos que trabalha nesta função: _____ anos		

B. PORTA DE ENTRADA

Para as questões 12 a 13 responda: 1 – UBSF/PACS; 2 – UBS; 3 – Ambulatório de referência; 4 – Hospital Público; 5 – Hospital Privado; 6 – Consultório particular; 7 – Pronto atendimento; 8 – Outros (_____)

12.	Quando os usuários precisam de algum controle de saúde preventivo (vacinar BCG, exames de escarro), qual serviço de saúde eles procuram?	
13	Qual o primeiro serviço de saúde que o usuário procura quando apresenta sinais/sintomas da TB?	

C. ACESSO AO DIAGNÓSTICO

Para a questão 14 responda: 1 - (5 dias ou mais) 2 - (4 dias) 3 - (3 dias) 4 - (2 dias) 5 - (1 dia - 24 horas)

14.	Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB, quanto tempo demora para conseguir consulta ?	
Para as questões 15 a 16 responda: 1 – (5 ou mais vezes); 2 – (4 vezes); 3 – (3 vezes); 4 – (2 vezes); 5 – (1 vez); 0 – Não se aplica		
15.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para conseguir atendimento?	
16.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para realizar o diagnóstico de TB?	

Para as questões 17 responda: 1 – (5 ou mais semanas); 2 – (4 semanas); 3 – (3 semanas); 4 – (2 semanas); 5 – (1 semana)

17.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quanto tempo levam para receber o diagnóstico de TB?	
Para as questões 18 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica		
18.	Para consulta de diagnóstico de TB, os usuários procuram a unidade de saúde mais próxima da casa deles?	
Para as questões 19 a 25 responda: 1 – Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase Nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica		
19.	Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB, esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?	
20.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, os mesmos têm dificuldade para obter informações por telefone na unidade de saúde?	

21.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, os mesmos têm dificuldade para marcar consulta por telefone na unidade de saúde?	
22.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, têm dificuldade para se deslocarem até a unidade de saúde?	
23.	Para consulta de diagnóstico de TB os usuários precisam utilizar algum tipo de transporte motorizado para vir à unidade de saúde?	
24.	Durante as consultas para diagnóstico da TB os usuários gastam dinheiro com transporte para vir à unidade de saúde?	
25.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, perdem o turno de trabalho ou compromisso para consultar no serviços de saúde?	

D. ACESSO AO TRATAMENTO

OBS: AGORA VAMOS FALAR DA UNIDADE DE SAÚDE ONDE O(A) SR.(A) TRATA A TB

Para as questões 26 a 30 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

26.	Se os doentes em tratamento passarem mal por causa da medicação ou da TB, conseguem uma consulta médica no prazo de 24 horas?	
27.	Durante o tratamento os doentes de TB conseguem obter informações por telefone na unidade de saúde?	
28.	Durante o tratamento os doentes de TB conseguem marcar consulta por telefone na unidade de saúde?	
29.	Os profissionais realizam visitas domiciliares aos doentes de TB?	
30.	Qual a frequência em que os doentes de TB tratados nesta unidade de saúde pertencem à área adscrita?	

Para as questões 31 a 36 responda: 1 – Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase Nunca; 5 – Nunca

31.	Durante o tratamento da TB, os doentes perdem o turno de trabalho ou compromisso para serem atendidos?	
32.	Os usuários têm dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde onde fazem tratamento para serem consultados?	
33.	Os doentes de TB têm que utilizar algum tipo de transporte motorizado para se deslocar até a unidade de saúde?	
34.	Os doentes de TB têm que pagar pelo transporte?	
35.	Durante os últimos 12 meses, houve falta de medicamentos para TB?	
36.	Os doentes de TB esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?	

E. VÍNCULO		
Para as questões 37 a 49 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica		
37.	Os doentes de TB são examinados pelos mesmos profissionais cada vez que consultam?	
38.	Se os doentes de TB tiverem dúvidas sobre seu tratamento, conseguem falar com os mesmos profissionais que os atendem?	
39.	As dúvidas/questionamentos dos doentes de TB são compreendidas pelos profissionais que os atendem?	
40.	Os profissionais respondem às perguntas dos doentes de TB de forma clara?	
41.	Os profissionais dão tempo suficiente para que os doentes de TB explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?	
42.	Quando os doentes de TB consultam, os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde ou necessidades?	
43.	Os profissionais informam aos doentes de TB sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da doença?	
44.	Os profissionais solicitam informações sobre todos os medicamentos utilizados pelos doentes de TB?	
45.	Os doentes de TB atendidos nesta unidade de saúde recomendam os serviços para um(a) amigo(a) ser atendido?	
46. Com que frequência os doentes de TB sofrem algum tipo de preconceito por parte?	46.a	Família
	46.b	Colegas de trabalho
	46.c	Amigos
	46.d	Profissionais de saúde da unidade
47.	O tratamento é aceito pelos doentes de TB?	
48.	Os doentes necessitam de incentivos para o enfrentamento da doença e a continuidade do tratamento?	
49.	Como o(a) Sr.(a) considera o atendimento da equipe de saúde aos doentes de TB? Dê uma nota: 1; 2; 3; 4; 5.	

F. ELENCO DE SERVIÇOS	
Para as questões 50 a 63 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica	
COM QUE FREQUÊNCIA A UNIDADE OFERECE OS SEGUINTE SERVIÇOS:	
50.	Pote para exame de escarro para diagnóstico de TB?
51.	Exame para HIV/AIDS?

52.	Pote para exame de escarro para controle mensal da TB?	
53.	Consulta mensal de controle para o tratamento da TB?	
54.	Cestas básicas ou vale alimentação?	
55.	Vale transporte?	
56. Informação sobre:	56.a	Sintomas da TB?
	56.b	Transmissão da TB?
	56.c	Tratamento da TB?
57.	Informação sobre outros temas de saúde?	
58.	Visitas domiciliares durante o tratamento?	
59.	Visitas domiciliares para realização do TS?	
60.	Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?	
61.	Disponibilidade de profissional na unidade da saúde sempre que o doente procura?	
62.	Grupos de doentes de TB na unidade de saúde?	
63.	Tratamento Supervisionado? *	
* Obs.: Considerar: Nunca (Auto-Administrado); Quase Nunca (A cada 15 ou 30 dias); Às Vezes (1-2 vezes/semana); Quase Sempre (3-4 vezes/semana); Sempre (Todos os dias úteis da semana).		

G. COORDENAÇÃO		
Para as questões 64 a 75 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica		
64.	Os profissionais utilizam prontuários quando estão examinando os doentes de TB?	
65.	As queixas dos doentes de TB são registradas nos prontuários?	
66.	Os resultados dos exames dos doentes de TB ficam disponíveis para o doente na unidade de saúde?	
67.	Os doentes de TB são comunicados sobre os agendamentos das consultas de retorno na unidade de saúde?	
OBS.: AGORA VAMOS FALAR SOBRE O ENCAMINHAMENTO DO DOENTE A OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE OU ESPECIALIDADES (Serviço Social, Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, Médico especialista, Nutricionista)		
68.	Quando os doentes apresentam algum outro problema de saúde, conseguem ser encaminhados para outro serviço de saúde?	
69.	Quando os doentes precisam ser encaminhados para outros serviços, os profissionais discutem com eles ou indicam os possíveis locais de atendimento?	

70.	Quando os doentes de TB são encaminhados para algum especialista, os profissionais da unidade de saúde ajudam a marcar a consulta?	
71.	Quando a consulta é agendada em outro serviço de saúde, o doente recebe comprovante de que a consulta foi marcada?	
72.	Quando os doentes de TB são encaminhados para outros serviços de saúde, os profissionais da unidade fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?	
73.	Quando os doentes de TB retornam à unidade de saúde, trazem informações escritas sobre a consulta realizada no outro serviço?	
74.	Os profissionais da unidade de saúde discutem com os doentes de TB os resultados da consulta realizada no outro serviço?	
75.	Os profissionais da unidade de saúde se preocupam com a assistência prestada por outros serviços aos doentes de TB?	

H. ENFOQUE NA FAMÍLIA

Para as questões 76 a 83 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

76.	Durante as consultas, os profissionais perguntam sobre as condições de vida das pessoas que moram com o doente de TB e/ou da sua família (emprego, moradia, saneamento básico)?	
77.	Os profissionais conhecem as pessoas que moram com o doente de TB e/ou a sua família?	
78.	Durante as consultas, os profissionais pedem informações sobre enfermidades das pessoas que moram com o doente de TB e/ou da sua família?	
79.	Os profissionais questionam os doentes de TB se as pessoas que moram com ele e/ou sua família apresentam sintomas da doença?	
80.	Profissionais de saúde solicitam exame de escarro e/ou raio x e/ou PPD para as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família?	
81.	Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre a doença?	
82.	Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre o tratamento da doença?	
83.	Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre outros problemas de saúde?	

I. ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE	
Para as questões 84 a 88 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica	
84.	Profissionais de saúde solicitam exame de escarro e/ou raio x e/ou PPD para as pessoas que trabalham e/ou estudam com os doentes de TB?
85.	Os profissionais realizam propagandas / campanhas / trabalhos educativos, para informar à comunidade sobre a TB?
86.	Os profissionais desenvolvem ações de saúde com igrejas e associações de bairro para identificar sintomáticos respiratórios?
87.	Os profissionais solicitam a participação de um representante da comunidade para discutir o problema da TB?
88.	Os profissionais realizam busca de sintomáticos respiratórios na comunidade?

J. FORMAÇÃO PROFISSIONAL	
Para a questão 89 responda: 1 – (menos de 1 ano); 2 – (1 a 2 anos); 3 – (2 a 3 anos); 4 – (3 a 4 anos); 5 – (4 anos ou mais)	
89.	Há quanto tempo o Sr(a) atua em ações de controle da TB?
Para as questões 90 a 98 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase Nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase Sempre; 5 – Sempre	
90.	Durante a sua formação foi abordado o tema TB?
91.	Durante a sua formação teve disciplinas ou estágios que permitiram vivenciar a temática da TB ?
92.	O Sr(a) recebeu treinamento específico no serviço para atuar em ações de controle da TB?
93.	Os profissionais são qualificados para atender TB?
94.	Os profissionais são qualificados para atuarem segundo a diversidade cultural da comunidade?
95.	O Sr(a) realiza educação permanente para desenvolver ações de controle da TB?
96.	O Sr(a) segue algum protocolo específico para as ações de controle da TB na unidade de saúde?

QUESTÕES QUALITATIVAS (USO DE GRAVADOR)

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

Observações do entrevistador

Anexo III - Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho de serviços da atenção básica no controle da tuberculose em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil

III. GESTORES

Número do questionário: _____
Município: _____
Responsável pela coleta de dados: _____
Data da coleta de dados: ____/____/____
Digitador: _____ Data da digitação: ____/____/____

A. INFORMAÇÕES GERAIS			
1.	Iniciais:		
2.	Tipo de Unidade	UBS	1 ()
		UBS/PACS	2 ()
		USF/PACS	3 ()
		Ambulatório de Referência	4 ()
		Nível Central (_____)	5 ()
3.	Nome Instituição:		
4.	Endereço:		
5.	Cidade:		
6.	Telefone:		
7.	FAX:		
8.	e-mail:		
9.	Titulação (especificar área):		
10.	Função	Gerente / Diretor da Unidade	1 ()
		Coordenador do PCT	2 ()
		Coordenador de Vigilância em Saúde	3 ()
		Supervisores / coordenadores de PSF/PACS	4 ()
		Supervisores / coord. vigilância epidemiológica	5 ()
		Outros (_____)	6 ()
10.a	Número de anos que trabalha nesta função: _____ anos		

B. A TB NA AGENDA MUNICIPAL		
Para as questões 11.a a 11.i responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica		
11.a	A TB é considerada como uma doença prioritária no quadro sanitário do município?	
11.b	A distribuição de recursos para TB, é realizada com base nas necessidades da população a ser atendida?	
11.c	São disponibilizados incentivos (cesta básica, vale transporte...) para os doentes de TB em tratamento?	
11.d	É mantida a regularidade da distribuição de incentivos (cesta básica, vale transporte...) para os doentes de TB em tratamento?	
11.e	Participa na discussão e definição de ações de saúde para controle da TB?	
11.f	No repasse dos recursos financeiros para o município, são definidas linhas específicas para TB?	
11.g	Participa da discussão e definição de aplicação de recursos para o controle da TB?	
11.h	O município investe recursos próprios para TB?	
11.i	Os recursos (potes, viatura, motorista, combustível, material de laboratório,...) são suficientes para atender as necessidades de controle da TB?	
Para a questão 11.j responda: 1 – Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase Nunca; 5 – Nunca		
11.j	Os recursos financeiros destinados à TB são aplicados em outros programas/necessidades de saúde?	

B. PORTA DE ENTRADA		
Para as questões 12 a 13 responda: 1 – UBSF/PACS; 2 – UBS; 3 – Ambulatório de referência; 4 – Hospital Público; 5 – Hospital Privado; 6 - Consultório particular; 7 – Pronto atendimento; 8 - Outros (_____)		
12.	Quando os usuários precisam de algum controle de saúde preventivo (vacinar BCG, exames de escarro), qual serviço de saúde eles procuram?	
13	Qual o primeiro serviço de saúde que o usuário procura quando apresenta sinais/sintomas da TB?	

C. ACESSO AO DIAGNÓSTICO

Parar a questão 14 responda: 1 - (5 dias ou mais) 2 - (4 dias) 3 - (3 dias) 4 - (2 dias) 5 - (1 dia - 24 horas)

14.	Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB, quanto tempo demora para conseguir consulta ?	
-----	---	--

Para as questões 15 a 16 responda: 1 – (5 ou mais vezes); 2 – (4 vezes); 3 – (3 vezes); 4 – (2 vezes); 5 – (1 vez); 0 – Não se aplica

15.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para conseguir atendimento?	
-----	---	--

16.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para realizar o diagnóstico de TB?	
-----	--	--

Para as questões 17 responda: 1 – (5 ou mais semanas); 2 – (4 semanas); 3 – (3 semanas); 4 – (2 semanas); 5 – (1 semana)

17.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quanto tempo levam para receber o diagnóstico de TB?	
-----	---	--

Para as questões 18 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

18.	Para consulta de diagnóstico de TB, os usuários procuram a unidade de saúde mais próxima da casa deles?	
-----	---	--

Para as questões 19 a 25 responda: 1 – Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase Nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica

19.	Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB, esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?	
-----	--	--

20.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, os mesmos têm dificuldade para obter informações por telefone na unidade de saúde?	
-----	---	--

21.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, os mesmos têm dificuldade para marcar consulta por telefone na unidade de saúde?	
-----	---	--

22.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, têm dificuldade para se deslocarem até a unidade de saúde?	
-----	---	--

23.	Para consulta de diagnóstico de TB os usuários precisam utilizar algum tipo de transporte motorizado para vir à unidade de saúde?	
-----	---	--

24.	Durante as consultas para diagnóstico da TB os usuários gastam dinheiro com transporte para vir à unidade de saúde?	
-----	---	--

25.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, perdem o turno de trabalho ou compromisso para consultar no serviços de saúde?	
-----	---	--

D. ACESSO AO TRATAMENTO		
OBS: AGORA VAMOS FALAR DA UNIDADE DE SAÚDE ONDE O(A) SR.(A) TRATA A TB		
Para as questões 26 a 30 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica		
26.	Se os doentes em tratamento passarem mal por causa da medicação ou da TB, conseguem uma consulta médica no prazo de 24 horas?	
27.	Durante o tratamento os doentes de TB conseguem obter informações por telefone na unidade de saúde?	
28.	Durante o tratamento os doentes de TB conseguem marcar consulta por telefone na unidade de saúde?	
29.	Os profissionais realizam visitas domiciliares aos doentes de TB?	
30.	Qual a frequência em que os doentes de TB tratados nesta unidade de saúde pertencem à área adscrita?	
Para as questões 31 a 36 responda: 1 – Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase Nunca; 5 – Nunca		
31.	Durante o tratamento da TB, os doentes perdem o turno de trabalho ou compromisso para serem atendidos?	
32.	Os usuários têm dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde onde fazem tratamento para serem consultados?	
33.	Os doentes de TB têm que utilizar algum tipo de transporte motorizado para se deslocar até a unidade de saúde?	
34.	Os doentes de TB têm que pagar pelo transporte?	
35.	Durante os últimos 12 meses, houve falta de medicamentos para TB?	
36.	Os doentes de TB esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?	

E. VÍNCULO		
Para as questões 37 a 49 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica		
37.	Os doentes de TB são examinados pelos mesmos profissionais cada vez que consultam?	
38.	Se os doentes de TB tiverem dúvidas sobre seu tratamento, conseguem falar com os mesmos profissionais que os atendem?	
39.	As dúvidas/questionamentos dos doentes de TB são compreendidas pelos profissionais que os atendem?	
40.	Os profissionais respondem às perguntas dos doentes de TB de forma clara?	

41.	Os profissionais dão tempo suficiente para que os doentes de TB explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?	
42.	Quando os doentes de TB consultam, os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde ou necessidades?	
43.	Os profissionais informam aos doentes de TB sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da doença?	
44.	Os profissionais solicitam informações sobre todos os medicamentos utilizados pelos doentes de TB?	
45.	Os doentes de TB atendidos nesta unidade de saúde recomendam os serviços para um(a) amigo(a) ser atendido?	
46. Com que frequência os doentes de TB sofrem algum tipo de preconceito por parte?	46.a	Família
	46.b	Colegas de trabalho
	46.c	Amigos
	46.d	Profissionais de saúde da unidade
47.	O tratamento é aceito pelos doentes de TB?	
48.	Os doentes necessitam de incentivos para o enfrentamento da doença e a continuidade do tratamento?	
49.	Como o(a) Sr.(a) considera o atendimento da equipe de saúde aos doentes de TB? Dê uma nota: 1; 2; 3; 4; 5.	

F. ELENCO DE SERVIÇOS		
Para as questões 50 a 63 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica		
COM QUE FREQUÊNCIA A UNIDADE OFERECE OS SEGUINTE SERVIÇOS:		
50.	Pode para exame de escarro para diagnóstico de TB?	
51.	Exame para HIV/AIDS?	
52.	Pode para exame de escarro para controle mensal da TB?	
53.	Consulta mensal de controle para o tratamento da TB?	
54.	Cestas básicas ou vale alimentação?	
55.	Vale transporte?	
56. Informação sobre:	56.a	Sintomas da TB?
	56.b	Transmissão da TB?
	56.c	Tratamento da TB?
57.	Informação sobre outros temas de saúde?	
58.	Visitas domiciliares durante o tratamento?	
59.	Visitas domiciliares para realização do TS?	
60.	Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?	

61.	Disponibilidade de profissional na unidade da saúde sempre que o doente procura?	
62.	Grupos de doentes de TB na unidade de saúde?	
63.	Tratamento Supervisionado? *	
* Obs.: Considerar: Nunca (Auto-Administrado); Quase Nunca (A cada 15 ou 30 dias); Às Vezes (1-2 vezes/semana); Quase Sempre (3-4 vezes/semana); Sempre (Todos os dias úteis da semana).		

G. COORDENAÇÃO

Para as questões 64 a 75 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

64.	Os profissionais utilizam prontuários quando estão examinando os doentes de TB?	
65.	As queixas dos doentes de TB são registradas nos prontuários?	
66.	Os resultados dos exames dos doentes de TB ficam disponíveis para o doente na unidade de saúde?	
67.	Os doentes de TB são comunicados sobre os agendamentos das consultas de retorno na unidade de saúde?	

OBS.: AGORA VAMOS FALAR SOBRE O ENCAMINHAMENTO DO DOENTE A OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE OU ESPECIALIDADES (Serviço Social, Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, Médico especialista, Nutricionista)

68.	Quando os doentes apresentam algum outro problema de saúde, conseguem ser encaminhados para outro serviço de saúde?	
69.	Quando os doentes precisam ser encaminhados para outros serviços, os profissionais discutem com eles ou indicam os possíveis locais de atendimento?	
70.	Quando os doentes de TB são encaminhados para algum especialista, os profissionais da unidade de saúde ajudam a marcar a consulta?	
71.	Quando a consulta é agendada em outro serviço de saúde, o doente recebe comprovante de que a consulta foi marcada?	
72.	Quando os doentes de TB são encaminhados para outros serviços de saúde, os profissionais da unidade fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?	
73.	Quando os doentes de TB retornam à unidade de saúde, trazem informações escritas sobre a consulta realizada no outro serviço?	
74.	Os profissionais da unidade de saúde discutem com os doentes de TB os resultados da consulta realizada no outro serviço?	

75.	Os profissionais da unidade de saúde se preocupam com a assistência prestada por outros serviços aos doentes de TB?	
-----	---	--

H. ENFOQUE NA FAMÍLIA

Para as questões 76 a 83 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

76.	Durante as consultas, os profissionais perguntam sobre as condições de vida das pessoas que moram com o doente de TB e/ou da sua família (emprego, moradia, saneamento básico)?	
77.	Os profissionais conhecem as pessoas que moram com o doente de TB e/ou a sua família?	
78.	Durante as consultas, os profissionais pedem informações sobre enfermidades das pessoas que moram com o doente de TB e/ou da sua família?	
79.	Os profissionais questionam os doentes de TB se as pessoas que moram com ele e/ou sua família apresentam sintomas da doença?	
80.	Profissionais de saúde solicitam exame de escarro e/ou raio x e/ou PPD para as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família?	
81.	Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre a doença?	
82.	Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre o tratamento da doença?	
83.	Os profissionais conversam com as pessoas que moram com o doente de TB e/ou sua família sobre outros problemas de saúde?	

I. ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE

Para as questões 84 a 88 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

84.	Profissionais de saúde solicitam exame de escarro e/ou raio x e/ou PPD para as pessoas que trabalham e/ou estudam com os doentes de TB?	
85.	Os profissionais realizam propagandas / campanhas / trabalhos educativos, para informar à comunidade sobre a TB?	
86.	Os profissionais desenvolvem ações de saúde com igrejas e associações de bairro para identificar sintomáticos respiratórios?	

87.	Os profissionais solicitam a participação de um representante da comunidade para discutir o problema da TB?	
88.	Os profissionais realizam busca de sintomáticos respiratórios na comunidade?	

J. FORMAÇÃO PROFISSIONAL		
---------------------------------	--	--

Para a questão 89 responda: 1 – (menos de 1 ano); 2 – (1 a 2 anos); 3 – (2 a 3 anos); 4 – (3 a 4 anos); 5 – (4 anos ou mais)		
---	--	--

89.	Há quanto tempo o Sr(a) atua em ações de controle da TB?	
-----	--	--

Para as questões 90 a 98 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase Nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase Sempre; 5 – Sempre		
--	--	--

90.	Durante a sua formação foi abordado o tema TB?	
91.	Durante a sua formação teve disciplinas ou estágios que permitiram vivenciar a temática da TB ?	
92.	O Sr(a) recebeu treinamento específico no serviço para atuar em ações de controle da TB?	
93.	Os profissionais são qualificados para atender TB?	
94.	Os profissionais são qualificados para atuarem segundo a diversidade cultural da comunidade?	
95.	O Sr(a) realiza educação permanente para desenvolver ações de controle da TB?	
96.	O Sr(a) segue algum protocolo específico para as ações de controle da TB na unidade de saúde?	

QUESTÕES QUALITATIVAS (USO DE GRAVADOR)

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

Observações do entrevistador

Anexo IV - 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

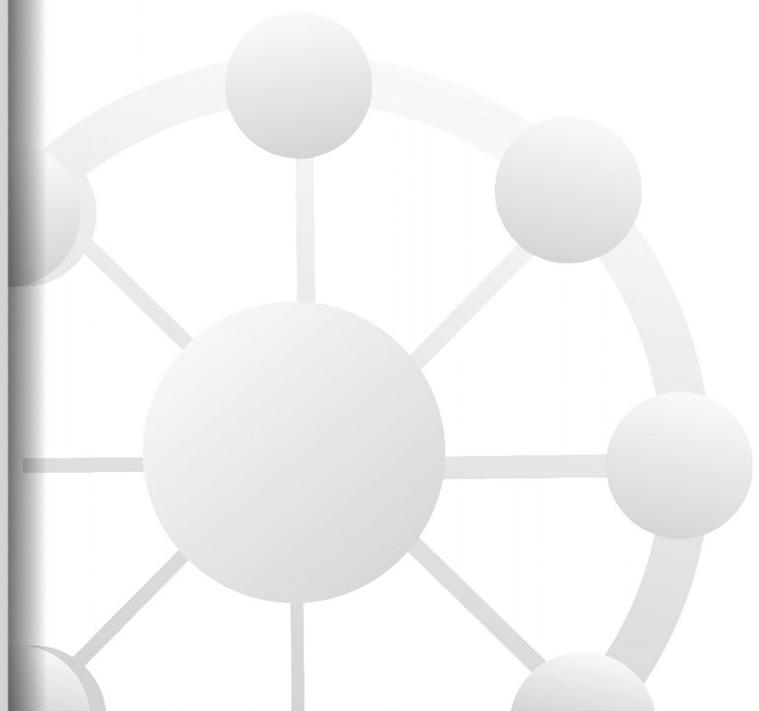
Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa

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



Capítulo II:

Pesquisas operacionais em municípios
prioritários para o controle da
tuberculose do Estado de São Paulo



1. MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO

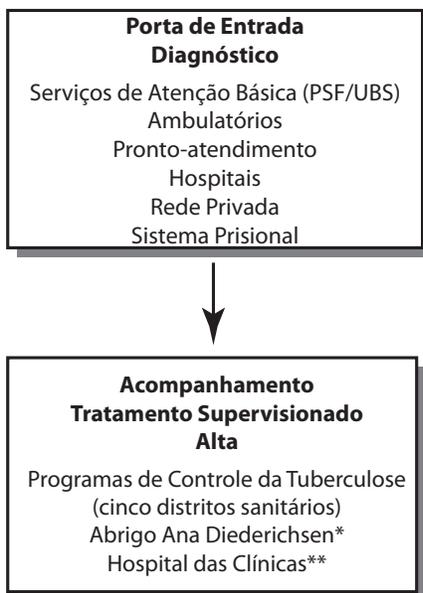
Ribeirão Preto, localiza-se no Estado de São Paulo a 319 Km da capital, apresenta uma área de 642 Km² e uma população estimada pelo IBGE em 2007 de 547.417 habitantes.

Em 2007, o município registrou 188 casos novos de TB bacilífera, coeficiente de incidência de 33,1 casos por 100.000 habitantes e 78,7% de cura¹.

Em Ribeirão Preto, o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) conta com cinco Ambulatórios de Referência distribuídos nos Distritos Sanitários (Norte, Sul, Leste, Oeste e Central) com equipes fixas, mas não exclusivas do programa, as quais são compostas minimamente por: 1 médico, 2 auxiliares de enfermagem e 1 enfermeira.

A seguir, apresenta-se um esquema do atendimento ao doente de TB, desde o momento em que o mesmo entra no Sistema de Saúde até a sua alta:

Figura 1 – Locais de atendimento dos doentes de TB no município de Ribeirão Preto, 2007.



* Quando necessário a internação de pacientes com tuberculose, seja por critérios clínicos ou sociais, o município tem disponível 10 leitos masculinos no Abrigo Ana Diederichsen.

** Geralmente atende os doentes coinfectados TB/HIV.

Em 2007, o município apresentou 77,7% de cobertura de tratamento supervisionado, sendo que os distritos Oeste, Sul e Leste contavam com viatura exclusiva para a realização das visitas domiciliares. Pacientes em tratamento recebem como incentivos: uma cesta básica por mês, um litro de leite por semana e vale-transporte para comparecimento ao serviço.

Referencia Bibliográfica

Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Relatório de gestão: ano 2007. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde; 2007. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br>

1.1. O ACESSO AO DIAGNÓSTICO DA TB NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO RIBEIRÃO PRETO – SP (2007)

*Mayra Fernanda Oliveira¹, Tereza Cristina Scatena Villa¹,
Ricardo Alexandre Arcêncio², Lúcia Marina Scatena³, Antônio Ruffino Netto⁴*

Introdução

O Brasil, dentre muitos outros países, ainda mantém-se distante de alcançar a meta de detecção de casos de TB, com uma taxa de detecção de casos de 55% em 2006, com um aumento de apenas 5% em relação a 2005.⁽¹⁾ Esse problema persiste não devido às formas de diagnóstico e de tratamento da doença, mas sim, à forma como os serviços de saúde se organizam para possibilitar o acesso ao diagnóstico por parte da população e para tratar os casos de TB.⁽²⁾

O acesso ou a acessibilidade representa um grau de facilidade ou dificuldade de adentrar ao serviço de saúde e nele permanecer com a finalidade de receber assistência direcionada à sua necessidade de saúde⁽³⁾, nesse caso com a finalidade de obter o diagnóstico da TB.

O inadequado acesso ao diagnóstico da TB pode estar relacionado ao doente bem como à organização dos serviços de saúde, que contribuem para o aumento na demora para a realização do diagnóstico da TB.⁽⁴⁻⁶⁾ Estudos realizados em diferentes locais como Shanghai, Espanha, Hong Kong e Brasil apontam que alguns desses fatores estão relacionados ao tipo de serviço de saúde procurado pelo do-

1 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

2 Universidade Federal de Mato Grosso (Barra do Garças)

3 Professora Doutora (PRODOC – CAPES). Departamento de Enfermagem Materno – Infantil e Saúde Pública

4 Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. FMRP/USP.

e-mail: mayrafo@eerp.usp.br

ente de TB, a sintomatologia apresentada e o tipo de meios diagnósticos empregados pelo serviço de saúde. ⁽⁴⁻⁷⁾

O acesso ao diagnóstico da TB vem sendo estudado sobre essas duas vertentes, do doente e dos serviços de saúde, demonstrando que ambas apresentam características que levam à falhas na detecção precoce dos casos e, conseqüentemente a diminuição das taxas de cura e aumento da carga da doença em todo o mundo. ^(5,6,8)

O objetivo deste capítulo é avaliar o acesso dos doentes de TB ao diagnóstico nos diferentes serviços de saúde de Ribeirão Preto – São Paulo no período de julho de 2006 a julho de 2007.

O método utilizado para avaliar os indicadores de acesso ao diagnóstico foi a Análise Fatorial de Correspondência Múltipla, representada por 7 indicadores de acesso ao diagnóstico que correspondem aos itens do questionário, à variável “Diagnóstico por área de abrangência” com as categorias (Fora = F, Dentro = D) obtida através de georreferenciamento, a variável “local do diagnóstico” com as categorias (Hospital Público (HPu); Hospital Particular (HP); Ambulatório de Referência (AR); Consultório Particular (CP); Unidade Básica de Saúde (UBS) e Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS), e duas variáveis sócio-demográficas representadas pelo “grau de escolaridade” com as categorias (0 sem escolaridade, 1 escolaridade baixa (ensino fundamental incompleto e completo), 3 escolaridade intermediária (ensino médio incompleto e completo), 5 escolaridade alta (ensino superior incompleto e completo) e “propriedade de automóvel na família” com as categorias (Sim = S, Não = N).

Resultados

A Análise Fatorial de Correspondência Múltipla permitiu construir o plano fatorial apresentado na figura 1. Foram privilegiadas as duas primeiras dimensões com valores próprios de 0,27 (Dimensão 1) e 0,24 (Dimensão 2).

Devido às baixas associações encontradas com as dimensões 1 e 2 e a dificuldade de considerar as dimensões como eixos temáticos distintos, investiu-se na interpretação de categorias de variáveis e indicadores. Desta forma, optou-se em utilizar as variáveis “área de abrangência” e “local do diagnóstico” como variáveis passivas e as demais variáveis “grau de escolaridade”, “propriedade de automóvel na família” e os “indicadores de acesso ao diagnóstico” como variáveis ativas.

Quanto ao local de diagnóstico (figura 2), 48% dos doentes foram diagnosticados em serviços de saúde (UBDS) com atendimento 24 horas, 12% em serviços de atenção primária de funcionamento em horário comercial e 20% em hospitais públicos.

O diagnóstico dos doentes de TB foi realizado principalmente em unidades de nível secundário e terciário (UBDS, Ambulatórios de referência e hospitais), somando-se 83% do total dos diagnósticos realizados. A atenção básica foi menos representativa no diagnóstico dos casos de TB estudados, com um total de apenas 12% dos casos.

Figura 1 - Plano Fatorial

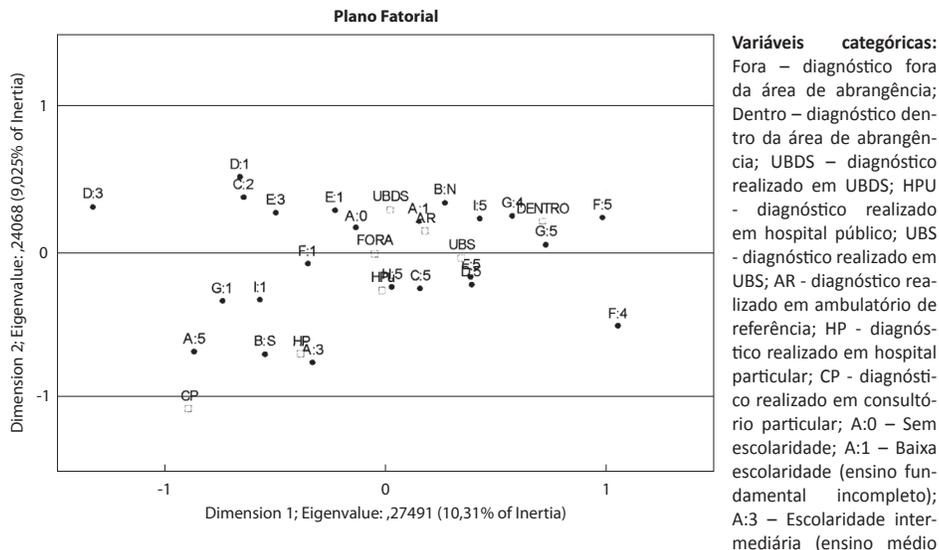


Figura 2 - Distribuição dos doentes de TB segundo local de diagnóstico, Ribeirão Preto, 2007.

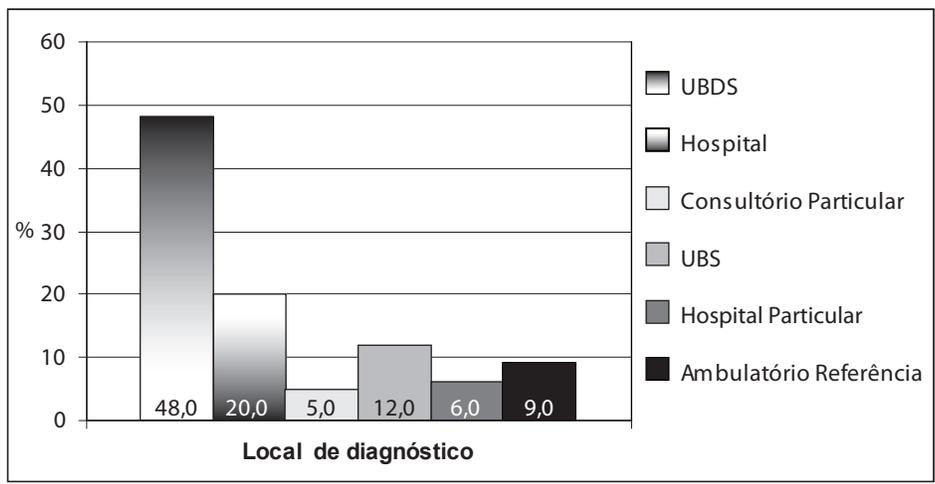
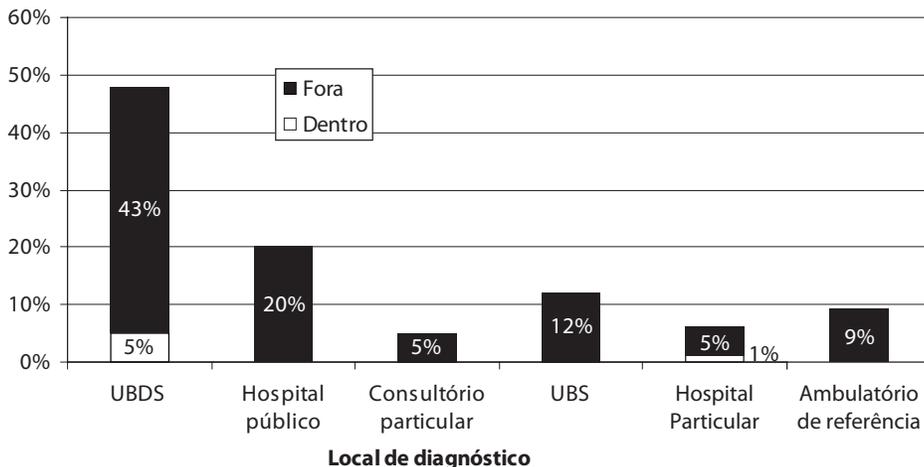


Figura 3 - Distribuição dos doentes entrevistados segundo diagnóstico dentro ou fora da área de abrangência e local de diagnóstico.



Esses dados mostram que uma quantidade expressiva de doentes não está sendo diagnosticada por serviços de atenção primária, mas sim, por serviços de pronto atendimento e hospitais. Ao se sentirem doentes as pessoas tendem a procurar por atendimento em serviços de emergência 24 horas, fora de seu horário de trabalho. Esses serviços, pela própria lógica de funcionamento devem ter o mais fácil acesso com relação aos demais, proporcionando rapidez no atendimento.⁽⁹⁾

Acredita-se que muitos casos de tuberculose não são diagnosticados, seja por não terem acesso aos serviços de saúde, ou devido ao fato de os profissionais de saúde não estarem atentos aos sintomáticos respiratórios.⁽¹⁰⁾ Isso demonstra o modelo de atenção fragmentado, que supervaloriza a especialidade, não atentando às questões de promoção e prevenção, valorizando apenas as ações curativas.⁽¹¹⁾

Quanto ao tipo de serviço, a maior parte dos doentes foi diagnosticada em serviços públicos de saúde, representando um total de 89%, e somente 11% dos doentes foi diagnosticado em serviços privados. Isso mostra que poucos doentes são diagnosticados em serviços privados de saúde, o que demonstra ainda a caracterização da doença como predominante em populações mais pobres.⁽⁸⁾

De acordo com o plano fatorial, figura 1, a distribuição de freqüência dos doentes de TB em relação ao local de diagnóstico, figura 2, e a distribuição dos doentes em relação ao local de diagnóstico e área de abrangência, figura 3, foram observadas as associações:

Os doentes diagnosticados em Hospitais particulares (6%) estão caracterizados com grau de escolaridade intermediário e os diagnosticados em Consultórios

particulares (5%) com alto grau de escolaridade. Ainda, ambos os doentes possuem carro, gastaram dinheiro com transporte, nunca procuraram o posto de saúde mais próximo de sua casa, sempre precisaram utilizar algum tipo de transporte para irem à unidade de saúde e 99% realizaram o diagnóstico fora de sua área de abrangência;

Os doentes diagnosticados em Hospitais públicos (20%) e UBS (12%) sempre conseguiram consulta para descobrir a doença no prazo de 24 horas, quando começaram a ficar doente procuraram a unidade de saúde uma vez para conseguir atendimento, nunca perderam o dia de trabalho para consultar, nunca tiveram dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde e 100% realizaram o diagnóstico fora de sua área de abrangência;

Os doentes diagnosticados em UBDS (48%) e Ambulatórios de referência (9%) possuem baixo grau de escolaridade, não possuem carro, sempre procuraram o posto de saúde mais próximo de sua casa, quase não gastam dinheiro com transporte para ir até a unidade de saúde, nunca precisam de transporte motorizado para ir até a unidade de saúde, sempre perdem o dia de trabalho ou compromisso para consultar e 10,42% dos doentes diagnosticados nas UBDS que correspondem a 5% do total de doentes realizaram o diagnóstico dentro de sua área de abrangência.

Observa-se que os doentes diagnosticados em hospitais e consultórios ambos particulares, são aqueles que possuem melhor situação financeira, possuem carro, gastam mais com transporte motorizado e possuem maior grau de escolaridade, enquanto que os doentes diagnosticados em UBDS e ambulatórios de referência são aqueles com situação financeira pior, não possuem carro, não gastaram com veículo motorizado e possuem menor grau de escolaridade.

O fato de o doente possuir melhor situação financeira o faz procurar por serviços de saúde mais distantes de seu domicílio, como é confirmado pelo plano fatorial, o que muitas vezes leva à demora no diagnóstico da doença, realizado muitas vezes em hospitais devido à gravidade do estado do doente.

O fato de o doente ser atendido em serviços particulares leva ao aumento no tempo para a realização do diagnóstico de TB. Um dos fatores relacionados é o uso de método diagnóstico por Raio-X neste setor, o que leva a confusão de suspeita diagnóstica.^(4,12)

Os doentes diagnosticados em hospitais públicos e UBS obtiveram consulta mais rapidamente do que os demais e não apresentaram dificuldade para se deslocarem até o serviço de saúde.

Os doentes diagnosticados em UBDS e Ambulatórios de referência são os que mais perderam dia de trabalho para consultar com finalidade de descobrir a doença, que pode estar relacionado à própria natureza destes serviços de nível secundário, que atendem a uma grande demanda de população de pronto-atendimento e especialidades com número reduzido de profissionais de saúde.

Ainda, esses doentes são os que mais procuraram por serviços de saúde mais próximos de suas residências, ou seja, serviços de sua área de abrangência, porém não foram diagnosticados nesses serviços. Muitas vezes, suspeitos de TB procuram por UBS e não possuem resolutividade para seu problema nesse nível de atenção e são encaminhados aos serviços secundários para a realização do diagnóstico da doença, sobrecarregando-os e levando a maior demora no diagnóstico.

Estudo realizado na Espanha identificou que um dos fatores relacionados à maior demora para o diagnóstico da TB é o fato de o doente ter se apresentado com sintomas em unidades de atenção primária, devido ao despreparo para a realização do diagnóstico da doença. O fato de o doente procurar por hospital para atendimento com sintomas de TB representou uma diminuição no tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico da doença.⁽⁷⁾

Conclusões

O estudo mostrou que grande parte dos diagnósticos de TB foram realizados em níveis secundários e terciários de atenção, enquanto que a atenção básica foi pouco representativa na realização dos diagnósticos, o contrário do que preconiza a Política Nacional de Atenção Básica.

Observou-se também que a doença ainda está vinculada à pobreza, uma vez que 89% dos doentes foram diagnosticados em serviços públicos de saúde e que os doentes diagnosticados em serviços de saúde privados possuem melhor situação financeira e maior grau de escolaridade em comparação aos doentes diagnosticados em serviços públicos.

Os doentes diagnosticados em UBS e hospitais públicos foram atendidos, mais rapidamente, pela suspeita de TB, uma vez que as UBS representam a porta de entrada e os hospitais representam o nível de maior urgência no atendimento. Já os doentes diagnosticados em UBDS e AR foram os que mais perderam dia de trabalho para consultar devido aos sintomas da TB e foram os que mais procuraram por serviços próximos de suas residências, porém, não obtiveram resolutividade para seu problema de saúde nesses serviços e foram encaminhados ao nível secundário.

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization (WHO). Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Report 2005. Geneva, 2008.
2. Dye C, Watt CJ, Bleed DM, Williams BG. What is the limit to case detection under the DOTS strategy for tuberculosis control?. *Tuberculosis* 2003; 83(1):35-43.
3. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (supl2): S190-8.

4. Leung ECC, Leung CC, Tam CM. Delayed presentation and treatment of newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal* 2007; 13(3):221-7.
5. Santos MAPS, Albuquerque MFPM, Ximenes RAA, Lucana-Silva NLCL, Braga C, Campelo ARL, Dantas OMS, Montarroyos U, Souza WV, Kawasaki AM, Rodrigues LC. Risk factors for treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil. *BMC Publ Hlth* 2005; 5:25.
6. Wang W, Jiang Q, Abdullah ASM, Xu B. Barriers in accessing to tuberculosis care among non-residents in Shanghai: a descriptive study of delays in diagnosis. *Eur J Publ Hlth* 2007; 17 (5):419-23.
7. Díez M, Bleda MJ, Alcaide J, Castells C, Cardenal JI, Domínguez A, Gayoso P, Guitiérrez G, Huerta C, López MJ, Moreno T, Muñoz F, García-Fulgueiras A, Picó M, Pozo F, Quirós JR, Robles F, Sánchez JM, Vanaclocha H, Vega T. Determinants of health system delay among confirmed tuberculosis cases in Spain. *Eur J Publ Hlth* 2005; 15(4):343-9.
8. Yimer S, Bjune G, Alene G. Diagnostic and treatment delay among pulmonary tuberculosis patients in Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Infectious Diseases* 2005; 5:112.
9. Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. Bibliografia Básica do projeto GERUS. Texto de apoio da unidade I, p.114-9, 1997.
10. Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Cardozo-Gonzales RI, Ruffino-Netto A, Villa TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitários. *Ciênc saúde coletiva* 2005;10(2):315-21.
11. Oliveira MF. A Busca de Sintomáticos Respiratórios nos municípios prioritários para o controle da tuberculose do Estado de São Paulo (2005). 2006. 105 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
12. Habibullah S, Sadiq A, Anwar T, Sheikh MA. Diagnosis delay in tuberculosis and its consequences. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 2004; 20(3): 266-9.

1.2. BARREIRAS ECONÔMICAS NA ACESSIBILIDADE DO DOENTE AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM RIBEIRAO PRETO-SP (2007)

Ricardo Alexandre Arcênio¹, Tereza Cristina Scatena Villa², Tiemi Oliveira Arakawa², Mayra Fernanda de Oliveira², Roxana Isabel Cardozo Gonzales¹, Lucia Marina Scatena³, Antônio Ruffino Netto⁴.

Introdução

O tratamento da tuberculose (TB) impõe significantes custos ao doente e família, com desproporcional impacto na pobreza. Cada custo constitui-se decisivamente uma barreira econômica ao cuidado. Claramente os pacientes que

1 Universidade Federal de Mato Grosso (Barra do Garças);

2 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. EERP/USP;

3 PRODOC – CAPES - Departamento de Enfermagem Materno – Infantil e Saúde Pública;

4 Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. FMRP/USP.

e-mail: ricardo@eerp.usp.br

sofrem de TB são menos dispostos ao trabalho, que pela sua debilidade não gera renda suficiente à família. Os custos estão relacionados ao transporte, às alimentações durante as viagens aos serviços de saúde, perda salarial, de produtividade e de tempo.⁽¹⁾

A partir de uma perspectiva econômica é importante considerar o tempo que o doente de TB leva até alcançar a cura, uma duração relativamente longa representa em mais custos, que pesorosamente o usuário terá de arcar.⁽¹⁾

Os principais motivos para os doentes não terem acesso aos serviços de saúde são disponibilidade e acessibilidade ao transporte, custo do transporte, localização inacessível das unidades de saúde, prestação dos serviços em horários não coincidentes com as necessidades dos usuários e baixos salários.⁽²⁾

Assim pretende-se com a pesquisa identificar as barreiras econômicas no acesso ao tratamento da TB.

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico, inquérito prospectivo de abordagem quantitativa que toma como referencial teórico a dimensão acessibilidade como um dos principais atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) que corresponde a ausência ou presença de barreiras financeiras, organizacionais e/ou estruturais que dificultam a obtenção do cuidado.⁽³⁾ A “acessibilidade corresponde ao grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as características da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde.”⁽⁴⁾

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto, onde foram selecionados os centros de tratamento da TB, representados pelas letras A, B, C e D.

Para coleta de dados, realizada durante os meses de junho a agosto de 2007, utilizou-se o questionário já apresentado no capítulo 1, através do qual foram selecionadas as seguintes variáveis para o estudo: 1. Consulta médica em menos de 24 horas no caso de efeitos colaterais dos medicamentos anti-tuberculosos; 2. Espera média por consulta médica de retorno maior que 60 minutos; 3. Perda do dia de trabalho ou compromissos devido à consulta médica de TB; 4. Oferecimento de cestas básicas ou vale-alimentação; 5. Oferecimento de vale-transporte; 6. Não realização de alguma atividade habitual por causa do tratamento de TB; 7. Utilização de transporte motorizado; 8. Despesa de transporte para a consulta de controle e/ou para a realização do tratamento supervisionado; 9. Proximidade da residência do doente com o serviço de saúde em que realiza o tratamento.

Os dados foram submetidos à análise de variância a um critério de classificação e teste Kruskal-wallis sendo a diferença considerada significativa quando $p < 0,05$.

Resultados

Tabela 1 - Valor médio, desvio padrão e intervalo de confiança dos indicadores da acessibilidade econômica do doente ao tratamento de tuberculose segundo centro de referência em município de grande porte de São Paulo (2007).

VARIÁVEL	A	B	C	D	p
	Média DP IC	Média DP IC	Média DP IC	Média DP IC	
Consulta médica em menos de 24 horas frente o efeito colateral da medicação ^a	4,87 0,57 [4,68-5,05]	4,70 1,08 [4,25-5,16]	4,81 0,66 [4,52-5,11]	3,33 2,43 [1,98-4,68]	0,0148* [§]
Cancelamento das atividades habituais em decorrência do tratamento da tuberculose ^b	3,30 1,86 [2,70-3,91]	2,95 1,85 [2,17-3,74]	3,27 1,72 [2,50-4,03]	3,20 1,78 [2,21-4,18]	0,897
Perda do dia de trabalho devido à consulta médica de TB ^b	3,25 1,90 [2,63-3,87]	4,25 1,536 [3,59-4,90]	3,40 1,86 [2,58-4,23]	3,13 1,76 [2,15-4,11]	0,1407 [‡]
Espera média por consulta médica de retorno maior que 60 minutos ^b	3,89 1,53 [3,39-4,39]	4,04 1,19 [3,53-4,54]	4,36 1,17 [3,84-4,88]	4,60 0,82 [4,14-5,05]	0,2629 [‡]
Oferecimento de vale alimentação ou cesta básica ^a	3,97 1,76 [3,40-4,54]	4,33 1,52 [3,69-4,97]	4,04 1,61 [3,32-4,76]	4,46 1,4 [3,68-5,24]	0,703 [‡]
Oferecimento de vale-transporte ^a	1,82 1,57 [1,31-2,32]	2,41 1,90 [1,61-3,22]	3,36 2,01 [2,47-4,25]	3,20 1,93 [2,12-4,27]	0,0072**
Utilização de transporte motorizado para ida até o serviço de saúde ^b	1,56 1,37 [1,11-2,00]	2,00 1,76 [1,25-2,74]	2,54 1,94 [1,68-3,40]	1,86 1,55 [1,00-2,72]	0,169
Gasto com transporte até o serviço de saúde ^b	2,61 1,94 [1,98-3,24]	3,50 1,97 [2,66-4,33]	4,36 1,43 [3,72-4,99]	3,40 1,76 [2,42-4,37]	0,0058**
Proximidade do domicílio com o centro de referência ^a	2,66 1,97 [2,02-3,30]	3,66 1,92 [2,85-4,48]	2,63 2,01 [1,74-3,52]	1,80 1,65 [0,88-2,71]	0,0317**

^a (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre - ^b (1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Quase nunca (5) Nunca - [§] Aplicado teste de Kruskal Wallis - [‡] Aplicado teste Anova um critério de classificação - * p<0,05 - DP – desvio padrão - IC – Intervalo de confiança

A partir da comparação das distâncias percorridas pelo usuário para o tratamento da TB, ou seja, proximidade domicílio-serviço, na tabela 2 pode-se observar que há diferenças significativas entre os centros de saúde B e D ($p = 0,045$), onde em B os usuários estão mais próximos ao centro, e em D precisam caminhar mais.

No que tange ao oferecimento de vale transporte identificou-se diferenças significantes entre os centros C e A, ($p = 0,028$), visto que em C é oferecido o benefício, e em A não é ofertado.

No que diz respeito ao gasto com transporte, verificou-se diferença estatística entre os centros C e A ($p = 0,010$), onde em C os usuários não reportaram custos advindo das viagens e em A foi referido despesas.

Os resultados evidenciam ainda diferenças entre as unidades de saúde no oferecimento de consulta médica em menos de 24 horas quando sintomas colaterais da medicação ($p = 0,0148$).

Discussão

Os resultados mostram que os sujeitos do estudo consistem em doentes predominantemente do sexo masculino, com ensino fundamental incompleto, domiciliado em residência própria, de alvenaria, coabitando com mais de 4 pessoas.

Há diferenças significativas entre os serviços B e D, onde em B os domicílios estão concentrados mais próximos, e em D, os usuários precisam caminhar mais, o que fatalmente poderá ocasionar grandes dificuldades para a continuidade terapêutica nesse centro.

A longa duração do tratamento associado às constantes visitas aos centros de atenção a TB, que se apresentam distantes do domicílio dos doentes, como ocorrido no centro D, são fatores preditores ao abandono⁽⁶⁻⁷⁻⁸⁾

Estudo conduzido na Etiópia apontou que nas unidades de saúde mais distantes, o percentual de abandono era maior, verificando-se que nessas localidades as desistências ocorriam já no início do tratamento, representando grande perigo a comunidade, pois nesse período a possibilidade de transmissão é alta.⁽⁹⁾

Em relação ao gasto com transporte identificaram-se diferenças significativas entre os centros A e C ($p = 0,010$), uma vez que no centro C, o doente “quase nunca” tem gastos com viagens, sendo que o serviço de saúde oferece esporadicamente vale transporte de forma a facilitar o deslocamento.

No que tange ao serviço A pode se observar situação diferente, haja vista que os usuários relataram gastos com transporte e a unidade de saúde raramente oferece vale transporte.

Observou-se no centro C que os gastos com transporte são esporádicos, melhorando assim a acessibilidade ao evitar as barreiras econômicas que decisivamente influenciam negativamente no desfecho do tratamento conforme apontam alguns estudos.⁽¹⁰⁻¹¹⁾

Todavia, no centro A, é necessário que a coordenação do PCT nesse centro repense sobre sua situação atual, posto que os doentes reportaram grande distância a ser percorrida até a unidade e despesas com transportes pode representar grande barreira ao tratamento.

Enfatiza-se que o centro A utiliza como “critério social” para a distribuição do vale transporte, o perfil econômico de cada usuário e a situação trabalhista, entretanto, a seleção é feita de forma “assistemática”, sem protocolos.

Estudo apontou que os gastos com as viagens para o tratamento é um dos elementos contribuintes para o agravamento da pobreza do doente de TB, pois acarreta em subtrações importantes na renda familiar.⁽¹⁰⁾

Perda do dia de trabalho e tempo de espera para consulta médica são elementos fortemente relacionados à barreira econômica, visto sua imbricação aos problemas trabalhistas, como atrasos ou faltas que repercutem por vezes em descontos salariais ou mesmo demissões.⁽¹⁰⁾

Em quase todos os centros, os doentes” perdem o dia de trabalho, com exceção do centro B. As rotinas dos serviços de saúde pública, em que os horários de atendimento são coincidentes com a jornada de trabalho diária dos usuários, colocam o usuário em grande paradoxo na continuidade terapêutica.⁽¹⁰⁾

Em estudo realizado na Índia, pode-se observar que dentre os fatores predisponentes ao abandono, os prejuízos trabalhistas estiveram fortemente associados.⁽¹¹⁾ Outros estudos apontam que 62% dos custos relacionados ao tratamento corresponde às perdas de dia de trabalho, gerando descontos importantes no salário do doente.⁽¹²⁾ Em outra pesquisa realizada em Bumbai na Índia, os sujeitos relataram que seus chefes geralmente preocupavam-se com a queda na produtividade em decorrência da TB, assim alguns pacientes omitiam a doença aos seus empregadores.⁽¹¹⁾

Em relação ao tempo de espera por consulta maior que 60 minutos, em todos os centros verificou-se que os respondentes apontaram que esse evento quase nunca ocorre, o que mostra agilidade no atendimento desses centros.

Em estudo realizado no Vietnã identificou-se que a maioria dos doentes de TB fazia preferência pelo tratamento no setor privado em decorrência de se esperar menos para a consulta quando comparado ao setor público, evitando-se atrasos no emprego.⁽¹³⁾

Em todos os centros observou-se o oferecimento de vale alimentação. Deve-se reconhecer que essa situação é favorável a acessibilidade e contrasta com outros contextos e cenários, onde geralmente o paciente deve além de arcar com os custos da alimentação, também custeia a própria medicação do tratamento.^(9-10,12)

Conclusão

O presente estudo mostra as dificuldades enfrentadas pelo doente na acessibilidade ao tratamento, como grandes distâncias ao serviço e assim despesas com

transporte ou atrasos no emprego, acarretando prejuízos ao orçamento familiar. Identificou-se medidas por parte dos serviços de saúde que atenuam os gastos do doente, tais como: oferecimento de vale transporte ou alimentação, entretanto restringe-se a um número reduzido de doentes.

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Addressing poverty in tb control: options for national tb control programmes. World Health Organization (Geneva) 2005.
2. Hamer L. Improving patient access to health services: a national review and case studies of current approaches. NHS, Health Development Agency, (London) 2004.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Ministério da Saúde: Brasília, 2002.
4. Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. Unidade 3. In: Santana JP, organizador. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): OPAS; 1997. p.114-20.
5. Ruffino-Netto A, Villa TCS. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia (São Paulo)*, 2008. (aceito para publicação).
6. Morsy AM, Zaher HH, Hassan MH, Shouman A. Predictors of treatment failure among tuberculosis patients under DOTS strategy in Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal (Geneva)*; 9 (4) 2003.
7. Ensor T, Cooper S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy (London)* 2004; 19 (2): 69-79.
8. Lin X, Chongsuvitwong V, Geater A, Lijuan R. The effect of geographical distance on TB patients delay in a mountainous province of China, *Int J Tuberc Lung Dis* 2008;12(3): 288-93.
9. Sagbakken M, Frich JC, Bjune G. Barriers and enablers in the management of tuberculosis treatment in Addis Ababa, Ethiopia: a qualitative study. *BMC Public Health* 2008; 8 (11): 1-11.
10. Needham DM, Bowman D, Foster SD, Godfrey-Faussett P. Patient care seeking barriers and tuberculosis programme reform: a qualitative study. *Health Policy (London)*, 2004; 67: 93-106.
11. Nair DM, George A, Chako KT. Tuberculosis in Bombay: new insights from poor urban patients. *Health Policy and Planning* 1997; 12 (1): 77-85.
12. Jackson S, Sleigh AC, Wang GF, Liu X. Poverty and the economic effects of TB in rural China. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006; 10(10):1104–10.
13. Lönnroth K, Tran TU, Thuong LM, Quy HT, Diwan V. Can I afford free treatment?: Perceived consequences of health care provider choices among people with tuberculosis in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Social Science and Medicine* 2001; 52: 935-48.

1.3. A ACESSIBILIDADE DE DOENTES DE TUBERCULOSE AO TRATAMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO – SÃO PAULO (2006 - 2007)

Tiemi Arakawa¹ Tereza Cristina Scatena Villa¹ Ricardo Alexandre Arcêncio², Roxana Isabel Cardozo-Gonzales², Lúcia Marina Scatena³, Antonio Ruffino-Netto⁴.

Introdução

A tuberculose (TB) é, ainda, um dos grandes problemas de Saúde Pública para os países em desenvolvimento. Segundo estimativas, cerca de um terço da população mundial está infectada com o *Mycobacterium tuberculosis*, com o risco de desenvolver a enfermidade. Todos os anos são registrados por volta de 8 milhões de novos casos e quase 3 milhões de mortes.(1) Sabe-se que a TB é uma doença de caráter social, diretamente relacionada à urbanização crescente e à má distribuição de renda.(2) Segundo Teixeira,(3) a tuberculose é também uma pesada carga para a administração sanitária, que precisa desenvolver novos modelos operacionais que gerem mais acessibilidade e segurança em todos os níveis do sistema de saúde. Estas condições são de sensível importância, sabido que a adesão do paciente ao tratamento é função da qualidade da atenção que lhe é oferecida.

Percebe-se, portanto, que a obtenção do sucesso terapêutico vai além da eficácia farmacológica, existindo diversos obstáculos que dificultam a acessibilidade ao cuidado em saúde durante o tratamento da tuberculose.(4-5) Estes obstáculos estão relacionados com fatores intrínsecos à terapêutica, ao paciente e ao modo como o serviço se organiza para prestar assistência.(6)

Segundo Fekete,(7) a acessibilidade corresponde ao grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as características da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde. Ela é considerada como um dos principais atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo compreendida como a ausência ou presença de barreiras financeiras, organizacionais e/ou estruturais que dificultam a obtenção do cuidado.(8)

O objetivo deste estudo foi o de avaliar a acessibilidade organizacional ao tratamento de TB do doente em diferentes serviços de atenção à TB no município de Ribeirão Preto. Espera-se que a compreensão de como o serviço de saúde reconhe-

1 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

2 Universidade Federal do Mato Grosso – Barra do Garças

3 PRODOC-CAPES do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Saúde Pública- EERP-USP.

4 Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

e-mail: tiarakawa@yahoo.com.br

ce e se adapta às necessidades do doente possa auxiliar o processo de construção e fortalecimento da estratégia de controle à tuberculose.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico, inquérito prospectivo de avaliação de serviços de saúde, fundamentado na dimensão acessibilidade da Atenção Primária a Saúde (APS). Para a análise da acessibilidade ao tratamento foram consideradas questões alocadas nas dimensões acesso ao tratamento e elenco de serviços. Dados sócio-demográficos também foram considerados para a caracterização dos pacientes de TB em tratamento.

Este estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto, seguindo os métodos descritos no capítulo 1. Foram selecionadas para o estudo quatro unidades de saúde que desenvolvem o tratamento e o seguimento ambulatorial dos pacientes com TB no município de Ribeirão Preto (RP). Para que não houvesse a identificação das unidades de saúde em estudo, optou-se por realizar a denominação desses locais por meio das siglas “A”, “B”, “C” e “D”.

Os dados foram submetidos à análise de variância ANOVA a um critério de classificação (*one-way ANOVA*) com o uso do teste *F*, e a comparação de médias foi realizada por meio da aplicação do teste de *Tukey*. A análise de variância foi aplicada nas variáveis que satisfizeram as pressuposições de independência, homocedasticidade e normalidade, verificada pelo teste de *Bartlett*. Para as análises que apresentaram violação dos critérios para o uso da ANOVA aplicou-se o teste não-paramétrico de *Kruskall-Wallis*. O nível de significância estatística adotado em todos os testes foi de 5% de probabilidade.

Resultados e Discussão

A maioria dos doentes participantes do estudo é do sexo masculino (69%), tendo o ensino fundamental incompleto (61%). Estudos apontam que os indivíduos homens têm maior risco de adoecer por TB, o que provavelmente possui relação com os hábitos de vida desta população, favorecendo a incidência no sexo masculino. Sabe-se que em adultos, a chance de adoecer por TB é quatro vezes maior em homens do que em mulheres.⁽⁹⁻¹⁰⁾ Já o nível de escolaridade baixo é observado em outras pesquisas com doentes de TB, geralmente relacionado à menor aderência ao tratamento⁽¹⁰⁾ e, segundo Mascarenhas⁽¹¹⁾ representa um reflexo de todo um conjunto de condições socioeconômicas precárias, que aumentam a vulnerabilidade à tuberculose.

A maioria dos doentes residem em casa própria (62%), sendo o número de cômodos de 5 ou mais e o número de pessoas residentes de 4 pessoas ou mais. O

tamanho e o número de quartos no domicílio em conjunto com a aglomeração de pessoas ⁽¹²⁻¹³⁾ são fatores que influenciam o risco de se adoecer por TB, uma vez que favorecem a proliferação do bacilo e expõem os indivíduos a eles.

Quanto aos bens de consumo, 71% dos doentes possuem telefone (fixo ou móvel) e 33% relatam ter carro. Rádio, televisão e geladeira estão presentes em mais de 90% dos domicílios. Estes resultados seguem a tendência mostrada em estudos realizados pelo IBGE, onde os domicílios brasileiros apresentaram bom acesso a alguns serviços, como iluminação elétrica, linha de telefone fixo e posse de alguns bens, principalmente geladeira e televisão.⁽¹⁴⁾

Diversos estudos mostram que a tuberculose guarda estreita relação com os baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico, mostrando que esta doença não pode ser apenas vista do ponto de vista biológico, mas precisa incluir uma contextualização do campo social. Renda familiar baixa, desnutrição, habitação inadequada e dificuldade de acesso a serviços de saúde são indicados com frequência como fatores de risco para o adoecimento por TB.⁽¹⁵⁻¹⁶⁾

Sobre a realização do TS nas unidades de saúde, 81% dos pacientes entrevistados realizavam TS. A unidade A possuía aproximadamente 72% de seus pacientes em tratamento supervisionado e 28% em tratamento auto-administrado (TAA). A grande porcentagem de pacientes em TAA nesta unidade pode refletir que, devido ao grande número de doentes assistidos (39% do total de doentes entrevistados), a equipe local não tenha tempo e/ou recursos o suficiente para supervisionar o tratamento de todos os seus doentes. A unidade B também apresenta uma parcela considerável de seus pacientes em TAA (25%). Esta unidade divide a viatura para realização do TS com outro serviço de saúde (unidade D), fato este que pode dificultar a supervisão da ingestão dos medicamentos a todos os doentes. Ressalta-se que a unidade C possui 100% de seus pacientes realizando o TS.

As tabelas 1 e 2 mostram os resultados de média e desvio padrão obtidos em cada indicador para a acessibilidade organizacional no município de Ribeirão Preto e em cada unidade de saúde estudada, respectivamente.

No município de Ribeirão Preto, 70% dos pacientes (n= 70) relatam que nunca ou quase nunca tiveram que esperar mais de 60 minutos para serem atendidos no serviço de saúde. Observa-se, no entanto, que 18% dos entrevistados referiram sempre aguardar mais de 60 minutos para o atendimento, fato este que pode gerar adiamento ou cancelamento de compromissos em decorrência do tratamento. Um tempo prolongado de espera para a consulta médica pode desestimular o paciente a retornar ao serviço, principalmente nos casos onde o doente encontra-se assintomático.⁽¹⁷⁾ Além disso, um paciente em fase de diagnóstico ou no início do tratamento pode disseminar aerossóis e transmitir o bacilo se apresentar tosse enquanto aguarda a consulta médica.

Tabela 1 - Padrão de resposta média dos doentes de tuberculose sobre acessibilidade organizacional no município de Ribeirão Preto, 2007.

Variável	Média e Desvio Padrão
Espera média por consulta médica de retorno maior que 60 minutos	4,14±1,30
Facilidade para marcar consultas médicas de controle da tuberculose	4,93±0,40
Consulta médica em menos de 24 horas	4,59±1,27
Falta de medicamentos durante o tratamento	4,82±0,62
Recebimento de visita domiciliar durante o tratamento	3,85±1,43
Oferecimento de informação sobre a doença e sobre o tratamento de TB.	4,57±1,10

Tabela 2 - Padrão de resposta média dos doentes de tuberculose sobre acessibilidade organizacional por unidades de saúde. Ribeirão Preto, 2007.

Variável	Unidade A n =39 media ± DP	Unidade B n =24 media ± DP	Unidade C n =22 media ± DP	Unidade D n= 15 media ± DP	Valor de p
Espera média por consulta médica de retorno maior que 60 minutos	3,89±1,53	4,04±1,19	4,36±1,17	4,60±0,82	p=0,2629
Facilidade para marcar consultas médicas de controle da tuberculose	4,94±0,32	4,87±0,61	5,00±0,00	4,86±0,51	p=0,6828
Consulta médica em menos de 24 horas	4,87±0,57	4,70±1,08	4,81±0,66	3,33±2,43	p=0,0148*
Falta de medicamentos durante o tratamento	4,61±0,90	4,87±0,44	5,00±0,00	5,00±0,00	p=0,0571
Recebimento de visita domiciliar durante o tratamento	3,28±1,41	3,37±1,66	4,68±0,71	4,86±0,51	p<0,0001*
Oferecimento de informação sobre a doença e sobre o tratamento de TB.	4,64±0,98	4,50±1,21	4,68±0,94	4,33±1,44	p=0,7646

n = número de doentes entrevistados

*valores <0,05

A freqüência com que a unidade de saúde oferece consultas mensais de controle foi relatada como sempre por 97% (n= 97) dos entrevistados. A consulta mensal permite o seguimento e monitoramento do paciente, com a avaliação clínica do progresso do tratamento. Ela constitui um momento importante onde os profissionais de saúde podem ouvir o paciente, retomar orientações e trocar conhecimentos sobre a doença e a terapêutica.

Os doentes referem que quase sempre ou sempre conseguem consultas médicas em um prazo de até 24 horas. As unidades de saúde demonstraram um comportamento diferente para esta variável ($p < 0,05$) e, apesar do teste estatístico não indicar em que local está a diferença, segundo a tabela 2, nota-se que a unidade D é a que possui um valor médio menor em comparação com os outros serviços, notando-se também que nesse local há uma variabilidade maior entre as respostas dos entrevistados.

É comum no início do tratamento o doente apresentar efeitos colaterais em decorrência da terapia medicamentosa como epigastralgia, artralgia entre outros. Nesse sentido são de vital importância as consultas de urgência frente à possibilidade de interrupção medicamentosa no período crítico do tratamento, em que há elevado risco de transmissibilidade do bacilo. Verifica-se, portanto, agilidade do serviço na atenção a esse evento, o que contribui para a acessibilidade do doente ao tratamento.

Um aspecto importante identificado no estudo foi a debilidade na entrega das medicações ao doente. Apesar de 91% (n= 91) dos pacientes entrevistados terem respondido nunca para esta questão, cerca de 18% (n= 7) dos doentes no serviço A e 3% (n= 2) no serviço B referiram falta de remédios em algum momento durante o tratamento. Destaca-se que não se conhece qualquer interrupção no fornecimento de medicamentos pelo Ministério da Saúde. Entretanto faz-se necessário investigar junto às equipes dessas unidades o motivo pelo qual se deu a interrupção.

Sobre a visita domiciliar (VD), a média de respostas para a freqüência no recebimento de VD foi relatada nos quatro locais estudados como às vezes e quase sempre. Por meio da análise estatística, identificaram-se diferenças entre as unidades A e C ($p = 0,0027$), entre as unidades B e C ($p = 0,0371$), entre as unidades B e D ($p = 0,0207$) e entre as unidades A e D ($p = 0,0020$).

As unidades C e D foram as que obtiveram melhor avaliação, tendo 82% (n= 18) e 93% (n= 14) dos pacientes, respectivamente, sempre recebendo VD. Nenhum paciente dessas unidades refere nunca ter recebido VD. Por outro lado, 43,5% (n= 17) dos doentes da unidade A relatavam que às vezes o profissional do serviço ia visitá-lo no domicílio e 18% (n= 7) dos doentes afirmaram que nunca receberam VD. Na unidade B, 25% (n= 6) dos pacientes assistidos nunca receberam a visita do profissional responsável pelo tratamento em suas residências.

As VD propiciam o estabelecimento de vínculo com o paciente, auxiliando também na identificação de suas condições de vida. O fato do trabalhador de saúde conhecer melhor o ambiente no qual o doente está 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.⁽¹⁵⁾ Os trabalhadores nas visitas domiciliares passam a considerar o indivíduo e sua família nos projetos terapêuticos, adotando estratégias para a melhoria da adesão ao tratamento em conjunto com estes atores. O doente torna-se então um sujeito autônomo no processo decisório ao que é melhor para ele, tornando a assistência mais complexa e exigindo necessariamente uma organização sistematizada da atenção ao doente/família.

É necessário lembrar que a assistência em RP é centralizada nas unidades de referência para o atendimento de TB. O fato de uma unidade atender um grande número de pacientes em uma extensão geográfica que cobre distâncias variáveis (que corresponderia ao distrito de saúde) pode influenciar a capacidade da equipe responsável pelos pacientes em acompanhá-los nos seus domicílios (seja afetando as VD ou o próprio TS); e de maneira semelhante, pode acarretar em maiores dificuldades para o doente se deslocar de seu domicílio até o serviço de saúde para a realização de consultas médicas ou exames. Outro aspecto importante é o fornecimento de informação sobre o tratamento e sobre a doença, que se constitui como um direito do paciente dentro de uma assistência focada na autonomia do indivíduo. Cerca de 85% dos pacientes relataram sempre receber orientações sobre a TB e seu tratamento pela equipe de saúde.

Sobre a comunicação entre o doente e o serviço de saúde, observamos que muitos dos doentes relataram nunca ter utilizado o telefone para obter informações (76% dos entrevistados, n= 76) e para marcar consultas médicas (82% dos entrevistados, n= 82). Por este motivo, estas duas variáveis não puderam ser analisadas estatisticamente. Chamou-nos a atenção, no entanto, que, dentre aqueles que utilizaram o telefone, a maioria relata ter sempre obtido sucesso seja na procura por informações (96% dos doentes, n= 22) ou no agendamento de consultas (79% dos doentes, n= 13). Este fato indica que a não utilização do telefone pelos doentes pode ser devido à falta de informação que é possível comunicar-se com a unidade por este meio. Os profissionais têm a responsabilidade de orientar os pacientes quanto às diversas formas de contato com o serviço, abrindo a possibilidade para que o paciente possa tirar suas dúvidas e marcar consultas de uma maneira mais facilitada.

Conclusões

Os indicadores de avaliação de serviços de atenção à TB em relação à acessibilidade organizacional do doente ao tratamento são satisfatórios, na percepção

do doente, ao que se refere a tempo de espera, obtenção de consulta médica no prazo de até 24 horas, facilidade para obtenção de consultas de controle durante o tratamento e fornecimento de informações sobre a TB e seu tratamento.

Estes resultados podem nos mostrar que a forma de organização da assistência à TB no município, que é realizada por equipes especializadas do PCT distribuídas nos distritos de saúde da cidade pode possibilitar maior acessibilidade ao tratamento para o paciente, otimizando a organização da assistência. Uma equipe especializada parece estar mais preparada e familiarizada com os aspectos operacionais do programa de atenção à TB.

No entanto, a realização de visita domiciliar aos doentes de TB mostrou um comportamento distinto entre as unidades estudadas, com irregularidade na frequência dessas visitas. A visita domiciliar reflete uma atividade da assistência onde o serviço de saúde interage com o contexto de vida do doente e o impacto da doença em sua vida. Este dado pode estar relacionado com as dificuldades encontradas pelo serviço em acompanhar os pacientes de maneira mais próxima a suas comunidades e famílias.

Percebe-se, portanto, que instrumentos de aproximação do serviço com o doente e seu contexto, como a visita domiciliar e meios de facilitação nesta interação como o uso do telefone para marcar consultas ou esclarecimento de dúvidas, ainda não estão sendo utilizados para otimizar a acessibilidade ao tratamento, o que constitui uma barreira importante aos doentes de TB.

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization (WHO). Global TB control, surveillance, planning, financing. Geneva: WHO; 2005.
2. Santos J. Brazilian response to tuberculosis control. *Rev Saúde Pública* 2008; 41(1):89-93.
3. Teixeira GM. A cada avanço registrado nas medidas de controle, cresce a importância do tratamento correto da tuberculose. Editorial. *Bol Pneumol Sanit* 2006; 14(2): 69-70.
4. Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto contexto-enferm* 2007; 16(4): 712-8.
5. Villa TCS, Brunello MEF, Arcêncio RA, Sasaki CM, Assis EG, Gonzalez RIC. Fatores preditivos aos resultados desfavoráveis no tratamento da tuberculose: revisão integrativa da literatura (2001-2005). *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2008.
6. Ferreira SMB, Silva AMC, Botelho C. Abandono da tuberculose pulmonar em Cuiabá-MT - Brasil. *J Pneumol* 2005; 31(5):427-35.
7. Fekette MC. Estudo da Acessibilidade na Avaliação dos Serviços de Saúde. In: SANTANA et al. (Org.). *Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: OPS, 1997.
8. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde /Unesco; 2002.

9. Vendramini SHF, Gazetta CE, Chiaravalotti NF, Cury MR, Meirelles EB, Kuyumjian FG, et al. Tuberculose em município de porte médio do Sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. *J Bras pneumol* 2005; 31(3): 237-43.
10. Bierrenbach AL, Duarte EC, Gomes ABF, Souza MFM. Mortality trends due to tuberculosis in Brazil, 1980-2004. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(1):1-8.
11. Mascarenhas MDM, Araujo LM, Gomes KRO. Perfil epidemiológico da tuberculose entre casos notificados no Município de Piripiri, Estado do Piauí, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* 2005; 14(1):7-14.
12. Menezes A.M.B., Costa J.D., Gonçalves H., Morris S., Menezes M., Lemos S. et al. Incidência e fatores de risco para tuberculose em Pelotas, uma cidade do sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 1998; 1(1):50-9.
13. Lienhardt C., Fielding K., Sillah J.S., Bah B., Gustafson P., Warndorff D. et al. Investigation of the risks factors for tuberculosis: a case-control study in three countries in West Africa. *Int J Epidemiol*. 2005; 34(4):914-23.
14. IBGE, Síntese dos Indicadores Sociais – Uma análise das condições de vida da população brasileira 2007. Estudos e Pesquisas, nº 21. Rio de Janeiro, 2007.
15. Vendramini SHF, Villa TCS, Palha PF, Monroe AA. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. *Bol Pneumol Sanit* 2002; 10(1):5-12.
16. Moreira MAC, Bello AS, Alves MRL, Silva MV, Lorusso V. Avaliação da notificação no Distrito Federal de casos de tuberculose residentes em dez municípios goianos do entorno e análise da incidência de tuberculose nestas localidades. *J bras pneumol* 2007; 33(3): 301-10.
17. Bergel FS, Gouveia N. Frequent return as a novel strategy for tuberculosis treatment adherence. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(6): 898-905.

1.4. COORDENAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À TUBERCULOSE EM SERVIÇOS DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO-SP NA PERSPECTIVA DO DOENTE, 2007.

Elisangela Gisele de Assis¹, Tereza Cristina Scatena Villa¹, Roxana Izabel Cardozo Gonzales², Lúcia Marina Scatena³, Aline Ale Beraldo¹, Rúbia Laine de Paula Andrade¹, Aline Aparecida monroe.

Introdução

A coordenação ou integração de serviços consiste na capacidade do serviço de saúde de garantir a continuidade da atenção ao doente ao longo do sistema

1 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP);

2 Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT) – Barra do Garças;

3 PRODOC – CAPES do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Saúde Pública – EERP-USP.

4 Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro.

e-mail: elisasis@eerp.usp.br

de saúde através da identificação de suas necessidades e do fluxo de informação que acompanha o doente ao longo de seu percurso pelo sistema de saúde. (1) A coordenação pode ocorrer em nível local, entre os diferentes serviços e em nível de sistema.(1,2) Problemas de coordenação do cuidado têm sido apontado em estudo conduzido em 12 países onde 81% deles encontram-se entre a atenção proporcionada a pacientes com condição aguda e atenção à longo prazo.⁽³⁾ Este estudo tem como objetivo avaliar os serviços de saúde que realizam ações de controle da tuberculose (TB) a partir da análise da coordenação da atenção e dos serviços na perspectiva do doente em Ribeirão Preto-SP.

Método

Trata-se de um estudo epidemiológico, inquérito prospectivo, pesquisa avaliativa. Foram construídos 12 indicadores sobre a coordenação da assistência e serviços a partir do questionário aplicado aos doentes. Os dados foram analisados através da determinação de freqüências relativas, expressas em porcentagem e construção de gráficos.

Resultados

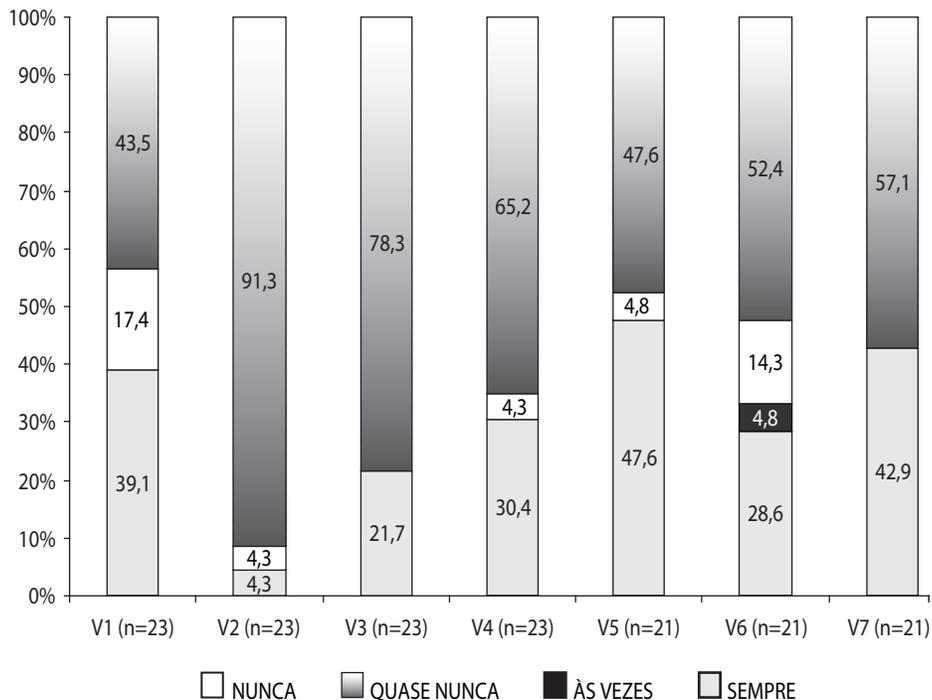
De acordo com os 100 doentes entrevistados, os indicadores que avaliam a coordenação da assistência do doente no Programa de Controle Tuberculose (PCT) apresentaram desempenho satisfatório para os seguintes indicadores: 99% dos profissionais de saúde utilizam prontuário durante o atendimento, 96% dos resultados de exames estão sempre disponíveis, há 97% de oferecimento de consultas mensais e 99% dos doentes sempre são avisados sobre as consultas médicas e o seu retorno.

Para o indicador “encaminhamento do doente para especialista”, 23% dos doentes responderam sobre este questionamento. Ressalta-se a importância deste indicador por possibilitar a análise da coordenação do PCT entre outros serviços e níveis de atenção.

A Figura 1 mostra a porcentagem dos escores respondidos pelos doentes entrevistados para cada indicador de coordenação, conforme legenda.

Observa-se que para os sete indicadores da figura 1, os doentes avaliam os serviços de saúde de forma bastante satisfatória observado pela distribuição das freqüências das respostas no escore *sempre*. No entanto, verifica-se que houve uma distribuição considerável de freqüências de respostas para o escore *nunca*, o que pode significar a presença de lacunas no processo de coordenação da assistência do doente no PCT e entre os diferentes serviços de saúde.

Figura 1 - Indicadores de Coordenação e seus escores, na perspectiva do doente de TB, no município de Ribeirão Preto, 200.



V1- *Discussão de lugar para atendimento*; V2 - *Ajuda marcar consulta em outro nível de atenção*; V3 - *Recebimento de comprovante de consulta marcada*; V4 - *Fornecimento de informações escritas para especialista*; V5 - *Retorno à unidade de origem com informações escritas*; V6 - *Discussão dos resultados da consulta com profissional SS*; V7 - *Preocupação do profissional com qualidade atendimento*.

Discussão

Verifica-se que a coordenação da assistência à TB se constitui pela junção de vários elementos, porém, o que fica de fundamental é que a coordenação possui dois cernes: a continuidade da atenção e a informação que acompanha o doente durante todo o processo de assistência durante seu percurso entre os diferentes serviços.

Algumas ações, tais como, “o uso de prontuário por profissionais”, “disponibilidade de resultados de exames para o doente”, “consultas mensais” e “aviso para comparecimentos para fins de consulta e retornos”, estão relacionados com a coordenação ou integração da assistência do doente no PCT, pois se tratam de fontes de informação e comunicação, além de serem maneiras de promover um *continuum* da assistência.

A comunicação e a informação em TB sobre a doença e a prestação do cuidado são cruciais para promover o tratamento e o diagnóstico precoce, contribuindo com a redução do abandono do tratamento e aumento nas taxas de cura⁽⁴⁾, no entanto deve-se ultrapassar o modelo de informação médica (focado apenas em sinais e sintomas da doença) voltados para modificar comportamentos irracionais; e adotar a comunicação como tomada de sentido e decisão tendo o diálogo e a participação dos atores como centro, promovendo a sensibilidade a TB como experiência social facilitando mudanças de fronteira entre problema social e problema de saúde.⁽⁵⁾

Ao se pensar na coordenação, o indicador “encaminhamento do doente ao especialista” possibilita a integração da atenção do doente de TB. A continuidade da atenção ressalta as experiências dos pacientes ao longo dos sistemas de saúde e de assistência social e disto resulta e prevê lições importantes para o desenvolvimento da atenção integrada.^(2,6-7) Nota-se que em municípios cujo sistema de saúde está descentralizado e hierarquizado, a resolução dos problemas apresentados pelos doentes ocorre pelo direcionamento do mesmo entre os serviços de saúde do SUS através de “guias de referência e contra-referência” que caracterizam os “encaminhamentos”. No caso dos doentes de TB, o estudo mostrou que 23 % dos entrevistados responderam sobre o encaminhamento sendo que 21% foram de fato encaminhados para outros serviços para resolução de outros problemas de saúde que não a tuberculose. Algumas considerações a respeito deste resultado levam a reflexão sobre a eficiência e eficácia do trabalho das equipes de saúde destes programas de controle da TB. A maioria dos doentes de TB pode não ter apresentado outros problemas de saúde não necessitando de encaminhamentos, ou os apresentaram e a equipe do PCT solucionou as intercorrências. Ressalta-se que os PCTs no município estudado se organizam com equipes especializadas em Unidades de Saúde em cada Distrito e, portanto funcionam como Unidades de Referência (UR) da área de abrangência e, portanto, possuem outros serviços de apoio diagnóstico e recursos (especialidades) dos quais a equipe do PCT pode lançar mão para lançar solucionar os outros problemas que o doente apresente durante o tratamento de TB.

Alguns autores ressaltam aspectos organizacionais do sistema de serviços de saúde onde apontam como dificuldade, a focalização do trabalho em condições agudas centrando-se nas consultas médicas, atividades dela recorrentes marginalizando assim ações de prevenção e promoção à saúde, fazendo com que o doente de TB não encontre respostas para outros problemas de saúde apresentados durante o tratamento, onerando mais tarde o serviço de saúde devido ao agravamento de seu quadro de saúde.⁽⁸⁾ Os profissionais deveriam atentar para a inclusão, em seu cotidiano, de formas ou processos de busca sistemática daquilo que se faz necessário a fim de responder ao sofrimento humano e, nesta mesma lógica, para os serviços de saúde significa criar mecanismos e processos coletivos de trabalho com objetivos voltados à prevenção.^(7,9)

Ainda em relação à coordenação entre os serviços, os indicadores apresentados na figura 1 avaliam o serviço de forma bastante satisfatória, no entanto, quando particularizados verifica-se que há necessidade de aprimoramento do processo de coordenar a atenção ofertada ao doente, visto que estes indicadores listados a seguir apresentam frequências relativas com valores abaixo de 70%: profissionais sempre *discutem com os doentes lugares de atendimento* (43,5%), *há sempre fornecimento de informações escritas para especialistas* (65,2%), *doentes sempre retornam à unidade de origem com informações escritas* (47,6%) e *discussão dos resultados da consulta com profissional do serviço de saúde* (52,4%) e *sempre há preocupação do profissional com a qualidade do atendimento que o doente recebeu em outro serviço* (57,1%). Estas são as lacunas que precisam ser melhoradas pelos serviços de saúde.

A frequência do indicador apresentado a respeito da discussão de possíveis locais para atendimento do doente em caso de encaminhamento/encaminhamento indica que há pouca participação do paciente no processo de decisão do tratamento. Outra hipótese a ser considerada é que nem sempre o profissional de saúde que atende o doente de TB tem opções de serviços para oferecer ao mesmo, visto que o sistema de saúde está ordenado por níveis de atenção e o acesso a estes serviços se dá através do processo de regulação. Este consiste na transferência do atendimento do doente de um nível de assistência de menor densidade tecnológica para outro nível mais denso (hospital terciário, por exemplo) onde há possibilidade de atendimento para o doente de acordo com o quadro clínico apresentado. Há necessidade de sensibilizar os profissionais acerca da ampliação do poder do usuário no cotidiano dos serviços de saúde e habilitá-los para potencializar suas capacidades no sentido de promover uma participação ativa no cuidado para o sucesso do projeto terapêutico, desenvolvendo assim, uma atenção pautada na defesa da vida e respeito do ser humano.

No entanto, existe uma preocupação dos profissionais em garantir as ações e serviços de saúde necessários para resolver o problema ou necessidade apresentado pelo doente, verificado pelo indicador *ajuda para marcar consulta em outro nível de serviço e recebimento de comprovante da consulta marcada*. Embora o profissional providencie algum tipo de comprovante da consulta marcada, observa-se que há dificuldade em assegurar o registro de todas as ações realizadas pelos profissionais, verificado pelo indicador *fornecimento de informações escritas* para a unidade de saúde que acompanhará o doente, no qual o desempenho dos serviços de saúde apresentou-se pouco satisfatório (65,2%).

Ao contra-referenciar o doente, o desempenho dos serviços diminui ainda mais ao se tratar de informações por escrito. Praticamente pouco mais da metade dos entrevistados avaliam esta ação do serviço de forma não satisfatória, constituindo uma falha do sistema durante o ordenamento da atenção do doente com-

prometendo a continuidade do cuidado. Esta dificuldade de troca de informações entre os diferentes serviços e níveis de atenção de saúde tem sido mencionada como deficiente por alguns autores.^(8,10)

Os indicadores *discussão dos resultados da consulta e preocupação do profissional com a qualidade do atendimento que o doente recebeu em outro serviço* mostraram que os serviços de saúde apresentaram desempenho pouco satisfatório demonstrando que é preciso fortalecer a coordenação da atenção ao paciente desenvolvendo a responsabilização pelo conjunto de necessidades ou problemas de saúde identificados durante o processo de assistência. Um dos desafios ainda presentes durante a assistência aos doentes, de tuberculose ou não, é o atendimento de forma integral pelas equipes de saúde. Um estudo qualitativo desenvolvido sobre o envolvimento de equipes de atenção básica com ações de tuberculose em 2005 identificou que a falta de recursos humanos, a sobrecarga de função e a inadequada qualificação dos profissionais das equipes de saúde para lidar com a TB, nomeado pelos autores de debilidades *quantitativa e qualitativa* apresentaram-se inadequadas para o manejo da doença no sistema de saúde.⁽¹¹⁾ Esta realidade impõe dificuldades ao estabelecimento da coordenação da assistência e da integralidade do cuidado, deixando de assegurar ações importantes que têm impacto no processo saúde-doença em suas várias dimensões perdendo a oportunidade de fazer avançar em qualidade de saúde e eficiência dos serviços prestados aos doentes de tuberculose.

Conclusões

Os serviços de saúde que prestam ações de controle da tuberculose, analisados sob a perspectiva dos doentes, apresentam coordenação das ações realizadas entre o PCT e outros serviços, no entanto existem deficiências a serem superadas como o fluxo de informações do doente dentro do sistema de saúde e a continuidade do processo de atenção que foi identificado por meio dos indicadores “fornecimento de informações por escrito” durante o processo de referência e contra-referência além dos indicadores “discussão dos resultados da consulta” e “preocupação do profissional com a qualidade do atendimento que o paciente recebe”. Os achados deste estudo podem contribuir na identificação e melhoria destas lacunas superando o desafio do aperfeiçoamento da organização dos serviços de saúde através de ações coordenadas e contínuas no PCT, as quais poderão conduzir para o aumento da eficiência dos serviços e da qualidade da atenção proporcionada aos doentes de tuberculose.

É primordial o desenvolvimento de ações articuladas e integradas a outros serviços para a continuidade e integralidade da assistência dos doentes, estejam eles situados em programas de saúde pública ou qualquer nível do sistema de saúde.

Referências Bibliográficas

1. Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Vancelow NA. Primary Care: America's Health in a New Era. Washington: National Academy Press/ Institute of Medicine; 1996.
2. Mendes EV. Os Grandes Dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade. Tomo I e II. 2001.
3. Hofmarcher M M, Okley H, Rusticelli E. Improved Health System Performance Through Better Care Coordinators. OECD HEALTH WORKING PAPERS. DELSA-HEA-WD-HWP (2007)6.
4. Arcêncio RA, Oliveira MF, Cardozo-Gonzales RI, Ruffino-Netto A, Pinto IC, Villa TCS. City tuberculosis control coordinators perspectives of patient adherence to DOT in São Paulo State, Brasil, 2005. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008 12(5): 527-31.
5. Waisboard S. Beyond the medical-informational model: Recasting the role of communication in tuberculosis control. *Soc Science & Med* 2007 65: 2130-34.
6. Willians G, Alarcon EA, Jittimane S, Walusimbi M, Sebek M, Berga E, Villa TCS. Care during the continuation phase. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008 12 (7): 731-35.
7. Cardozo-Gonzales RI, Monroe AA, Arcêncio RA, Oliveira MF, Ruffino-Netto A, Villa TCS. Performance Indicators of DOT at home for Tuberculosis control in a large city, SP, Brazil. *Rev Lat-am Enf* 2008 16 (1): 95-100.
8. Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Cardozo-Gonzales R, Ruffino-Netto A, Villa TCS et al. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do Agente Comunitário de Saúde. *Ciência Saúde Col (Rio de Janeiro)* 2005 10(2): 315-21.
9. Mattos RA. A integralidade na prática. *Cad Saúde Pública (Rio de Janeiro)* 2004 20(5):1411-16.
10. Coleman G, Sanchez MC, Moreira ML. Auditoria, Controle e Programação de Serviços de Saúde. Vol. 5, Série Saúde & Cidadania, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 1998
11. Monroe AA, Palha PF, Ruffino-Netto A, Cardozo-Gonzales R, Villa TCS. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no controle da Tuberculose. *Rev Esc de Enf USP (São Paulo)* 2008 42 (2): 262-7.

1.5. ENFOQUE FAMILIAR: DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO À TUBERCULOSE EM RIBEIRÃO PRETO - SP NA PERSPECTIVA DO DOENTE (2007).

*Márcio Curto¹, Lúcia Marina Scatena²,
Tereza Cristina Scatena Villa¹, Rúbia Laine de Paula Andrade¹, Tânia Maria
Monteiro Ribeiro de Figueiredo³, Pedro Fredemir Palha¹, Aline Aparecida Monroe⁴.*

1 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP);
2 PRODOC – CAPES. Departamento de Enfermagem Materno – Infantil e Saúde Pública.
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo;
3 Universidade Estadual da Paraíba – Campina Grande;
4 Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro.
E.Mail: Marcio curto@eerp.usp

Objetivo

Este estudo teve como objetivo avaliar o desempenho dos serviços de saúde na atenção ao doente de tuberculose (TB) em relação à dimensão “enfoque familiar” em diferentes unidades de referência de Ribeirão Preto/SP. A análise de dados foi realizada em três etapas: análise exploratória de dados com análise de frequência, construção de indicadores e comparação entre as unidades de saúde em relação aos indicadores da dimensão “enfoque familiar”.

Para comparar as unidades com relação a cada indicador da dimensão enfoque familiar, os dados foram submetidos à análise de variância, ANOVA a um critério de classificação, com o uso do teste F.

Para os indicadores que apresentaram diferenças entre as unidades foi realizado o teste de Tukey com correção para amostras de tamanhos diferentes.

Resultados e discussão

Os resultados da análise exploratória mostraram que em relação à qualidade dos dados obtidos via questionários não foram observados dados perdidos ou inconsistentes.

Na análise de frequência, verificou-se que 53% dos entrevistados foram questionados pelos profissionais de saúde sobre as condições de vida da família; quanto ao controle de comunicantes, 72% foram questionados pelos profissionais sobre a existência de doença entre os familiares; 71% relataram que os profissionais conheciam seus familiares; 82% foram questionados sobre a presença de sintomas respiratórios entre os comunicantes; a 46% foi oferecido pote para exame de escarro aos comunicantes. Esses indicadores estão intimamente relacionados ao doente de TB inserido em seu contexto familiar desde as suas condições de vida até a presença de possíveis novos doentes entre os comunicantes.

Os resultados mostraram que os indicadores: questionamento das condições de vida da família e sobre as doenças dos familiares, conhecimento dos contatos domiciliares pelos profissionais, orientação dos contatos domiciliares quanto a TB, orientação dos contatos domiciliares quanto ao tratamento da TB e orientação dos contatos domiciliares quanto a outros problemas de saúde, não apresentaram significância estatística e, portanto, as unidades de saúde A, B, C e D foram consideradas semelhantes em relação aos referidos indicadores.

No que tange ao indicador relacionado às condições socioeconômicas, temos na literatura que a propagação da TB está intimamente ligada às condições de vida da população, visto que o bacilo prolifera-se em áreas de grande concentração humana, com precário saneamento e habitação, fome, miséria. O aumento e as dificuldades no controle global da TB são abastecidos pela pobreza, por programas

Quadro 1 - Rótulos das variáveis, valor médio dos indicadores com intervalo de confiança, valor médio total dos indicadores e valor de p para o teste F da dimensão enfoque familiar.

Rótulo das Variáveis		A n=39	B n=24	C n=22	D n=15	Média Total	p
V1	Média IC	2,97 [2,36 ; 3,59]	3,33 [2,52 ; 4,15]	3,90 [3,16 ; 4,66]	3,26 [2,17 ; 4,36]	3,31	0,3223
V2	Média IC	3,95 [3,39 ; 4,50]	4,17 [3,51 ; 4,82]	3,82 [3,07 ; 4,58]	4,33 [3,53 ; 5,15]	4,03	0,7666
V3	Média IC	4,54 [4,17 ; 4,91]	4,08 [3,38 ; 4,79]	4,23 [3,56 ; 4,90]	4,73 [4,16 ; 5,31]	4,39	0,3999
V4	Média IC	2,56 [1,94 ; 3,19]	2,42 [1,61 ; 3,22]	3,00 [2,10 ; 3,91]	4,47 [3,69 ; 5,25]	2,91	0,0058
V5	Média IC	3,41 [2,82 ; 4,00]	3,83 [3,09 ; 4,58]	4,73 [4,31 ; 5,14]	5,00 [5,00]	4,04	0,0008
V6	Média IC	3,38 [2,82 ; 3,95]	3,83 [3,05 ; 4,62]	4,00 [3,24 ; 4,76]	4,20 [3,38 ; 5,02]	3,75	0,3567
V7	Média IC	3,31 [2,71 ; 3,90]	3,83 [3,05 ; 4,62]	4,00 [3,24 ; 4,76]	4,20 [3,28 ; 5,12]	3,72	0,2929
V8	Média IC	2,41 [1,83 ; 2,99]	3,58 [2,78 ; 4,39]	3,45 [2,64 ; 4,27]	3,27 [2,17 ; 4,36]	3,05	0,0556

IC – Intervalo com 95% de confiança. V1 - O profissional da unidade pede informações sobre as condições de vida da família (emprego, moradia, disponibilidade de água potável, saneamento básico...)?; V2 - O profissional da unidade pede informações sobre doenças da sua família?; V3 - O profissional da unidade pergunta se as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) têm tosse, febre...?; V4 - Quando ficou doente de TB, o profissional da unidade entregou pote para exame de escarro a todas as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?; V5 - Os profissionais da unidade conhecem as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?; V6 - Os profissionais da unidade conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre a sua doença?; V7 - Os profissionais da unidade conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre seu tratamento? e V8 – Os profissionais da unidade conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre outros problemas de sua saúde?

sub-financiados da Saúde Pública, pela AIDS, multirresistência às drogas, além do envelhecimento da população e os grandes movimentos migratórios.⁽¹⁻³⁾

Pela análise dos indicadores relacionados ao controle de comunicantes, ficou evidente que os doentes são questionados, na maioria das vezes pelos profissionais, quanto à existência de sintomáticos respiratórios entre os contactantes, porém nem sempre é oferecido pote para exame de escarro aos mesmos. A maior fonte de infecção são os indivíduos bacilíferos não tratados e que após o início do tratamento efetivo, o risco de transmissão diminui rapidamente considerando o

caso não contagiante. No serviço de saúde é importante o diagnóstico precoce e tratamento efetivo dos casos contagiantes, e isso deve ocorrer por meio da busca ativa entre os comunicantes.⁽⁴⁾ Porém, a busca entre os comunicantes é a única atividade de controle realizada de maneira sistemática pelos serviços, enquanto que a busca na comunidade e a busca na demanda nos serviços de saúde são realizadas de maneira pontual ou eventual como afirma Muniz.⁽⁵⁾

Quanto aos indicadores que se referem à educação em saúde, englobando desde o oferecimento de informações sobre a TB e seu tratamento até o diálogo sobre outras doenças, tivemos que 62% responderam que seus familiares receberam informações sobre a TB; 64% afirmaram que seus familiares foram orientados quanto ao tratamento da TB; 46% disseram que seus familiares foram orientados quanto a outros problemas de saúde.

A vida familiar constitui um espaço importante para a elaboração de um destino comum, para a transmissão de conhecimentos e informações e para a compensação da pouca escolarização com outros aprendizados transmitidos oralmente e por contato direto.⁽⁶⁾

As experiências têm demonstrado que os esquemas terapêuticos disponíveis são efetivos em relação ao processo de cura, porém, na prática, os rendimentos insatisfatórios se devem a problemas políticos, administrativos, sociais e assistenciais. Esta percepção da pessoa com TB e o envolvimento do contexto social no seu comportamento amplia a discussão para além dos aspectos clínicos.⁽⁷⁾

Os resultados do valor médio dos indicadores e o valor de p para o teste F da análise de variância da dimensão “enfoque familiar” para cada unidade de saúde, A, B, C e D, estão expostos no quadro 1.

Em relação aos indicadores: “oferecimento de pote para exame de escarro para diagnóstico dos comunicantes pelos profissionais da unidade” e “os profissionais da unidade conhecem as pessoas que moram com o doente”, apresentaram diferença estatística significativa no padrão de respostas dos usuários entre as quatro unidades estudadas, figuras 1 e 2. Aplicou-se o teste Tukey e observou-se que para o indicador: “oferecimento de pote para exame de escarro para diagnóstico dos comunicantes pelos profissionais da unidade”, as unidades A e B possuem médias entre os escores 2,56 e 2,42 respectivamente e foram consideradas diferentes em relação à unidade D com média 4,47 para o mesmo indicador. A menor média apresentada pelos escores das unidades A e B mostram que existe menor frequência de prestação desse serviço quando comparadas à unidade D.

Pelo teste de Tukey, a unidade C pode ser comparada tanto com a unidade D quanto com as unidades A e B, porém a média apresentada pela unidade C (3,00) está distante da média apresentada pela unidade D. O fato das unidades A, B e C terem apresentado médias significativamente inferiores a da unidade D pode estar relacionado ao fato de que a unidade D atendia no período um número de

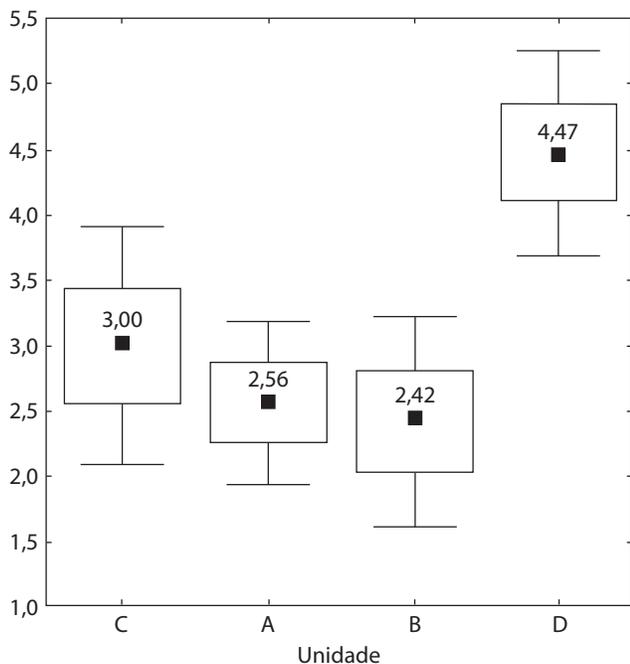


Figura 1 - Média, IC e teste de Tukey do indicador: oferecimento de pote para exame de escarro para diagnóstico dos comunicantes por unidade de saúde, Ribeirão Preto, 2007.

Unidade	Média	Teste de Tukey
D	4,47	D=C
C	3,00	C=ABD
A	2,56	A=BC
B	2,42	B=AC

■ Média
| Intervalo de confiança

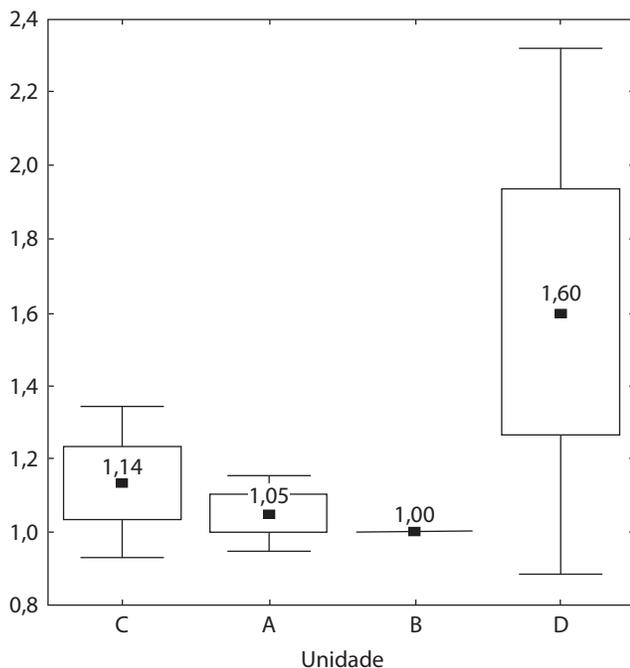


Figura 2 - Média, IC e teste de Tukey do indicador: conhecimento dos contatos domiciliares pelos profissionais por unidade de saúde, Ribeirão Preto, 2007.

Unidade	Média	Teste de Tukey
D	1,60	D=CA
C	1,14	C=ABD
A	1,05	C=BCD
B	1,00	B=AC

■ Média
| Intervalo de confiança

doentes bem menor que as demais unidades (15%) contra 39% da unidade A, 24% da unidade B e 22% da unidade C. O número reduzido de doentes atendidos pela unidade D pode ter proporcionado a possibilidade de maior atenção por parte dos profissionais que atendem os doentes de TB nessa unidade, aumentando assim, a possibilidade de oferecimento de potes para exame de escarro para diagnósticos dos comunicantes.

Para o indicador: “os profissionais da unidade conhecem as pessoas que moram com o doente”, as unidades C e D possuem médias entre os escores 4,73 e 5,00, respectivamente, e foram consideradas diferentes em relação à unidade A com média 3,41. A menor média apresentada pelo escore da unidade A evidencia que existe maior deficiência nessa unidade em relação ao conhecimento dos familiares dos doentes pelos profissionais da unidade em relação às unidades C e D. Essa ocorrência pode estar relacionada ao fato de que a unidade A atende proporcionalmente um número muito maior de doentes (39%) contra 15% dos casos atendidos pela unidade D que apresentou a melhor média, e pode-se associar ainda ao fato de que a unidade A possui em sua área de abrangência 136.906 habitantes e a unidade D, 96.761 habitantes, o que poderia dificultar que as equipes de profissionais da unidade A conheçam todos os comunicantes dos doentes atendidos, uma vez que o trabalho é feito por apenas uma equipe com apenas um médico a mais do que as demais unidades. Reforçamos ainda outro fator que pode ter gerado a discrepância desse indicador: é que a unidade A não realizava tratamento supervisionado (TS) em 28,21% de seus doentes entrevistados, enquanto que a unidade D deixou de realizar o tratamento supervisionado em 13,33% dos doentes entrevistados dessa unidade. No que diz respeito às unidades B e C, embora proporcionalmente atendam, respectivamente, 24% e 22% dos doentes entrevistados e ambas as unidades realizem o acompanhamento através de visitas ao doente para o TS de segunda a sexta-feira, a unidade B o faz das 7h30min às 9h, enquanto que a unidade C realiza suas VD das 7h às 11h, portanto, 37,5% a mais de tempo disponível para VD's do que a unidade B, o que pode justificar um melhor desempenho em termos de disponibilidade de tempo da unidade C em relação à unidade B para esse indicador. Associamos ainda os bons resultados da unidade C ao fato dessa unidade ter realizado 100% de TS em seus doentes enquanto a unidade B deixou de realizar o TS em 25% de seus doentes entrevistados. Dessa forma pode-se associar que o fato da realização de visitas domiciliares para o TS pode ser relevante para a aproximação dos profissionais de saúde com a família do doente de TB.

O atendimento no domicílio também deve ser realizado com o objetivo de trabalhar a proteção da saúde através de uma abordagem interrelacional e educativa em prol do desenvolvimento de potencialidades individuais e coletivas no enfrentamento de condições adversas.⁽⁸⁾

Embora ainda seja controversa a utilização de membros da família para a realização do TS, estudos realizados no Nepal e em Vitória, demonstram que essa estratégia pode ser muito eficiente e de baixo custo em locais onde a supervisão pelos agentes de saúde seja inviável ou o acesso dos doentes ao serviço de saúde seja difícil.⁽⁹⁻¹⁰⁾

A realização do tratamento supervisionado no domicílio exige a reorganização das atividades internas do serviço, como a garantia da continuidade das atividades executadas no âmbito do serviço de saúde.⁽¹¹⁾

Conclusões

Conclui-se que as ações de vigilância dos comunicantes nem sempre fazem parte de forma sistemática da rotina dos serviços de saúde, considerando que a disponibilização do pote de escarro para exame nem sempre foi oferecido aos contactantes, assim como nem todos os doentes foram questionados sobre a presença de sintomáticos respiratórios entre os comunicantes, o que dificulta o diagnóstico precoce e a interrupção da cadeia de disseminação da doença. Nota-se ainda a existência de evidências favoráveis em relação a preocupação dos profissionais em se aproximar ou conhecer o contexto familiar em que se insere o doente de TB. É preciso que os profissionais assumam uma nova concepção de cuidado que vá além da esfera biotecnista e individualizada norteadas pelo modelo flexneriano de atenção e que extrapole os limites físicos das unidades de saúde, de forma a compreender o contexto familiar e social em que se inserem os doentes, encorajando-os a participar ativamente de seu processo de tratamento e da formulação de estratégias de controle da doença que se adaptem à realidade biopsicossocial do doente.

Referências bibliográficas

1. Ruffino-Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. Rev Soc Bras Med Trop 2002; 35 (1): 51-8.
2. Brasil MS. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.
3. Santos MLSG, Vendramini SHF, Gazetta CE, Oliveira SAC, Villa TCS. Poverty: socioeconomic characterization at tuberculosis. Rev Latino-Am Enfermagem 2007; 15(esp): 762-7.
4. Gazetta CE, Vendramini SHF, Ruffino Netto A, Cury MRCO, Villa TCS. Estudo descritivo sobre a implantação da estratégia de tratamento de curta duração diretamente observado no controle da tuberculose em São José do Rio Preto e seus impactos (1998-2003). J Bras Pneumol 2007; 33(2): 192-8.

5. Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Cardozo-Gonzales RI, Ruffino-Netto A, Villa TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2005; 10 (2): 315-21.
6. Durham E. A família operária: consciência e ideologia. *Rev bras. cienc. Soc.* 1980; 23 (2).
7. Souza SS, Silva DMGV. Grupos de Convivência: contribuições para uma proposta educativa em Tuberculose. *Rev Bras Enfermagem* 2007;60 (5): 590-5.
8. Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva MA, Silva AMN. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. *Texto Contexto* 2008; 17 (1):131-40.
9. Newell JN, Baral SC, Pande SB, Bam DS, Malla P. Family-member DOTS and community DOTS for tuberculosis control in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2006; 367903-09.
10. Maciel ELN, Silva AP, Meireles W, Fiorotti K, Hadad DJ, Dietze R. Tratamento supervisionado em pacientes portadores de tuberculose utilizando supervisores domiciliares em Vitória, Brasil. *J Bras Pneumol*. 2008; 34(7): 506-13.
11. Cardozo-Gonzales RI, Monroe AA, Arcêncio RA, Oliveira MF, Ruffino-Netto A, Villa TCS. Performance indicators of DOT at home for tuberculosis control in a large city, SP, Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2008; 16(1):95 - 100.

1.6. O DESEMPENHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA O ESTABELECIMENTO DO VÍNCULO NA ATENÇÃO AO DOENTE DE TUBERCULOSE, RIBEIRÃO PRETO, 2007.

*Maria Eugênia Firmino Brunello¹, Tereza Cistina Scatena Villa¹,
Ricardo Alexandre Arcêncio², Lúcia Marina Scatena³, Aline Aparecida Monroe⁴.*

Introdução

A tuberculose (TB) permanece como um dos maiores desafios às políticas de saúde pública, visto que as drogas, de forma geral, são efetivas contra o bacilo, no entanto, o desafio que se faz constante volta-se aos constituintes organizacionais dos serviços de saúde e o próprio comportamento humano.⁽¹⁾

Nos municípios prioritários do Estado de São Paulo, um estudo mostrou que além da supervisão da medicação, deve-se atribuir como prioridade no processo assistencial, a melhoria da relação entre o usuário e o trabalhador da saúde. O autor ainda considera que somente haverá sucesso no tratamento se estabelecido o vínculo.⁽²⁾ Pesquisas têm demonstrado aspectos cruciais no estabelecimento do

1 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP);

2 Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT) – Barra do Garças;

3 PRODOC – CAPES do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Saúde Pública – EERP-USP.

4 Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro.

e-mail: brunello@eerp.usp.br

vínculo, como: valorização da queixa, subjetividade, comunicação social, relação de escuta e de empatia com o usuário.⁽³⁻⁴⁾

O município em estudo, no ano de 2006, apresentou um coeficiente de incidência por TB pulmonar de 37,82 por 100 mil habitantes, taxa de detecção de casos de 40% e um percentual de cura de 68,5%⁽⁵⁾, sendo de fundamental importância a investigação da interação entre profissionais de saúde e doentes, mediados pelo vínculo, a fim de oferecer subsídios às políticas públicas e trabalhadores de saúde na superação decisiva de um modelo biomédico, que embora tenha sua relevância reconhecida em décadas atrás, não é suficiente para controlar uma enfermidade social que há tempos debilita e leva à morte um expressivo contingente da população brasileira.

Metódos

Trata-se de um estudo epidemiológico, inquérito prospectivo, recorte quantitativo, com enfoque na dimensão vínculo entre profissional e doente de TB como um dos componentes estruturantes da Atenção Primária a Saúde.⁽⁶⁾

A população do estudo constituiu-se de 133 pacientes que se encontravam em tratamento no período da coleta de dados (junho e julho de 2007). Os sujeitos da investigação foram 100 doentes de TB que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: ser maior de dezoito anos, ser residente em Ribeirão Preto, estar fora do sistema prisional, estar em tratamento há pelo menos um mês e concordarem com o termo de consentimento livre e esclarecido. Os 100 doentes distribuíram-se da seguinte forma nos Programas de Controle da TB (PCT) dos Ambulatórios de Referência A, B, C e D, respectivamente: 39, 24, 22 e 15.

Deve-se destacar que os ambulatórios onde funcionam os PCTs serão representados por letras, de forma a preservar a identidade dos serviços de saúde.

Foi aplicado um questionário para o doente de TB, contendo questões com escores de zero a cinco sobre a dimensão vínculo na Atenção Primária a Saúde. Cada pergunta permitia ao sujeito assinalar a frequência que cada situação específica ocorria (se aplicado ou não à sua situação individual) sendo apresentada numa escala de tipo Likert com seis posições de respostas: “ignorado”, “nunca”, “quase nunca”, “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”. Os dados sócio-demográficos também foram considerados para a caracterização dos doentes de TB em tratamento.

A atenção à TB no município de Ribeirão Preto se organiza em cinco Distritos de Saúde com equipes especializadas para o PCT, constituídas por um médico, uma enfermeira e dois auxiliares de enfermagem, que também desenvolvem ações em outros programas na Unidade de Saúde. O tratamento supervisionado é oferecido nos cinco ambulatórios para todos os doentes de TB, com opção de oferecimento desta modalidade de tratamento na Unidade de Saúde ou no domicílio do doente.

Ressalta-se que o ambulatório E não foi contemplado com a pesquisa em virtude de a equipe local estar sendo reformulada e os pacientes da área estavam sendo atendidos por outros ambulatórios.

Indicadores construídos para o estudo da relação vínculo entre equipe e doente

- A. Disponibilidade de escuta do doente por parte dos profissionais de saúde;
- B. Profissional como referência para o doente no caso de alguma necessidade;
- C. Opinião do doente sobre a equipe que o atende.

Procedimento metodológico

O levantamento destes pacientes foi realizado tendo como fontes: ficha de notificação compulsória, livro preto (livro em que se registram os casos em cada ambulatório) e informação do profissional de saúde que realiza o tratamento supervisionado. O agendamento da entrevista deu-se por telefone ou por meio dos próprios profissionais do serviço de saúde. O local e o horário da aplicação do questionário foram escolhidos pelo doente, incluindo finais de semana e período noturno. A contribuição da equipe do serviço de saúde foi primordial para a localização e contato com o paciente. Algumas entrevistas foram em regiões de difícil acesso geográfico e social.

Análise dos dados

Para análise dos dados foram construídas tabelas de freqüências e gráficos para cada indicador, para expressar as freqüências relativas de cada resposta fornecida pelos doentes (nunca/quase nunca, às vezes e sempre/quase sempre).

Resultados

A maioria dos entrevistados foi do sexo masculino (69%), com ensino fundamental incompleto (61%), com moradia própria (62%) e de alvenaria (96%). Dos doentes entrevistados, (91%) estavam sob o tratamento supervisionado (TS) e (19%) em tratamento auto-administrado (TAA).

A tabela 1 mostra a distribuição dos doentes de TB de acordo com a freqüência de conversa com os profissionais de saúde sobre outros problemas além da TB.

A tabela 2 traz a distribuição dos doentes de TB segundo a freqüência de procura por diferentes profissionais de saúde nos ambulatórios.

A tabela 3 mostra a distribuição de doentes de acordo com o conceito atribuído por eles à atenção recebida da equipe de saúde que os atendem.

Tabela 1 - Distribuição de doentes de TB segundo freqüência de conversa com o profissional de saúde sobre outros problemas (que não TB) nos diferentes ambulatórios de referência, Ribeirão Preto (2007).

Ambulatórios de Referência/Programa de Controle da TB				
Freqüência	C (n=22) %	A (n=39) %	B (n=24) %	D (n=15) %
Sempre/ Quase sempre	68,2	64,1	83,3	60
Às vezes	18,2	7,7	4,2	26,7
Nunca / quase nunca	13,6	28,2	12,5	13,3
TOTAL	100	100	100	100

Tabela 2 - Distribuição dos doentes de TB segundo freqüência de procura por profissionais devido a diferentes problemas nos ambulatórios de referência, Ribeirão Preto

Ambulatórios de Referência/Programa de Controle da TB												
Freqüência	C (n=22) %			A (n=39) %			B (n=24) %			D (n=15) %		
	M	E	AE									
Sempre/ quase sempre	54,5	22,7	40,9	89,7	0	20,5	95,8	8,3	16,7	53,3	33,3	73,3
Às vezes	9,1	13,6	9,1	0	2,6	2,6	4,2	0	0	20	20	6,7
Nunca/ quase nunca	36,4	63,7	50	10,3	97,4	76,9	0	91,7	83,3	26,7	46,7	20
TOTAL	100	100	100									

M=médico; AE= auxiliar de enfermagem; E= enfermeiro

Tabela 3 - Percepção do doente sobre a atenção recebida da equipe do Programa de Controle da TB em diferentes ambulatórios de referência, Ribeirão Preto (2007).

Ambulatórios de Referência/Programa de Controle da TB				
Conceito	C (n=22) %	A (n=39) %	B (n=24) %	D (n=15) %
Muito Bom	81,8	69,2	66,6	80
Bom	18,2	28,2	29,2	13,3
Regular	0	2,6	4,2	6,7
TOTAL	100	100	100	100

Discussão

Os dados obtidos com relação às características dos doentes entrevistados, estão de acordo com o perfil da população acometida pela TB no Brasil, que é em grande parte do sexo masculino (93%), com ensino fundamental incompleto, em (74%) dos casos.⁽⁷⁾ Os portadores deste perfil são os indivíduos que mais facilmente abandonam o tratamento, predispondo à sociedade à ocorrência do aparecimento da TB multidrogarresistente (TB-MDR).⁽⁸⁾ No que se refere à condição de moradia, (62%) dos sujeitos revelaram domicílio próprio, o que contrasta com a literatura, uma vez que os doentes, devido à baixa renda e pobreza extrema, tendem a concentrar-se em sua maioria em favelas, cortiços e habitações irregulares.⁽⁹⁻¹⁰⁾ Com relação à cobertura do Tratamento Supervisionado para este estudo, verificaram-se níveis elevados em consonância às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), de próximo a 100%.⁽¹¹⁾

Assim, reconhece-se que o controle da TB está aquém da supervisão da ingestão medicamentosa ou do Tratamento Supervisionado (TS), mas sim, no processo de vínculo que se estabelece entre o doente e a equipe de saúde. Essa relação é de crucial importância para adesão ao tratamento, visto que, o sujeito é colocado como protagonista no processo assistencial, com considerável capacidade decisória no processo.⁽²⁾

Um dos aspectos imprescindíveis ao vínculo refere-se à figura de um profissional da saúde, um indivíduo a quem o doente sempre recorre quando apresenta um problema, seja esse último de origem biológica ou não. De acordo com os resultados, 95,8% dos entrevistados no ambulatório B e 89,7% no ambulatório A apontaram que reportam-se ao médico, em contraposição 8,3% referiram procurar pelo enfermeiro no ambulatório B e não houve relato de demanda por enfermeiro no A.

Com relação a figura do médico, alguns estudos confirmam a “preferência” dos pacientes em procurar este profissional em detrimento de outros, como o enfermeiro/a ou auxiliar de enfermagem, pois isso está muito ligado à questão da hegemonia do saber e que em inúmeras ocasiões, o médico é o profissional mais requisitado.⁽¹²⁻¹³⁾

A centralidade da assistência no saber médico ainda é uma constante realidade dos serviços, o que corrobora por filas homéricas em muitas localidades, que tem gerado problemas de inúmeras ordens, como a insatisfação do usuário e descrédito dos serviços públicos de saúde.⁽¹²⁾ Assim, a atenção a TB que está imbricada aos aspectos sócio-organizacionais do sistema de saúde acompanha essa lógica, refletindo nas respostas dos sujeitos entrevistados.

As possíveis explicações para os doentes referirem não procurar o profissional enfermeiro, pode ser o maior envolvimento deste com atividades administrativas

do que na própria assistência de enfermagem, deixando muitas vezes, suas competências de assistência direta aos encargos do auxiliar de enfermagem ou médico.⁽¹⁴⁾ Essa atitude resulta no afastamento e na dificuldade na criação e estabelecimento do vínculo entre o paciente e este profissional.⁽¹⁵⁾

Apesar de serem apontados elementos que interferem subsancialmente na relação de vínculo, como restrição da comunicação aos aspectos biomédicos, como observado no ambulatório A, verificou-se que a maior parte dos doentes em todos os PCT, avaliam como muito bom e bom o serviço prestado. Deve-se assim supor que quando o sujeito toma como referência outros cenários, de longas filas, de violência e de descaso por parte das equipes, considera-se que os ambulatórios ocupam níveis satisfatórios de desempenho organizacionais, com acesso ao tratamento garantido aos que demandam o serviço de saúde.

A relação de vínculo está pautada em uma relação de compreensão, consiste em dar apoio e oferecer escuta, narrar fatos e provocar a narração por parte do outro.⁽¹⁶⁾ Esses aspectos, contribuem fortemente para a continuidade da atenção à TB, visto que, todos os fatores que obstaculizam a continuidade terapêutica, de ordem biológica, psicológica ou social que por ventura se apresentam no longo trajeto do tratamento, serão mais facilmente expostos pelo doente e socialmente aceitas pela equipe.

Considerações Finais

A organização da atenção à TB, constituída por equipes especializadas (PCT) distribuídas em Distritais de Saúde, no município de Ribeirão Preto apresentou desempenho favorável para o desenvolvimento do vínculo entre doente e profissional de saúde favorecendo a adesão do primeiro ao tratamento da doença. Entretanto, o vínculo apresentou resultados mais favoráveis nos programas que atendem o menor número de doentes, o que mostra que este aspecto facilita a comunicação e a relação entre doente-profissional de saúde, precisando, este último de disponibilidade de tempo para escutar o outro, a fim de identificar necessidades e buscar soluções.

Referências Bibliográficas

1. Davies PD. The role of DOTS in tuberculosis treatment. *Am. J. Respir. Medicine* 2003; 2(3):203-209.
2. Arcêncio RA, Oliveira MF, Cardozo-Gonzales RI, Ruffino-Netto A, Pinto IC, Villa TCS. City tuberculosis control coordinators' perspectives of patient adherence to DOT in São Paulo State, Brazil, 2005. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008; 12(5): 527-31.
3. Volmink J, Matchaba P, Garner P. Directly Observed Therapy and treatment adherence. *The Lancet* 2000; 355:1345-50.

4. Santha T, Garg R, Frieden TR, Chandrasekaran V. Risk factors associated with default, failure and death among tuberculosis patients treated in a DOTS programme in Tiruvallur district, south India, 2000. *Int J Tuberc Lung Dis* 2002; 6(9): 780-88.
5. Lucca MES. Análise epidemiológica da tuberculose e co-infecção TB/HIV em Ribeirão Preto-SP, 1998-2006. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2008.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p.
7. Severo NPF; Leite CQF, Capela MV, Simões, MJS. Características clínico-demográficas dos pacientes hospitalizados com tuberculose no Brasil, período 1994 a 2004. *J Bras Pneumol* 2007; 33(5):565-71.
8. Albuquerque MFM, Leitão CCS, Campelo ARL, Souza WV, Salustiano A. Fatores prognósticos para o desfecho do tratamento da tuberculose pulmonar em Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2001; 9(6):368-74.
9. Bertolozzi MR. A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da estratégia do tratamento diretamente observado (DOTS) no município de São Paulo-SP [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem da USP; 2005.
10. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO Report 2005. Geneva: WHO; 2005.
11. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO Report 2008. Geneva: WHO; 2008.
12. Schmith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(6):1487-94.
13. Teixeira RA, Mishima SM. Perfil dos trabalhadores no Programa Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2000; 53(3):386-400.
14. Monroe AA, Cardozo-Gonzales RI, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino-Netto A, Vendramini SHF, Villa TCS. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(2):262-7.
15. Gonçalves H, Costa JSD, Menezes AMB, Knauth D, Leal OF. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul, na perspectiva do doente. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(4):777-87.
16. Carvalho AMA, Bastos ACSB, Rabinovich EP, Sampaio SMR. Vínculos e redes sociais em contextos familiares institucionais: uma reflexão conceitual. *Psicol. Estud* 2006; 11(3):589-98.

1.7. DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO À TUBERCULOSE EM RIBEIRÃO PRETO, ESTADO SÃO PAULO – BRASIL (2007)

Tereza Cristina Scatena Villa¹, Antônio Ruffino Netto², Lucia Marina Scatena³, Pedro Fredemir Palha¹, Rubia Laine de Paula Andrade¹, Maria Eugênia Firmino Brunello¹, Roxana Isabel Cardoso Gonzáles⁴, Ricardo Alexandre Arcêncio⁴, Aline Aparecida Monroe

Introdução

O processo de descentralização do setor saúde no Brasil fomentou grandes mudanças na organização, financiamento e oferta de serviços de saúde (SS), com a introdução de programas inovadores e estratégicos, centrados na Atenção Primária à Saúde (APS), família e comunidade, articulando-os aos outros níveis de atenção.⁽¹⁾

Somente 9% das pesquisas realizadas sobre APS no Brasil (1950-2001) discute a APS na perspectiva do sistema de saúde. Nesse sentido, há necessidade de implementar instrumentos ágeis e efetivos para uma avaliação organizacional e de desempenho da APS em nível local⁽²⁾ e de investir no desenvolvimento dos aspectos da organização do sistema de saúde em um contexto no qual a força de trabalho não está preparada para enfrentá-las.⁽³⁾

Para analisar as estratégias de controle da TB dos diferentes municípios brasileiros no processo de descentralização é necessário articulá-las à organização da rede de saúde de cada município. Essa pesquisa discute a atenção à TB na perspectiva do sistema de saúde, contemplando aspectos organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde.

Objetivo

Avaliar o desempenho dos serviços de saúde na atenção à tuberculose em Ribeirão Preto em 2007 na percepção do doente.

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico, inquérito prospectivo, realizado em Ribeirão Preto, município de grande porte do estado de São Paulo, com população estimada em 547.417 habitantes em 2007 segundo o IBGE. A atenção à TB é cen-

1 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

2 Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

3 PRODOC – CAPES do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Saúde Pública – EERP-USP.

4 Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) - Barra do Garças

5 Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro.

e-mail: tite@eerp.usp.br

tralizada em 5 Distritos de Saúde. Em 2007, o município registrou 188 casos novos de TB, coeficiente de incidência de 33,1 casos por 100.000 habitantes e 78,7% de cura, sendo que a cobertura do tratamento supervisionado (TS) foi de 77,7%.⁽⁴⁾ Os 100 doentes entrevistados distribuíram-se da seguinte forma nos Programas de Controle da Tuberculose (PCT) das Unidades de Referência do Distrito Oeste (39), Central (24), Sul (22) e Norte (15).

A avaliação do desempenho da atenção primária à saúde em TB está representada por 8 indicadores de *acesso ao tratamento*, tabela 1, 13 indicadores de *vínculo entre doente e profissional de saúde*, tabela 2 e 13 indicadores de *elenco de serviços*, tabela 3. Os PCTs situados nos ambulatórios de referência estão representados pela variável “nome do ambulatório” com as categorias Oeste, Central, Sul e Norte e a variável “tipo de tratamento” representa os Tratamento Supervisionado (TS) e tratamento auto-administrado (TAA).

Um indicador corresponde ao valor médio obtido pela somatória de todas as respostas de todos os doentes entrevistados para cada pergunta e dividido pelo total de respondentes. Os indicadores foram analisados individualmente e também por unidade de saúde.

Um índice composto foi determinado para cada grupo de indicadores (*acesso ao tratamento*, *vínculo* e *elenco de serviços*) através da somatória de todas as respostas de todos os doentes entrevistados de cada grupo de indicadores e dividido pelo total de respondentes. Este índice representará o desempenho de cada grupo de indicadores.

O desempenho dos serviços na atenção à TB foi classificado segundo os valores obtidos dos indicadores. Atribuiu-se aos valores próximos de 1 e 2 a classificação de desempenho não-satisfatório, próximo de 3, regular e próximo de 4 e 5, satisfatório.

As associações entre indicadores não semelhantes e ambulatórios foram analisadas através da técnica estatística de análise fatorial de correspondência múltipla (AFCM).

Resultados

Os índices compostos para cada grupo de indicadores foram: 3,62 com desvio-padrão ($dp = 1,79$) para *acesso ao tratamento*; 4,26 ($dp = 1,49$) para *vínculo* e 3,36 ($dp = 1,85$) para *elenco de serviços*.

Os resultados mostram que os indicadores de: *acesso ao tratamento* (tabela 1), “perder o dia de trabalho para consultar”, “utilizar transporte motorizado para consultar”, “faltar medicamentos para TB”, “demorar mais de 60 minutos para ser atendido”; *vínculo* (tabela 2), “ser atendido pelo mesmo profissional”, “o profissional entende suas perguntas”, “o profissional conversa sobre outros problemas”, “o

profissional dá tempo suficiente para que você fale suas dúvidas”, “o profissional responde suas perguntas de maneira clara”, “o profissional anota suas queixas no prontuário”, “o profissional explica sobre os medicamentos utilizados”, “o profissional pergunta sobre todos os medicamentos que está tomando”, “opinião sobre a equipe de saúde” e; *elenco de serviços* (tabela 3), “exame HIV”, “pote de escarro mensal”, “consulta mensal de controle”, “oferecimento de cestas básicas ou vale alimentação”, “informações sobre a TB e seu tratamento”, “educação em

Tabela 1 - Indicadores de acesso ao tratamento para os ambulatórios Oeste, Central, Sul e Norte

Indicador	Oeste (n=39)		Central (n=24)		Sul (n=22)		Norte (n=15)		TesteH
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Consegue uma consulta em 24 horas ^a	4,87	0,57	4,71	1,08	4,82	0,66	3,33	2,44	0,0148*
Perde o dia de trabalho para consultar ^b	3,26	1,90	4,25	1,54	3,41	1,87	3,13	1,77	0,1180
Utilizar transporte motorizado para consultar ^b	1,56	1,37	2,00	1,77	2,55	1,95	1,87	1,55	0,1723
Pagar pelo transporte ^b	2,62	1,94	3,50	1,98	4,36	1,43	3,40	1,76	0,0081*
Faltar medicamentos para TB ^b	4,62	0,91	4,87	0,45	5,00	0,00	5,00	0,00	0,0566
Demorar mais de 60 minutos para ser atendido ^b	3,90	1,54	4,04	1,20	4,36	1,18	4,60	0,83	0,2791
Profissional de saúde costuma visitá-lo em sua moradia ^a	3,28	1,41	3,37	1,66	4,68	0,72	4,87	0,52	0,0001*
Faz tratamento na unidade mais perto de sua moradia ^a	2,67	1,98	3,67	1,93	2,64	2,01	1,80	1,66	0,0351*

* $p < 0,05$; DP = desvio-padrão.

^a: padrão de respostas (1 = nunca, 2 = quase nunca, 3 = às vezes, 4 = quase sempre, 5 = sempre)

^b: padrão de respostas (1 = sempre, 2 = quase sempre, 3 = às vezes, 4 = quase nunca, 5 = nunca)

Tabela 2 - Indicadores de vínculo para os ambulatórios Oeste, Central, Sul e Norte

Indicador	Oeste (n=39)		Central (n=24)		Sul (n=22)		Norte (n=15)		TesteF ou TesteH
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
É atendido pelo mesmo profissional ^a	5,00	0,00	5,00	0,00	4,91	0,43	5,00	0,00	0,3149
Consegue falar com o mesmo profissional em caso de dúvidas ^a	5,00	0,00	5,00	0,00	5,00	0,00	4,67	0,90	0,0095*
O profissional entende suas perguntas ^a	4,95	0,32	4,75	0,85	5,00	0,00	4,93	0,26	0,4559
O profissional conversa sobre outros problemas ^a	3,85	1,66	4,42	1,38	4,23	1,41	4,00	1,36	0,4971
O profissional dá tempo suficiente para que você fale suas dúvidas ^a	4,77	0,78	4,71	1,00	5,00	0,00	4,93	0,26	0,5028
O profissional responde suas perguntas de maneira clara ^a	4,87	0,57	5,00	0,00	4,95	0,21	4,87	0,52	0,6244
O profissional anota suas queixas no prontuário ^a	5,00	0,00	5,00	0,00	5,00	0,00	5,00	0,00	-
O profissional explica sobre os medicamentos utilizados ^a	4,87	0,57	4,50	1,35	4,91	0,43	4,67	0,72	0,3045
O profissional pergunta sobre todos os medicamentos que está tomando ^a	4,31	1,51	4,33	1,40	4,45	1,30	4,73	1,03	0,7677
Procura o médico ^a	4,59	1,23	4,92	0,41	3,41	1,87	3,53	1,64	0,0001*
Procura o enfermeiro ^a	1,05	0,32	1,33	1,13	2,23	1,69	2,60	1,68	0,0000*
Procura o auxiliar de enfermagem ^a	1,87	1,64	1,67	1,52	2,86	1,83	4,00	1,65	0,0001*
Opinião sobre a equipe de saúde ^c	4,67	0,53	4,63	0,58	4,82	0,39	4,73	0,59	0,6123

Em negrito, resultado do teste F. * p < 0,05; DP = desvio-padrão.

^a: padrão de respostas (1 = nunca, 2 = quase nunca, 3 = às vezes, 4 = quase sempre, 5 = sempre)

^c: padrão de respostas (1 = muito ruim, 2 = ruim, 3 = regular, 4 = bom, 5 = muito bom)

Tabela 3 - Indicadores de elenco de serviços para as unidades A, B, C e D

Indicador	Oeste (n=39)		Central (n=24)		Sul (n=22)		Norte (n=15)		TesteF ou TesteH
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Pote para exame de escarro ^a	4,00	1,64	4,37	1,44	4,82	0,85	5,00	0,00	0,0167*
Teste de pele ^a	1,69	1,47	1,58	1,38	2,55	1,79	3,13	1,77	0,0055*
Exame HIV ^a	4,44	1,37	4,33	1,52	4,00	1,63	4,33	1,45	0,7408
Pote de escarro mensalmente ^a	3,41	1,68	4,17	1,52	4,36	1,26	4,27	1,22	0,0574
Consulta mensal controle ^a	4,95	0,32	4,87	0,61	5,00	0,00	4,87	0,52	0,6828
Cestas básicas ou vale alimentação ^a	3,97	1,77	4,33	1,52	4,05	1,62	4,47	1,41	0,7030
Vale transporte ^a	1,82	1,57	2,42	1,91	3,36	2,01	3,20	1,93	0,0105*
Informações sobre a TB e seu tratamento ^a	4,64	0,99	4,50	1,22	4,67	0,97	4,33	1,45	0,7827
Educação em saúde ^a	2,95	1,92	3,67	1,93	3,41	1,74	4,13	1,64	0,1644
Visitas domiciliares durante o tratamento de TB ^a	3,05	1,38	3,37	1,56	4,73	0,77	4,53	1,25	< 0,0001*
Visitas domiciliares por outros motivos ^a	1,03	0,16	1,25	0,90	1,09	0,43	1,47	0,99	0,1403
Participação em grupos de TB ^a	1,03	0,16	1,00	0,00	1,00	0,00	1,27	1,03	0,4430
Tratamento supervisionado ^d	2,90	1,39	3,63	1,81	4,64	1,18	3,53	0,74	< 0,0001*

Em negrito, resultado do teste F. * p < 0,05; DP = desvio-padrão.

^a: padrão de respostas (1 = nunca, 2 = quase nunca, 3 = às vezes, 4 = quase sempre, 5 = sempre)

^d: padrão de respostas (1 = nunca = auto-administrado, 2 = quase nunca = a cada 15 ou 30 dias, 3 = às vezes = 1-2 vezes/semana, 4 = quase sempre = 3-4 vezes por semana, 5 = sempre = todos os dias úteis da semana)

saúde”, “visitas domiciliares por outros motivos”, “participação em grupos de TB” não apresentaram significância estatística para os testes de hipóteses e foram considerados semelhantes ($p > 0,05$) entre os quatro ambulatórios, os demais foram considerados não semelhantes ($p < 0,05$).

Os indicadores semelhantes entre os quatro ambulatórios considerados com desempenho não-satisfatório foram “a necessidade de utilizar transporte motorizado para consultar”, “a falta de visitas domiciliares por outros motivos além da TB” e “a pouca participação em grupos de doentes de TB nas unidades de saúde”. Com desempenho de regular a satisfatório foram “perder o dia de trabalho para consultar” e “educação em saúde (informações sobre outros temas de saúde)” e o restante dos indicadores foram considerados com desempenho satisfatório.

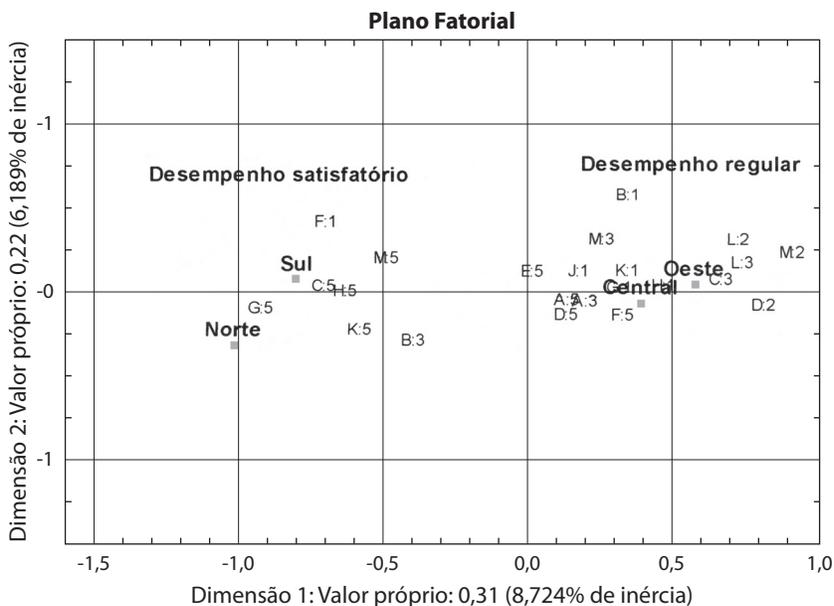
Os resultados mostraram que os indicadores não semelhantes de acesso ao tratamento, vínculo e elenco de serviços apresentaram grande variabilidade em relação a avaliação de desempenho, variando de não-satisfatório a satisfatório (tabelas 1, 2 e 3). As associações entre indicadores não semelhantes e ambulatórios foram visualizadas no plano fatorial (figura 1), privilegiando as duas primeiras dimensões, com valores próprios de 0,31 (Dimensão 1) e 0,22 (Dimensão 2).

Devido às baixas associações encontradas entre os indicadores e as dimensões 1 e 2 do plano fatorial e a dificuldade de considerar estas dimensões como eixos temáticos distintos optou-se na interpretação das categorias dos indicadores. Os indicadores foram considerados como variáveis ativas e a variável “nome do ambulatório” como passiva no plano fatorial (figura 1).

Os resultados do plano fatorial (figura 1) mostram que os ambulatórios Oeste e Central com desempenho regular estão muito próximos e estão associados com maior frequência aos indicadores: “na maioria das vezes conseguem uma consulta em 24 horas”; “sempre pagam pelo transporte”; “às vezes o profissional de saúde costuma visitá-lo em sua casa; sempre procuram o médico”; “nunca procuram o enfermeiro nem o auxiliar de enfermagem; baixo oferecimento de teste tuberculínico e de vale transporte”; “às vezes recebem visitas domiciliares durante o tratamento de TB”. Ainda, o ambulatório Oeste apresentou desempenho regular para “o tratamento mais perto de sua moradia”, “TS de 1-2 vezes por semana” e “baixo oferecimento de pote de escarro”. No ambulatório Central, a maioria dos doentes faz tratamento “mais perto de sua moradia” e “TS de 3-4 vezes por semana”.

Os ambulatórios Sul e Norte com desempenho mais satisfatório que o Oeste e Central estão também muito próximos e associados com maior frequência aos indicadores: “às vezes pagam pelo transporte”; “sempre o profissional de saúde costuma visitá-lo em sua moradia”; “procuram o médico, o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem com frequências similares” e “os profissionais oferecem com frequência o vale transporte”. No ambulatório Sul, “a maioria dos doentes faz TS todos os dias úteis da semana” e no Norte “de 3-4 vezes por semana”.

Figura 1 – Plano fatorial de desempenho dos serviços de saúde



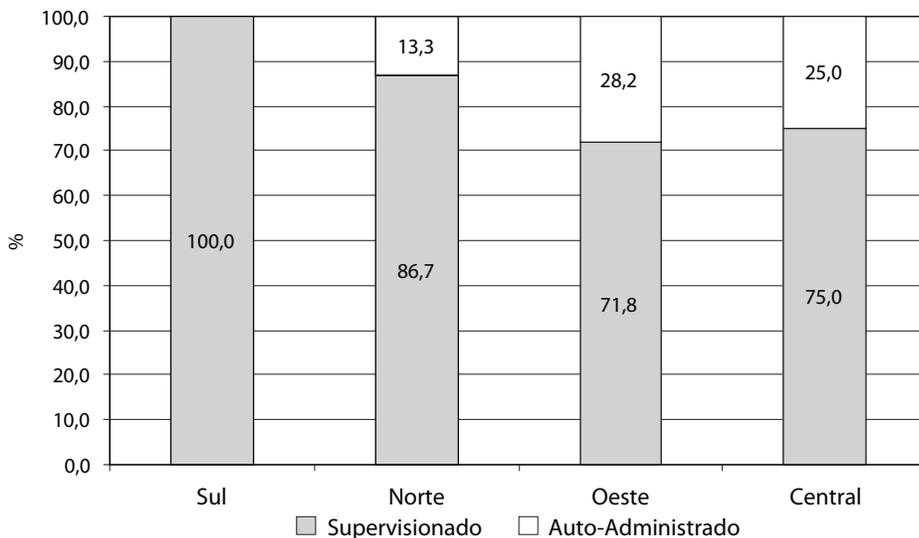
Ambulatórios de referência: Oeste, Central, Sul e Norte

Rótulos dos Indicadores: A:3 – às vezes consegue uma consulta em 24 horas; A:5 – sempre consegue uma consulta em 24 horas; B:1 – sempre paga pelo transporte; B:3 – às vezes paga pelo transporte; C:3 – às vezes o profissional de saúde costuma visitá-lo em sua moradia; C:5 – sempre o profissional de saúde costuma visitá-lo em sua moradia; D:2 – quase nunca faz tratamento na unidade mais perto de sua moradia; D:5 – sempre faz tratamento na unidade mais perto de sua moradia; E:5 – sempre consegue falar com o mesmo profissional em caso de dúvidas; F:1 – nunca procura o médico; F:5 – sempre procura o médico; G:1 – nunca procura o enfermeiro; G:5 - sempre procura o enfermeiro; H:1 – nunca procura o auxiliar de enfermagem; H:5 – sempre procura o auxiliar de enfermagem; I:1 – nunca oferece pote para exame de escarro; J:1 – nunca faz teste de pele; K:1 – nunca oferece vale transporte; K:5 – sempre oferece vale transporte; L:2 – quase nunca realiza visitas domiciliares durante o tratamento de TB; L:3 – às vezes realiza visitas domiciliares durante o tratamento de TB; M:2 – realiza tratamento supervisionado a cada 15 ou 30 dias; M:3 – realiza tratamento supervisionado 1-2 vezes por semana; M:5 - realiza tratamento supervisionado todos os dias úteis da semana.

O indicador “sempre consegue falar com o mesmo profissional em caso de dúvidas” está muito próximo da origem e desta forma, aproxima do valor médio, o que significa que não há diferenças entre os ambulatórios.

A figura 2 mostra a distribuição de frequência dos ambulatórios em relação ao tipo de tratamento realizado. De acordo com os resultados, os doentes entrevistados dos ambulatórios Sul (100,0%) e Norte (86,7%) fazem tratamento supervisionado com maior frequência que os doentes dos ambulatórios Oeste (71,8%) e Central (75,0%).

Figura 2 – Distribuição dos doentes entrevistados em relação ao tipo de tratamento



Discussão

Os resultados mostram que o desempenho do vínculo entre doente e profissional de saúde foi satisfatório enquanto que o acesso ao tratamento e o elenco de serviços apresentam desempenho regular quando comparados em relação aos índices compostos. Os ambulatórios do Distrito Oeste e Central apresentam desempenho regular quando comparados com os do Distrito Norte e Sul com desempenho satisfatório para o acesso ao tratamento de TB.

Em relação ao acesso ao tratamento, atenção especial deve ser dada a frequência regular com que os doentes perdem o dia de trabalho para consultar em todos ambulatórios e a maior necessidade de utilização e pagamento por transporte motorizado nos ambulatórios Oeste e Central que apresentam baixa frequência de oferecimento de vale transporte (elenco de serviços) em relação aos ambulatórios da região Sul e Norte.

Dos 13 indicadores de vínculo, 10 apresentam desempenho satisfatório e os 3 restantes variabilidade de desempenho e estão relacionados com os profissionais de saúde. Os ambulatórios Sul e Norte mostram menores variações entre os valores destes 3 indicadores, uma vez que identificou-se que o vínculo ocorre com todos os profissionais, devido a organização do trabalho em equipe entre os profissionais de saúde do PCT das unidades Norte e Sul, enquanto que nos ambulatório Oeste e Central, o médico foi identificado como o profissional que estabelece maior vínculo. A formação de equipes coesas melhora o desempenho dos serviços de atenção básica.⁽⁵⁾

O elenco de serviços apresentou resultados não satisfatórios em todas as unidades para os indicadores: “oferecimento de teste tuberculínico”, “visitas domiciliares” e “participação dos doentes em grupo”. Ainda, as unidades Oeste e Central apresentam resultados regulares para “visitas domiciliares”.

Resultados semelhantes foram encontrados em outros trabalhos, como baixa frequência de teste tuberculínico e de visitas de equipes de saúde em suas residências⁽⁶⁾ e baixa frequência na relação da unidade com grupos de trabalho e com a família do usuário.⁽⁵⁾

Considerações Finais

A forma de organização da atenção à TB constituída por equipes especializadas (PCT) no município de Ribeirão Preto apresentou desempenho favorável para os indicadores: vínculo entre doente e profissional de saúde. Os indicadores acesso ao tratamento e elenco de serviços apresentaram desempenho regular.

Os quatro ambulatórios de referência (PCT) apresentaram desempenho não satisfatório para a necessidade de transporte motorizado para consultar e pouca participação em grupos de doentes de TB. Identificou-se uma variabilidade em relação à forma de organização do trabalho da equipe, refletindo na frequência de oferecimento de TS aos doentes, na forma de adequação que reforçam a necessidade de pesquisas avaliativas em serviços de Atenção Básica no sentido de reorientação das práticas para a qualificação da atenção ao doente de TB em tratamento em Unidades de Saúde.

Referencias Bibliográficas

- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília; 2004.
- Ibanez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, Viana ALD. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc saúde coletiva* 2006; 11(3):683-703.
- Lee A, Kiyu A, Milman HM, Jimenez J. Improving health and building human capital through an effective primary care system. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 2007; 84(1): 175-85.
- Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Relatório de gestão: ano 2007. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde; 2007. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br>
- Melo EM, Paiva L, Álvares J, Flecha ALD. A organização da atenção básica em municípios integrantes do projeto de expansão e consolidação do saúde da família em Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(Supl 1): 529-41.
- Cavalcanti ZR, Albuquerque MFPM, Campelo ARL, Ximenes R, Montarroyos U, Verçosa MKA. Características da tuberculose em idosos no Recife (PE): contribuição para o programa de controle. *J Bras Pneumol* 2006; 32(6):535-43.

1.8. PADRÕES ESPACIAIS DA TUBERCULOSE ASSOCIADOS A UM INDICADOR ADAPTADO DE CONDIÇÃO DE VIDA NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO

*Paula Hino¹, Tarcísio Neves da Cunha², Tereza Cristina Scatena Villa³
Antônio Ruffino-Netto⁴, Cláudia Benedita dos Santos³*

Introdução

Estudos mostram que a saúde da população desfavorece os grupos socialmente menos privilegiados, sendo que a falta de equidade social no âmbito da saúde manifesta-se tanto nos diferenciais encontrados nas taxas de morbi-mortalidade como no adoecimento precoce das camadas menos favorecidas.^(1,2) Em relação à tuberculose (TB), pesquisas têm demonstrado sua relação com condições de vida, destacando o papel dos indicadores de desigualdade social com a ocorrência da doença.⁽³⁻⁵⁾ Assim, diante da situação da TB no município de Ribeirão Preto, torna-se apropriado o estudo da associação entre indicadores pertencentes à esfera social no desenvolvimento do processo da doença, o que pode subsidiar a elaboração de atividades de prevenção e controle da endemia nas áreas que necessitam de um maior monitoramento.

Os objetivos deste estudo foram descrever a relação entre o Indicador de Adaptado de Condição de Vida (IACV) e a ocorrência da TB no município de Ribeirão Preto para o ano 2000, segundo endereço de residência notificado, e obter a correlação entre os casos novos de Tb e o espaço geográfico, no período de 2000 a 2006.

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico com delineamento híbrido, ecológico e de tendência temporal. A população compreendeu os casos novos de TB inscritos no Programa de Controle da Tuberculose (PCT) de Ribeirão Preto no período de 2000 a 2006, tendo como fonte de coleta o banco de dados Epi-tb.

A seleção das variáveis que compuseram o IACV resultou da revisão da literatura, sendo consideradas aquelas que apresentam tradicionalmente relação com carência social e modo de transmissão da doença. Foi utilizada a base de dados do Censo Demográfico de 2000 para obtenção das informações socioeconômicas, demográficas e sanitárias sobre a população e domicílios, desagregados no nível

1 Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP);

2 Ministério da Saúde - Brasil;

3 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP);

4 Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP).

e-mail: paulahino@yahoo.com.br

de setor censitário de Ribeirão Preto. A escolha dos indicadores socioeconômicos baseou-se em estudo realizado no município de Recife.⁽⁶⁾

Foram excluídos três dentre aqueles do estudo escolhido como base, sendo os seguintes relacionados ao saneamento básico: proporção de domicílios com abastecimento adequado de água, domicílios com instalação sanitária adequada e domicílios com coleta direta de lixo pois o município de Ribeirão Preto apresentou cobertura de quase 100% para estas variáveis. Optou-se por utilizar as demais variáveis: proporção da população de 10-14 anos analfabeta, proporção de chefes de domicílios com 3 anos ou menos de estudo, proporção de chefes de domicílio com renda menor ou igual a 2 salários mínimos e densidade intradormitório.

As variáveis consideradas neste estudo construíram um indicador sintético da condição de vida da população, segundo Análise Fatorial. Os valores do fator extraído (escores fatoriais) foram estimados por regressão. Para a obtenção de estratos de condição de vida, o IACV foi submetido à técnica de agrupamento *hierarchical cluster analysis*, na busca de identificar três estratos distintos com similares condições de vida.

Para a geocodificação dos casos foi utilizado o software MapInfo 7.8. Após o georreferenciamento dos casos, foram obtidos padrões de densidade espaciais por meio de análise estatística espacial, segundo a técnica de alisamento Kernel.⁽⁷⁾

Especificamente para o ano 2000, devido à disponibilidade de informações sóciodemográficas do Censo Demográfico de 2000, foram aplicados o teste Qui-quadrado e Razão de Chances ($\alpha=0,05$) e na etapa de visualização, realizou-se a comparação entre o mapa contendo a densidade espacial dos casos de TB com o mapa digital de setores censitários estratificado segundo condições de vida.

Resultados

O percentual de casos geocodificados foi superior a 90%. A não geocodificação de 10% dos casos novos de TB sugere que parte destes casos pertencem a áreas carentes do município, que apresentam bolsões de pobreza, como favelas e assentamentos. Tal fato pode subestimar a realidade da distribuição da doença no município e assim, prejudicar o planejamento e monitoramento de ações específicas.

A Figura 1 apresenta o mapa da distribuição de densidade de casos novos de TB, obtidos segundo o estimador Kernel, para o período de 2000 a 2006. As áreas com taxas mais elevadas estão representadas por tons mais escuros. Verificou-se uma distribuição desigual dos casos no município de Ribeirão Preto, onde uma fração considerável concentrou-se nos bairros das regiões norte e oeste do município, enquanto o restante dos casos, encontrou-se irregularmente distribuído nos demais bairros.

Presidente Dutra, Jardim Javari, Vila Albertina, Augusta, Recreio, Abreu Sampaio, Ipiranga, Antônio Marincek, Jandaia



Vila Virgínia, Guanabara, Afonso XIII, Jardim Piratininga, Pio XII, Centenário, Maria Goreti, São Jorge

Indicador Adaptado de Condição de Vida x distribuição espacial da TB no ano 2000

Figura 1 - Mapa da distribuição da densidade de casos novos de Tuberculose, obtidos por meio do estimador Kernel. Ribeirão Preto- SP. 2000-2006

Observou-se a presença de extremos na população para os indicadores chefes de família com renda menor que dois salários mínimos, o qual variou entre 0 e 84% (média de 23%) e chefes de família com menos de três anos de estudo, o qual variou entre 0 e 73% (média de 17%). Em relação à densidade intradormitório, indicador que reflete a densidade intradoméstica, principalmente noturna, obteve-se em média 3,4 pessoas por dormitório, variando entre 2 e 5, sendo o valor mínimo 1,8 pessoas e o máximo 5,2 pessoas. Para a variável proporção da população de 10 a 14 anos, analfabeta, o coeficiente de variação foi superior a 100% (142,9%), indicando a heterogeneidade intra-urbana.

A Tabela 1 apresenta os coeficientes de correlação linear de Pearson entre as quatro variáveis utilizadas para a construção do IACV, significativos no nível 0,01. Os indicadores mostraram-se estatisticamente correlacionados, com maiores correlações observadas entre chefes de família com 3 anos ou menos de escolaridade e renda menor ou igual a 2 salários mínimos (0,84) e entre 3 anos escolaridade e densidade intradormitório (0,60). Considerou-se a existência de um único fator para a composição do IACV, que foi capaz de explicar aproximadamente 66% da variação total do conjunto analisado. Nota-se para Ribeirão Preto, um predomínio

dos setores censitários nos clusters de alta e intermediária condição de vida, enquanto, apenas 8,2% representaram o cluster de baixa condição de vida (Tabela 2). Como era esperado, os clusters de intermediária e baixa condição de vida apresentaram os maiores coeficientes de incidência (34,4 casos/100.000 habitantes e 49,9 casos/100.000 habitantes), respectivamente (Figura 2).

Tabela 1 - Matriz de correlações das variáveis utilizadas para a construção do Indicador Adaptado de Condição de Vida segundo setores censitários. Ribeirão Preto- SP. 2000

Variável	1	2	3	4
Proporção de chefes de domicílios com renda menor ou igual a 2 salários mínimos	1,00			
Proporção de chefes de domicílios com 3 anos ou menos de estudo	0,837**	1,00		
Proporção da população de 10-14 anos analfabeta	0,472**	0,387**	1,00	
Densidade intradormitório	0,523**	0,598**	0,294**	1,00

**Correlações estatisticamente significativas com nível de significância com nível de 0,01

Tabela 2 - Coeficiente de incidência de Tuberculose segundo cluster, Ribeirão Preto- SP. 2000*

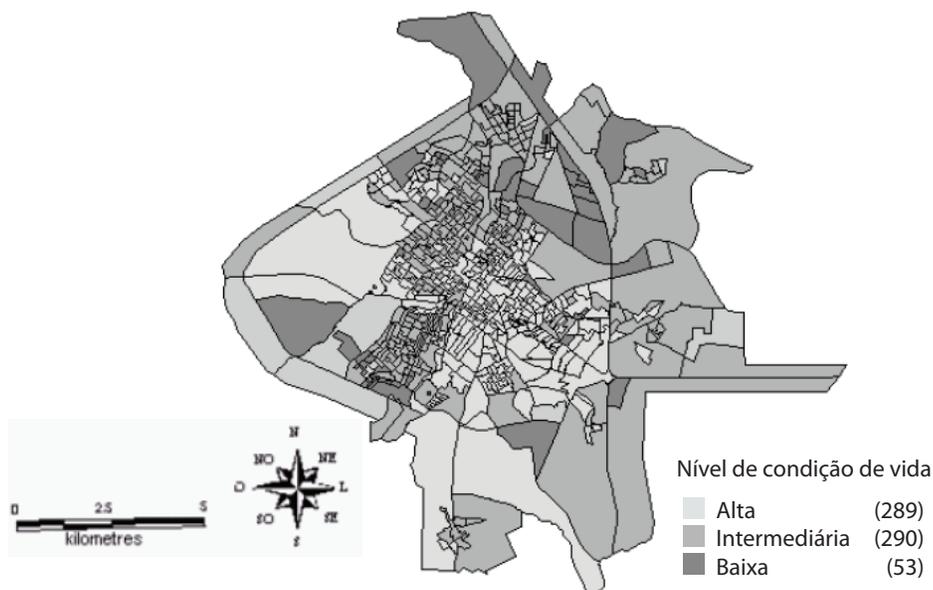
Cluster / condição de vida	Nº setores censitários	Nº casos novos	População	Coeficiente de incidência (/100.000 hab)
Alta	289	29	191.554	15,1
Intermediária	290	90	261.556	34,4
Baixa	53	23	46.093	49,9

* 41 casos cujos clusters não foram classificados

* 18 setores censitários não classificados

Os testes do Qui-quadrado e a Razão de Chances bruto foram calculados segundo nível socioeconômico. O valor encontrado para associação foi significativo, $\chi^2_{z,0,05} = 22,7$, gl= 2, com $p \rightarrow 0$, com associação estatisticamente significativa entre ocorrência da TB e baixa condição de vida. Considerando-se o cluster de alta condição de vida, comprovou-se a associação entre TB e condição de vida, sendo para o cluster de intermediária condição de vida, o valor da RC foi 2,27; IC 95%: 1,46-3,45) e para o de baixa condição de vida igual a 3,30 (RC= 3,30; IC 95%: 1,90-5,70). Seu valor não foi significativo quando comparados os clusters de condição de vida intermediária e pobreza (RC=1,45; IC 95%: 0,92-2,29).

Figura 2 - Mapa da estratificação do município de Ribeirão Preto segundo condições de vida. 2000



Discussão

O quadro registrado demonstra o paradoxo de um município que apesar de abrigar um dos maiores centros de excelência médica do país, apresenta valores elevados de incidência de TB, sendo considerado um dos municípios prioritários do estado de São Paulo para o controle da doença. A elevada associação com o HIV, em torno de 30%, agrava ainda mais a situação da doença, prejudicando o percentual de cura e elevando o percentual de abandono e mortalidade. A análise dos mapas temáticos apontou 2 áreas onde se concentraram os casos novos de TB, compostas por bairros das regiões norte e oeste do município. A ocupação irregular de áreas verdes, que deveriam ser destinadas ao lazer, forma hoje as favelas, que são consideradas como aglomerado subnormal.

Para o ano 2000, a análise espacial complementada com a obtenção do IACV identificou áreas de risco em bairros mais carentes e em alguns bairros pertencentes a estratos de condição intermediária de vida, sugerindo a existência de bolsões de pobreza distribuídos nos diversos setores censitários do município. Os setores censitários que compuseram o cluster considerado como de alta condição de vida, destacou-se pela baixa ocorrência de casos de TB, dado que estes setores estão situados em bairros com boa infra-estrutura urbana e serviços de saúde. Em relação ao cluster de baixa condição de vida, a distribuição dos setores foi bastante irregular no

município de Ribeirão Preto, sendo na maioria das vezes, distante da região central. Este cluster apresentou os piores valores para todos os indicadores considerados no estudo, além de apresentar o maior coeficiente de incidência de TB.

Os testes Qui-quadrado e Razão de Chances evidenciaram associação entre ocorrência da Tb e condição de vida no ano 2000. Importante ressaltar que para a população dos clusters de intermediária e baixa condição de vida, a Razão de Chances foi 1,45, podendo-se atribuir este baixo valor, aos bolsões de pobreza encontrados nos setores censitários que fazem parte destes clusters. Portanto, o risco de TB é quase igual para estes 2 clusters.

A TB deve ser entendida como um processo que se desenvolve em indivíduos que integram uma determinada organização social, estando sujeitos a riscos e potencialidades distintas segundo o seu pertencimento a determinados grupos⁽⁸⁾, visto que é impossível avançar uma proposta sem que haja integração com outros setores do governo para reunir esforços para reduzir a pobreza, a desigualdade e a exclusão social e que o país deve buscar alternativas para melhor distribuição de renda, redução do desemprego, melhorar o acesso e qualidade de assistência à saúde, bem como ao saneamento básico, entre outras prioridades.⁽⁹⁾

Para isto, as ações de saúde precisam ser repensadas no sentido de desenvolver uma articulação entre as diferentes áreas e não apenas a da saúde, que de forma isolada e desintegrada, não consegue atenuar as disparidades existentes, tampouco alcançar meta alguma.

Considerações finais

A estratificação do município em distintas áreas, segundo condição de vida e TB forneceu uma nova informação, que dificilmente seria possível obter por meio de informações tabulares. Os resultados permitiram enxergar o município não mais como um todo, mas sim como uma coleção de subconjuntos heterogêneos, o que é de fundamental importância para a definição de prioridades das ações de controle da TB. O conhecimento das condições de vida dos doentes de TB e como eles estão distribuídos no espaço geográfico através de técnicas de geoprocessamento é uma ferramenta que visa ajudar na elaboração de novas estratégias de controle da doença e também ressaltar a necessidade de superação das iniquidades sociais.

Portanto, as políticas de prevenção e controle da TB devem levar em consideração, as diferentes realidades. A diminuição da TB em nosso meio não pode ser considerada apenas responsabilidade do setor saúde, pois é reconhecido que a saúde é determinada por processos externos a ela. É necessário mudar também as condições sociais, diminuir a desigualdade e exclusão social, ressaltando a importância do estabelecimento de ações intersetoriais que podem contribuir para a construção de uma sociedade mais equânime e saudável.

Referências Bibliográficas

1. Swarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT, Paez MS, Medici EV, Derrico M. Desigualdades de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(1): 15-28.
2. Serpa IM, Pardo CL, Hernández RA. Un estudio ecológico sobre tuberculosis en un municipio de Cuba. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(5): 1305-12.
3. Vicentin G, Santo AH, Carvalho MS. Mortalidade por tuberculose e indicadores sociais no município do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(2): 253-63.
4. Souza WV, Albuquerque, MFM, Barcellos CC, Ximenes RAA, Carvalho MS. Tuberculose no Brasil: construção de um sistema de vigilância de base territorial. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(1): 82-9.
5. Ruffino Netto A, Pereira JC. O processo saúde-doença e suas interpretações. *Med* 1982; 15(1):5-11.
6. Guimarães MJB, Marques NM, Melo Filho DA, Swarcwald CL. Condição de vida e mortalidade infantil: diferenciais intra-urbanos no Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(5):1413-24.
7. Câmara G, Carvalho MS, Cruz OG, Correa V. Análise espacial de áreas. [livro on-line] 2001. [2006 jun 2007]. Disponível em URL: <http://www.dpi.inpe.br/gilberto/livro>.
8. Souza JN, Bertolozzi MR. A vulnerabilidade à tuberculose em trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2007;15(2): 259-66.
9. Guimarães RB. Regiões de saúde e escalas geográficas. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(4): 1017-25.

2. MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

São José do Rio Preto está localizado ao norte do estado de São Paulo, com uma população estimada de 425.000 habitantes no ano de 2007, segundo o IBGE.

Em relação à TB, em 2007, o município apresentou 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**¹.

O Programa de Controle da Tuberculose (PCT) localiza-se nas dependências do NGA-60 sendo o único local de atendimento ao doente de TB até o ano de 2001. Conta com equipe especializada composta por um médico sanitarista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e uma assistente social. Realiza diagnóstico, acompanhamento e tratamento supervisionado (TS) dos doentes de TB mais complexos e/ou que recusam acompanhamento na Unidade da área de abrangência do seu domicílio. São responsáveis pelo gerenciamento do PCT, capacitação da equipe e supervisão das unidades da AB que prestam ações de controle da TB. O Serviço de Assistência Especializado - SAE atende coinfectados TB/HIV.

O início da descentralização do TS para as UBS e UBSF ocorreu em 2004.⁽²⁾ As ações do PCT estão sendo assumidas gradativamente. Os exames de Raio X são realizados no NGA-60 ou serviço conveniado.

São oferecidos incentivos como, vale alimentos, vale transporte e são oferecidas orientações a respeito de auxílio-doença, seguro-desemprego.⁽²⁾

Referências Bibliográficas

1. São José do Rio Preto. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. Programa de Controle da Tuberculose. Cury MRCO. Situação da tuberculose de 2000 a 2008. São José do Rio Preto. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene, 2008.
2. Vendramini SHF, Santos MLSG, Gazetta CE et al. Tuberculosis risk and sócio-economic level: a study of a city in the Brazilian south-east 1998-2004. Int J Tuberc Lung Dis 2006; 10(11): 1231-5.

2.1. ENFOQUE NA FAMÍLIA E ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À TUBERCULOSE NA PERCEPÇÃO DO DOENTE, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2007.

*Sônia Aparecida da Cruz-Oliveira^{1,2}, Antonio Ruffino-Netto³,
Tereza Cristina Scatena Villa², Silvia Helena Figueiredo Vendramini¹,
Rúbia Laine de Paula Andrade², Lúcia Maria Scatena²*

Neste capítulo será abordado avaliação do desempenho dos serviços de saúde com respeito às dimensões “enfoque na família” e “Orientação para a comunidade” na percepção do doente.

Introdução

A interação entre doentes, profissionais de saúde (PS) e comunidade, bem como, a abordagem à família durante o processo de atenção deve ser enfatizada para assegurar uma assistência integral e resolutive.

Material e método

Trata-se de um estudo epidemiológico, inquérito prospectivo de abordagem quantitativa. Foi efetuado um inquérito com 108 doentes de Tuberculose (TB), acompanhados no Programa de Controle da Tuberculose (PCT) no período de junho 2006 a julho de 2007 nas unidades de saúde do município de São José do Rio Preto. Utilizou-se o questionário já apresentado no capítulo 1. Neste estudo, privilegiaram-se as dimensões “enfoque na família” com 8 indicadores e “orientação para a comunidade” com 5 indicadores.

Resultados e discussão

Caracterização dos doentes de TB

Dos 108 doentes entrevistados no município, 83,3% realizam o TS supervisionado, sendo 77,8% no ambulatório de referência do município e 22,2% nas UBS; 65,7% são do sexo masculino; 66,7% realizaram o ensino fundamental (completo ou incompleto); 55,6% possuem casa própria; 98,1% moram em casa de alvenaria (55,6% possuem mais

1 Faculdade de Medicina São José do Rio Preto - FAMERP

2 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP

3 Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRP/USP

e-mail: soniaoliveira@usp.br

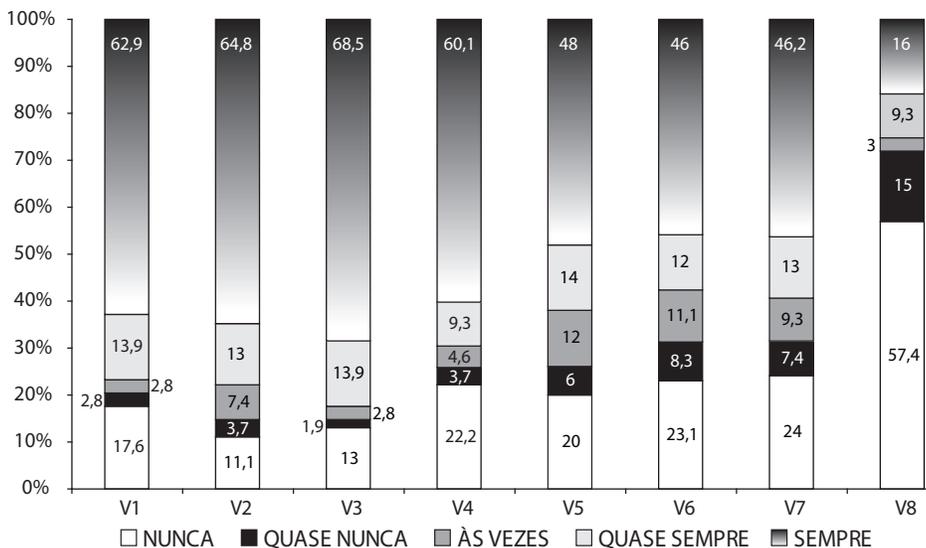
de cinco cômodos); 53,7% moram com mais de quatro pessoas na casa. Quanto à caracterização socioeconômica mais de 95% dos pacientes tem água encanada, geladeira, luz elétrica, banheiro em casa e TV; apenas 50% possuem carro e 65%, telefone; 53,7% moram com mais de 4 pessoas; 39,8% moram com 2 a 3 pessoas e apenas 6,5% moram com uma pessoa na casa; dentre estes, 56,6% dos doentes moram com uma pessoa maior de 60 anos e 44% refere à presença de uma criança menor de 12 anos na casa.

Enfoque na família

A dimensão “enfoque 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 as ameaças à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento dos recursos familiares limitados. ⁽¹⁾

A Figura 1 - Apresenta a distribuição de freqüência das respostas referentes à atenção oferecida pelos profissionais de saúde ao doente com TB e seus familiares.

Figura 1 - Distribuição das respostas dos doentes de TB em relação às variáveis da dimensão Enfoque na Família, São José do Rio Preto, 2007.

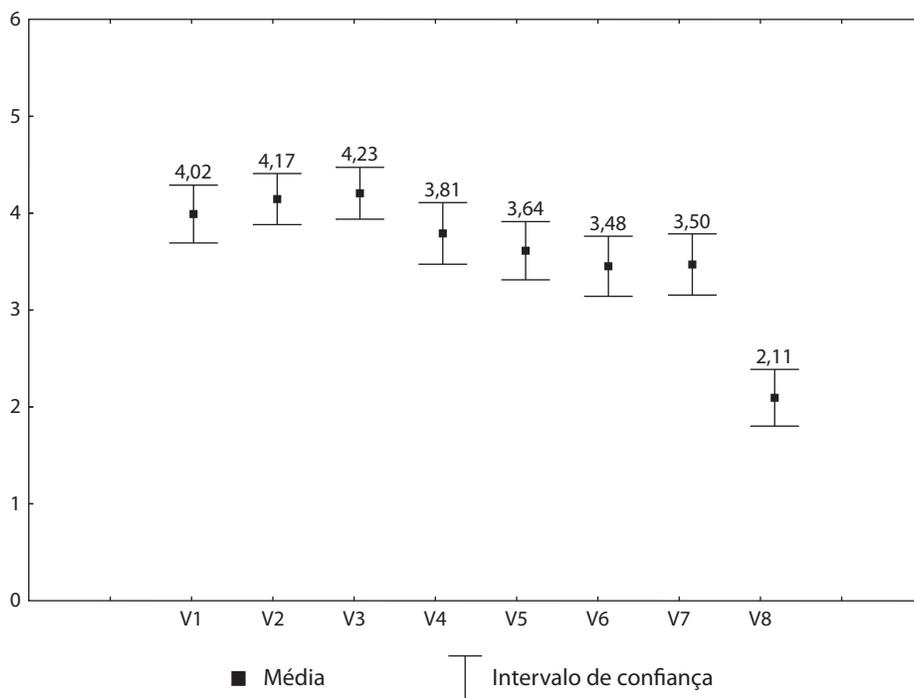


V1. O profissional de saúde pede informações sobre suas condições de vida e de sua família? - V2. O profissional de saúde pede informações sobre doença de sua família? - V3. O profissional de saúde pergunta se as pessoas que moram com o senhor têm tosse ou febre? - V4. Quando ficou doente de TB, o profissional de saúde entregou pote para exame de escarro a todas as pessoas que moram com o senhor? - V5. Os profissionais de saúde conhecem as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)? - V6. Os profissionais de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre a sua doença? - V7. Os profissionais de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre seu tratamento? - V8. Os profissionais de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre outros problemas de sua saúde?

Observa-se que os PS pedem sempre informações sobre condições de vida da família do doente, sobre doenças na família, existência de tosse ou febre nestes com freqüências, respectivamente, de 63%, 65% e 69%. Estes percentuais refletem de certa maneira uma preocupação com o doente e ou seus familiares. Em relação à entrega do pote para exame de escarro, conhecimentos sobre os familiares, se conversam com os mesmos sobre sua doença, o seu tratamento ou sobre outros problemas de saúde as respostas “sempre” foram respectivamente, 60%, 48%, 46%, 46% e 16%. Os profissionais conversam pouco sobre outros problemas de saúde, o que compromete o aspecto da integralidade do cuidado. O pote para exame de escarro deveria ser entregue teoricamente para 100% das pessoas que convivem com o doente.

Para melhor compreensão e visualização de tais informações, construímos a Figura 2 que apresenta a distribuição dos intervalos de confiança das variáveis pertinentes à dimensão “ênfoque na família”.

Figura 2 - Distribuição dos intervalos de confiança das variáveis pertinentes às respostas dos doentes de TB em relação à dimensão ênfoque na família, São José do Rio Preto, 2007



Na Figura 2 observa-se que a variável V3 foi a que apresentou maior escore, (4,23) Este escore apresenta uma diferença estatisticamente significativa em relação às variáveis V5 (3,64), V6 (3,48), V7 (3,50) e V8 (2,11). Observa-se também que não há diferença estatisticamente significativa entre as variáveis V3 (4,23), V2 (4,17), V1(4,02) e V4 (3,81).

Por outro lado, observa-se que a variável V8 apresentou o menor escore, ou seja, (2,11); observa-se que esta variável apresenta uma diferença estatisticamente significativa em relação às demais variáveis desta dimensão. No conjunto percebe-se que os PS 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.

Contudo, em relação à dimensão “ênfoque na família”, muitas ações deveriam ser implementadas, tais como: maior controle sobre os comunicantes/contactantes por parte dos serviços quanto à convocação, atendimento e realização dos exames dos mesmos, uma vez que os dados mostram que estes não estão sendo adequadamente controlados.

Orientação para comunidade

A dimensão “orientação para comunidade” implica no reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorram num contexto social determinado, que deve ser conhecido e levado em consideração. ⁽¹⁾

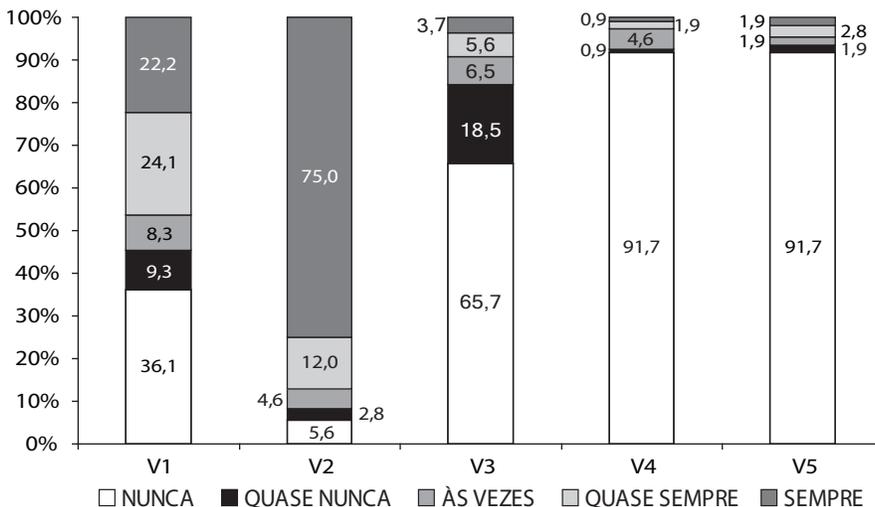
Na Figura 3, apresenta-se a distribuição de freqüências quanto ao tipo de atenção oferecida pelos profissionais pertinentes à dimensão “orientação para a comunidade”.

Nessa figura chama atenção que apenas a questão “se o paciente observa propagandas, campanhas”, etc. realizado pelos PS apresenta uma freqüência de 75%. Todas as demais questões apresentaram freqüências muito baixas. Isto parece indicar que a preocupação dos PS com respeito à comunidade é mínima, deixando a desejar quanto à busca de sintomáticos respiratórios (SR). Os PS devem mobilizar a comunidade para identificar os “tossidores crônicos” com o objetivo de encaminhá-los para fazer o exame de escarro. ^(2,3)

Para melhor compreensão e visualização de tais informações, construiu-se a Figura 4 que apresenta a distribuição dos intervalos de confiança das variáveis pertinentes à “orientação para a comunidade”.

Na Figura 4, observa-se que a variável V2 apresentou maior escore (4,48). Esta variável apresenta diferença estatisticamente significativa de todas as demais. Segue-se a variável V1 com escore (2,87) igualmente, a variável V3 (1,63) apresenta diferença de todas as demais. As variáveis V4 (1,19) e V5 (1,21) apresentam escores iguais. Parece que atividades que dependem do paciente (como exemplo: observar

Figura 3 - Distribuição das respostas dos doentes de TB em relação as variáveis da dimensão Orientação para Comunidade. São José do Rio Preto, 2007.



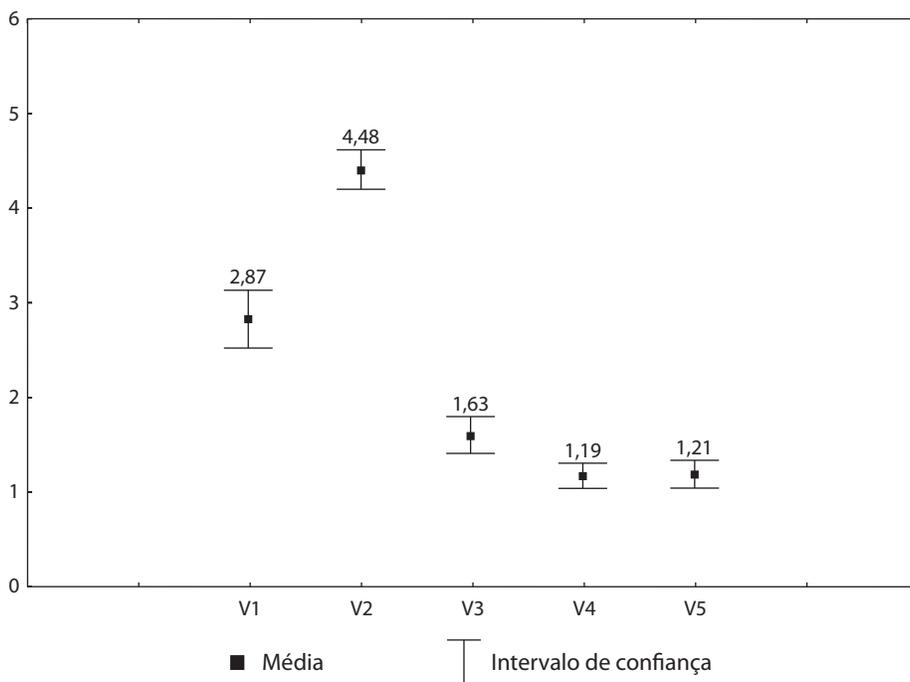
- V1. Os profissionais de saúde perguntam ao senhor ou sua família se os serviços oferecidos resolvem seus problemas de saúde?
- V2. O senhor observa propagandas e ou trabalhos educativos realizados pelos profissionais para informar a comunidade sobre a TB?
- V3. O senhor observa se os profissionais desenvolvem ações de saúde com as igrejas, associações de bairro, para entrega do pote para coleta de escarro?
- V4. O senhor observa visitas dos profissionais da unidade de saúde na vizinhança, para entrega do pote para coleta de escarro?
- V5. O senhor observa se os profissionais de saúde solicitam a participação de alguém da comunidade para discutir o problema de TB?

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 pelos PS, tais como: ir à comunidade, efetuar busca ativa para coleta de exame de escarro entre os SR, bem como solicitar participação da comunidade para discutir problemas de saúde pertinentes à TB.

Estudo efetuado em Ribeirão Preto com um grupo de enfermeiros mostrou que os mesmos acreditavam que o modo de agir do PS em relação ao SR está diretamente associado ao modo de assistência que é prestada aos doentes. A busca ativa de SR na comunidade ocorre de forma pontual ou através de demandas específicas. Destaca-se necessidades de introdução de novas estratégias de trabalho para o modelo de assistência, remodelar o “velho” para construir um “novo sistema”.⁽⁴⁾

Há necessidade de substituir o modelo tradicional de atendimento ao doente por um mais moderno, incorporado às expectativas dos doentes com envolvimento ativo das famílias e de seguimentos organizados da comunidade para

Figura 4 - Distribuição dos intervalos de confiança das variáveis pertinentes às respostas dos doentes de TB em relação à dimensão orientação para comunidade, São José do Rio Preto, 2007



maior incorporação do ator social no tratamento da doença e dimensão mais integradora na direção da concepção do modelo de promoção à saúde. ⁽⁵⁾ O controle da TB precisa ser compreendido além de uma intervenção biomédica e ser abordado considerando a perspectiva do doente e o contexto onde se inserem as práticas de saúde. ⁽⁶⁾

Conclusões

O desempenho do município em relação à dimensão “enfoque na família” na perspectiva dos doentes mostrou que os PS 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 apresenta grande score, mas o mesmo não acontece com respeito ao oferecimento dos serviços prestados pelos PS.

Referências Bibliográficas

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2002.
2. Gazetta CE, Santos MSLG, Vendramini SHF, Poletti NAA, Neto JMP, Villa TCS. Tuberculosis contact control in Brazil: a literature review (1984-2004). Rev Latino-am Enfermagem 2008;16(2):306-13.
3. Nogueira JA, Ruffino Netto A, Monroe AA, Cardoso Gonzales RI, Villa TCS. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2007;9(1):106-18.
4. Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Cardoso Gonzales R, Ruffino Netto A, Villa TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário da saúde. Ciênc saúde coletiva. 2005;10(2):315–21.
5. Lima MB, Mello DA, Morasi AP, Silva WC. 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 públ 2001;17(4): 877-85.
6. Souza FBA, Villa TCS, Cesar S, Ruffino Netto A, Lopes LB, Conde MB. Peculiaridades do controle da tuberculose em um canário de violência urbana de uma comunidade carente do Rio de Janeiro. J Bras Pneumol. 2007;33(3):318- 22.

2.2. GEORREFERENCIAMENTO DOS CASOS DE CO-INFECÇÃO TUBERCULOSE E AIDS EM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – SP

*Natália Sperli Geraldês Marin dos Santos¹;
Sílvia Helena Figueiredo Vendramini¹;
Maria de Lourdes Sperli Geraldês Santos¹;
Maria Amélia Zanon Ponce²;
Francisco Chiaravalloti Neto¹;
Fátima Grisi Kuyumjian³;
Cláudia Eli Gazetta¹;
Tereza Cristina Scatena Villa².*

O estudo tem o objetivo de descrever e analisar espacialmente a co-infecção Tuberculose (TB) / Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em município de grande porte da região sudeste do Brasil e associá-la a indicadores sócio-econômicos e demográficos, no período de 1998 a 2006.

1 Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

2 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP

3 Fundação Faculdade Regional de Medicina – FUNFARME

e-mail: nsperli@gmail.com

Métodos

Trata-se de um estudo no campo da geo-epidemiologia.

Foram selecionados para o estudo, os “casos novos” de co-infecção TB/HIV residentes no município, ou seja, os doentes com TB e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) que nunca usaram ou usaram por menos de um mês drogas anti-tuberculosas e que estavam sendo notificados pela primeira vez⁽¹⁾. Os casos foram identificados no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2006 por ocasião do diagnóstico de TB e realização de sorologia anti-HIV.

Georreferenciamento dos casos

O processo de geocodificação foi obtido pela equiparação dos endereços dos casos de TB/HIV com mapa de segmento de logradouros fornecido pela Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto, usando o software ArcGIS 9.1⁽²⁾. Este processo começa com a análise e padronização automática dos endereços. Análise é o processo de divisão dos endereços em duas partes contendo a denominação do logradouro e o número do imóvel, enquanto a padronização modifica estes componentes, se necessário, para que atendam aos critérios adotados pelo sistema brasileiro de endereçamento. Finalmente, a geocodificação é obtida pela interpolação linear do número do endereço a um ponto no segmento de logradouro correspondente, situado entre dois pontos que definem a faixa de numeração daquele segmento de logradouro.

Unidades espaciais

O estudo envolveu 108 unidades espaciais (com área de cobertura entre 0,083 e 4,37 Km²), criadas a partir do agrupamento de setores censitários em área urbana. Para a criação de cada unidade foram utilizados quatro setores e procurou-se respeitar delimitadores geográficos, como rios e rodovias, assim como manter similaridade na forma geométrica de cada unidade.

Indicadores utilizados

Coefficiente de incidência de TB/HIV (variável dependente) - calculado pela divisão entre o número de casos de TB/HIV e a população total, multiplicada por 100.000. Para identificação de autocorrelação espacial, trabalhou-se com a raiz quadrada do coeficiente por esta ter uma melhor aproximação para a distribuição normal.

Variáveis sócio-econômicas e demografias (variável independente) – obtidas a partir de informações disponibilizadas pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) para o censo demográfico de 2000. Dentre as disponíveis, foram escolhidas aquelas variáveis ou as correspondentes transformações pela raiz quadrada que apresentaram uma boa aproximação para a distribuição normal (variáveis independentes). A avaliação da normalidade foi realizada pela aplicação do teste Shapiro-Wilk⁽³⁾.

Análise estatística espacial

Parte da análise estatística espacial dos dados foi realizada utilizando técnicas de Cliff & Ord⁽⁴⁾, apropriadas para “dados de área”. Esta metodologia é adequada quando se deseja estudar a distribuição espacial de algum fenômeno e testar a hipótese de dependência espacial dos dados⁽⁵⁾.

Para mensurar a autocorrelação espacial dos coeficientes de incidência de TB/HIV, utilizou-se o Índice de Moran, dado por:

$$I = \frac{n \sum_i \sum_j w_{ij} z_i z_j}{S_0 \sum_i z_i^2}$$

$i, j = 1, \dots, 108$ unidades espaciais
onde:

$$S_0 = \sum_i \sum_j w_{ij}$$

$$z_i = x_i - \bar{x}$$

x_i = raiz quadrada do coeficiente de incidência de TB/HIV.

w_{ij} = ponderação espacial atribuída ao par de unidades espaciais.

O Índice de Moran foi calculado com ferramentas do software ArcGIS 9.1⁽²⁾ em que as ponderações w_{ij} foram o inverso da distância entre os centróides das áreas i e j . A matriz de vizinhança para as 108 unidades espaciais foi definida pelas unidades contíguas, com pelo menos um ponto em comum. O Índice de Moran é entendido como a correlação entre valores de uma variável avaliada, neste caso, em setores vizinhos (i e j). A variação deste índice está entre -1 e $+1$. Para testar este coeficiente de autocorrelação, existe uma hipótese nula de não correlação espacial e outra, em que há expressão da proximidade entre áreas geográficas, definida pela matriz de ponderações w_{ij} , e ponderações sobre critérios de vizinhança⁽⁵⁾.

O teste de significância I foi feito para testar a hipótese da independência espacial, levando-se em consideração a normalidade das observações. O índice padronizado foi calculado de acordo com a seguinte fórmula:

$$I_{padr} = \frac{I - E(I)}{\sqrt{Var(I)}}$$

onde:

$E(I)$ = média do Índice de Moran

$Var(I)$ = variância do Índice de Moran

No caso de significância estatística do índice padronizado para a variável “raiz quadrada do coeficiente de incidência de TB/HIV”, regressões múltiplas foram feitas utilizando-se o programa STATA⁽⁶⁾ para a seleção das variáveis socioeconômicas e demográficas que poderiam ser os fatores mais explicativos das incidências nas diversas unidades espaciais consideradas. Em cada passo, foram calculados os resíduos das variáveis independentes e, a partir deles, calcularam-se novos Índices de Moran e seus índices padronizados, até sua minimização e diminuição de significância. Por meio deste procedimento, as variáveis mais explicativas são apontadas e, a partir do controle dos seus efeitos nos resíduos do modelo, a autocorrelação espacial perde a significância estatística que possuía no início.

O procedimento utilizado foi o mesmo empregado para identificar os fatores mais explicativos das variações espaciais da mortalidade neonatal precoce no Município do Rio de Janeiro⁽⁵⁾. “Em semelhança aos modelos de regressão múltipla utilizados para seleção das variáveis mais relevantes à explicação da resposta, o procedimento empregado para escolher os fatores mais explicativos dos conglomerados espaciais foi um procedimento passo a passo proposto por Anselin⁽⁷⁾, baseado em minimizar o coeficiente I_p , calculado por meio dos resíduos da regressão da variável resposta com as variáveis independentes, até que este perca sua significância. A idéia intuitiva deste procedimento está em apontar quais as variáveis que mais explicam a dependência espacial da resposta, no sentido de que, controlados os efeitos destas variáveis mediante os resíduos do modelo de regressão, a autocorrelação espacial perderia sua significância estatística inicial”⁽⁵⁾.

O indicador local de autocorrelação espacial (LISA)⁽⁸⁾ foi adotado como índice para identificar agrupamentos espaciais de coeficientes de incidência de TB/HIV significantes. A definição do índice LISA é dada por:

$$I(i) = \left(\frac{X_i - \bar{X}}{\delta} \right) \cdot \sum_{j=1}^n \left[W_{ij} \cdot \frac{(X_j - \bar{X})}{\delta} \right]$$

onde

$I(i)$ é o LISA da região i , W_{ij} é a proximidade da região i à região j , X é o valor do coeficiente de incidência de TB/HIV da unidade espacial i , X é o valor do coeficiente de incidência de TB/HIV da unidade espacial j , \bar{X} é o valor médio do índice temporal, δ é o desvio padrão de X e n é o número total de regiões avaliadas. O termo W_{ij} descreve a proximidade da região i à região j . Se a região i é adjacente à região j , o valor 1 é atribuído; caso contrário, o valor 0 é atribuído.

Um valor positivo alto do LISA indica que os valores das feições adjacentes são similares aos daquela feição (sejam altos ou baixos). Um valor negativo para uma feição indica que ela é circundada por feições com valores dessemelhantes, ou seja, tem um alto valor em relação a um vizinho com baixo valor ou um baixo valor com relação a um vizinho com alto valor. Os valores do LISA foram considerados estatisticamente significantes para $p < 0,05$.

Esta análise, que foi realizada através do Programa GeoDa 0.9.5-i⁽⁹⁾, forneceu o LISA cluster map, onde são apresentadas as unidades espaciais que apresentaram valores significantes do LISA classificadas em quatro possibilidades: High-High e Low-Low, representando unidades espaciais com altas e baixas incidências circundadas por unidades também com altas e baixas incidências, respectivamente; High-Low e Low-High, representando unidades com baixas e altas incidências circundadas por unidades com altas e baixas incidências, respectivamente. As duas primeiras categorias representam áreas de concordância e as duas últimas, áreas de transição.

Resultados

Do total de 307 casos de TB/HIV ocorridos na área urbana do município entre janeiro de 1998 e dezembro de 2006, foram geocodificados 295.

Na Tabela 1 são apresentados os resultados da análise estatística espacial da variável resposta, a raiz quadrada do coeficiente de incidência de TB/HIV, no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2006. No período estudado o Índice de Moran foi de 0,0635 ($p = 0,0000$) o que indica ocorrência de dependência espacial. As variáveis independentes estão dispostas por ordem de explicação da dependência identificada.

Logo no primeiro passo, seis variáveis (“porcentagem de chefes de família com até três anos de instrução”, “proporção de mulheres analfabetas”, “porcentagem de pessoas com renda de 2 a 3 salários mínimos”, “porcentagem de chefes de família analfabetos”, “proporção de pessoas analfabetas” e “porcentagem de chefes com 11 a 14 anos de instrução”) explicaram, uma isolada das outras, a dependência espacial apontada pelo Índice de Moran. Destas, a que apresentou a maior diminuição do Índice de Moran e que teve, portanto, maior poder de explicação da dependência espacial da incidência foi “a porcentagem de chefes de família com até três anos de instrução”. O Índice de Moran, calculado para o resíduo desta variável foi o menor e o menos significativo ($I = -0,0096$; $p = 0,5106$). As outras variáveis citadas também explicaram, mas em menor grau, a dependência espacial.

A Figura 1 apresenta os coeficientes de incidência por TB/HIV divididos em tercis para as unidades espaciais urbanas do município. A maioria das unidades com incidências acima do segundo tercil concentraram-se nas áreas norte e sudeste e

Tabela 1 - Índices de Moran (I) para a raiz do coeficiente de incidência de TB/HIV e variáveis socioeconômicas e demográficas, São José do Rio Preto, 1998-2006.

Variáveis	Índice de Moran	
	Valor de I	Valor de p
Raiz da incidência	0,0635	0,0000
<i>Ajustada por:</i>		
Porcentagens de chefes com até três anos de instrução	-0,0096	0,5106
Proporção de mulheres analfabetas	-0,0047	0,3323
Porcentagem de pessoas com renda de 2 a 3 salários mínimos	-0,0023	0,2547
Raiz da porcentagem de chefes de família analfabetos	-0,0022	0,2519
Proporção de pessoas analfabetas	-0,0019	0,2428
Porcentagem de chefes com 11 a 14 anos de instrução	0,0027	0,1288
Porcentagem de chefes de família com 8 a 10 anos de instrução	0,0173	0,0062
Raiz da proporção de domicílios com 5 ou mais moradores	0,0200	0,0029
Número de moradores por domicílio	0,0288	0,0002
Raiz da porcentagem de mulheres chefes de família	0,0570	0,0000
Raiz do número de moradores por área (Km ²)	0,0583	0,0000
Raiz do número de domicílios por área (Km ²)	0,0633	0,0000

a maioria das unidades com valores abaixo do primeiro tercil localizaram-se nas áreas sudoeste e leste. A Figura 2 apresenta as porcentagens dos chefes de família com até três anos de instrução por tercis.

A comparação das Figuras 1 e 2 confirmam o resultado obtido através do uso do Índice de Moran, isto é, a existência de associação espacial entre a incidência de TB/HIV e a proporção de chefes com até três anos de instrução. Muitas das unidades espaciais classificadas acima do segundo tercil de incidência coincidem com aquelas que apresentaram as maiores proporções de chefes de família com até 3 anos de instrução.

A análise conjunta das Figuras 1 e 2 apontam para algumas discordâncias. Na área centro sul ocorreu unidades com baixa incidência, mas classificadas no tercil superiores da proporção de chefes com baixa instrução. Em algumas unidades localizadas nas áreas sudoestes e leste ocorreu o inverso, unidades com médias e altas incidências e baixas proporções de chefes com pouca instrução.

A Figura 3 apresenta o LISA cluster map para os coeficientes de incidência de TB/HIV. As unidades classificadas como High-High, localizadas na área norte da cidade, formaram os aglomerados de alta incidência, isto é, unidades com valores altos circundadas por outras com valores também altos. Em torno destas, existem algumas unidades classificadas como Low-High representando áreas de transição. Na área sudoeste nota-se um único aglomerado de unidades com valores baixos de incidências (Low-Low). Vale destacar a ocorrência de uma unidade localizada no extremo sudoeste que foi classificada como High-Low.

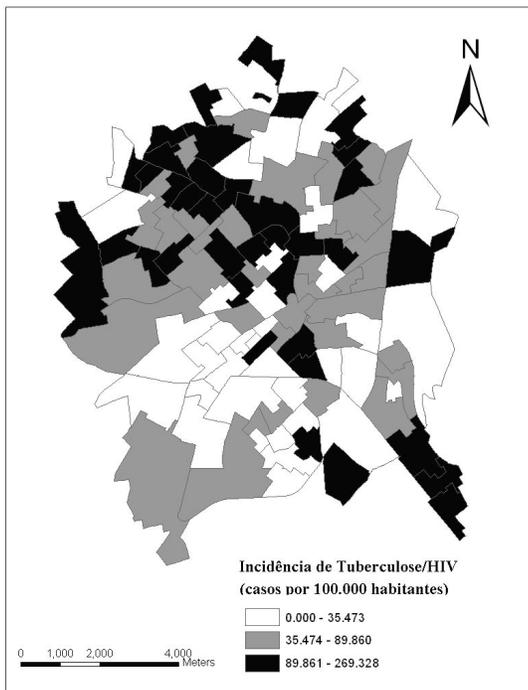


Figura 1 - Incidência de Tuberculose/HIV nas unidades espaciais da área urbana da cidade de São José do Rio Preto, 1998-2006.



Figura 2 - Nível de escolaridade de chefes de família nas unidades espaciais da área urbana de São José do Rio Preto, 2000.

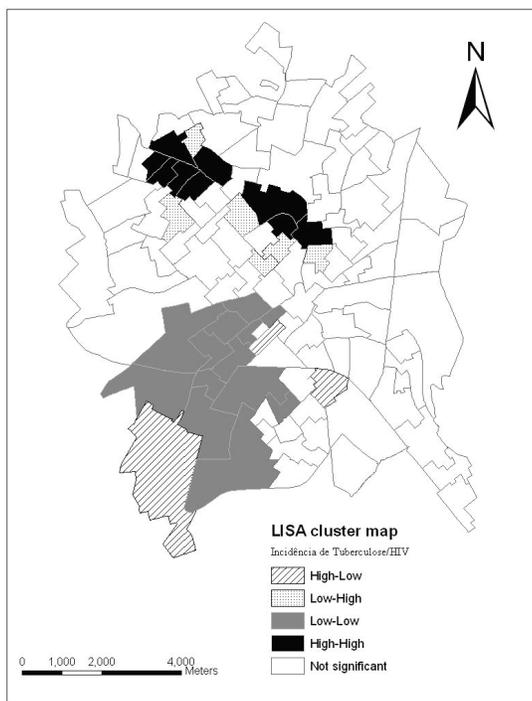


Figura 3 - LISA cluster map da incidência de Tuberculose: significância estatística de Moran Local classificado pelo tipo de correlação espacial, 1998-2006.

Discussão

Em São José do Rio Preto, no período estudado, observou-se a existência de dependência espacial do coeficiente de incidência da co-infecção TB/HIV. Este fato indica que sua distribuição não é aleatória, ou seja, existem áreas onde ocorrem aglomerações de unidades espaciais com risco de adoecimento similares e que esta aglomeração está relacionada com níveis socioeconômicos da população, representada neste estudo pela porcentagem de chefes de família com 3 ou menos anos de instrução.

A ocorrência de dependência espacial da incidência na variável “porcentagem de chefes de família com até três anos de instrução” aponta adequada representatividade da mesma, e também das outras variáveis em menor grau, como explicativa no estudo do nível socioeconômico de São José do Rio Preto.

Os menores coeficientes, compatíveis a países desenvolvidos⁽²⁾, estão localizados nas unidades espaciais referentes às áreas com acesso total às facilidades urbanas, ocupadas por grupos de alta renda, com as menores proporções de chefes de família com até 3 anos de instrução, que vivem em moradias satisfatórias e com melhores padrões de saúde, apresentando coeficientes compatíveis.

Um estudo sobre TB e condições de vida apontou que o baixo nível educacional e baixa renda familiar são fatores determinantes nas altas taxas de tuberculose em unidades espaciais determinadas pela pobreza⁽¹⁰⁾.

O sistema educacional no Brasil previa uma média de oito anos para a conclusão do ensino fundamental para o indivíduo com 14 anos de idade. Porém, o estudo apontou que, 27,8% da população de 15 anos ou mais de (28,6% para os homens e 27,1% para as mulheres) não conseguiram completar quatro anos de ensino fundamental, sendo considerados analfabetos funcionais⁽¹¹⁾.

Embora a situação educacional do município de São José do Rio Preto seja melhor do que a do país, no estudo observou-se que a co-infecção TB/HIV sofre influência dos diversos fatores relacionados às condições sociais individuais (grau de instrução) e coletivas (privação social e marginalidade)⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Estes resultados remetem à discussão do fenômeno de pauperização da AIDS no Brasil, onde mais de 50% dos casos em adultos de ambos os sexos, entre 1991 e 2001 ocorreram em indivíduos com baixo nível de escolaridade¹⁵.

Os resultados deste estudo corroboram com os de outro trabalho realizado em São José do Rio Preto que discute a participação das desigualdades sociais nos desfechos de saúde no município^(12,14) e mostram que a doença guarda estreita relação com os baixos níveis de desenvolvimento sócio-econômico (más condições de vida, baixa escolaridade, locais com grandes concentrações humanas, saneamento básico e habitação precários, fome e pobreza). Apontando também que a tuberculose é uma doença que ultrapassa as barreiras biológicas, constituindo um grave problema social⁽¹⁵⁾.

Ainda em relação à predominância da co-infecção em indivíduos com baixa escolaridade, este estudo reforça outros achados que associam esta situação a diversas outras condições sociais desfavoráveis que contribuem para que os mesmos tenham menor percepção da sua saúde e menos auto-cuidado, tornando-os mais vulneráveis^(16,17).

Para o caso do coeficiente de incidência TB/HIV o resultado do estudo mostra claramente os agregados de pobreza e de riqueza na cidade. As regiões críticas detectadas foram a Norte, Oeste e pequenas áreas da região Sul de São José do Rio Preto, onde o agravamento das condições sociais resulta numa degradação significativa das condições de vida e o risco maior de adoecer por TB/HIV.

Assim, este estudo possibilitou a compreensão da distribuição geográfica espacial da co-infecção TB/HIV no município de São José do Rio Preto, apontando para os problemas sócioeconômicos, principalmente os relacionados ao nível de instrução da população interferindo diretamente no risco de ocorrência da doença.

A identificação destas questões permite que o sistema de saúde trate o município como composto de distintas realidades e priorize as regiões com maior carência social e conseqüentemente maiores incidência da doença, levando em

conta o planejamento orientado para identificação de casos, bem como estabelecer estratégias intersetoriais articuladas com vistas à melhoria das condições de vida da população.

Referências Bibliográficas

1. II Diretrizes Brasileiras para Tuberculose. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, 2004 Jun; 30 supl. 1.
2. ESRI - Environmental Systems Research Institute (ESRI). *ArcGis 9.1*. Redlands; ESRI Inc.; 2005.
3. Shapiro SS, Wilk MB. An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika* 1965; 52:591-611.
4. Cliff AD, Ord JK. *Spatial Process: Models and Applications*. London: Pion. 1981.
5. Andrade CLT, Szwarcwald CL. Análise espacial da mortalidade neonatal precoce no Município do Rio de Janeiro, 1995-1996. *Rev Saúde Pública* 2001; 17: 1199-210.
6. STATA. *Stata Version 7.0*. Texas: Stata Corporation; 2001.
7. Anselin L. *SpaceStat Tutorial. A workbook for using SpaceStat in the analysis of spatial data*. Morgantown: Regional Institute, West Virginia University; 1992.
8. Anselin L. Local indicators of spatial association – LISA. *Geogr Anal* 1995; 27:93-115.
9. Anselin L. *GeoDa 0.9.5-i*. Spatial Analysis Laboratory; 2004.
10. Chan-Yeung M, Yeh AGO, Tam CM, Kam KM, Leung CC, Yew WW, et al. Socio-demographic and geographic indicators and distribution of tuberculosis in Hong Kong: a spatial analysis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005; 9(12):1320–6.
11. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Indicadores Sociais municipais: uma análise dos resultados da amostra do censo demográfico 2000 – Brasil e grandes regiões*. Rio de Janeiro, 2004.
12. Santos MLSG, Vendramini SHF, Gazetta CE, Oliveira ASC, Villa TCS. Poverty: socioeconomic characterization at tuberculosis. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007;15:762-7.
13. Hino P, Santos CB, Villa TCS, Muniz JN, Monroe AA. Tuberculosis patients submitted to Supervised Treatment. *Ribeirão Preto-São Paulo- Brazil. 1998 and 1999*. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(1):27-31.
14. Vendramini SHF, Santos MLSG, Gazetta CE, Chiaravalloti Neto F, Ruffino Netto A, Villa TCS. Tuberculosis risks and socio-economic level: a study of a city in the Brazilian south-east 1998-2004. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006; 10(11): 1231-5.
15. Ruffino Netto A. Tuberculose. *Medicina (Ribeirão Preto)* 1991; 24(4): 225-40.
16. Pelaquim MHH, Silva RS, Ribeiro AS. Fatores associados ao óbito por tuberculose na zona leste da cidade de São Paulo. 2001. *J Bras Pneumol* 2007; 33(3):311-7.
17. Silveira MPT, Adorno RFR, Fontana T. Perfil dos pacientes com tuberculose e avaliação do programa nacional de controle da tuberculose em Bagé (RS). *J Bras Pneumol*. 2007;33(2):199-205.

2.3. A CO-MORBIDADE TUBERCULOSE E AIDS EM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E SOCIAIS (1998-2006)

*Maria Amélia Zanon Ponce¹; Tereza Cristina Scatena Villa¹,
Maria de Loudes Sperli Geraldes Santos², Sílvia Helena Figueiredo Vendramini²;
Natália Sperli Geraldes Marin dos Santos²; Cláudia Eli Gazetta²,
Francisco Chiaravalloti Netto², Fátima Grisi Kuyumjian³*

O objetivo do estudo foi analisar os indicadores epidemiológicos e sociais da co-infecção Tuberculose (TB)/Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no município de São José do Rio Preto-SP, no período de 1998 a 2006.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico, inquérito prospectivo. O estudo foi realizado no município de São José do Rio Preto, interior do Estado de São Paulo (SP). A Região de São José do Rio Preto apresentou, no período de 1991 a 2001, 4.312 casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), com coeficientes de incidência da doença de 34,6 ($\times 10^4$) e, coeficiente total de TB em casos de AIDS de 0,1953. ⁽¹⁾

O município ocupa a 5ª posição em casos notificados de AIDS no estado de São Paulo, apresenta alta taxa de co-infecção TB/HIV, que, entre 1998 a 2005, variou entre 35 a 51% do total de casos de TB. ⁽²⁾ Essas taxas, consideradas altas, levaram-no a ser classificado como prioritário pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), recebendo incentivos do governo estadual e federal para o tratamento de seus doentes. ⁽³⁾

A pesquisa incluiu todos os casos novos de TB infectados pelo HIV residentes no município de São José do Rio Preto, notificados no período de 1998 a 2006, que iniciaram tratamento no período de 01/01/1998 a 31/12/2006.

Foram utilizados para o estudo as seguintes variáveis: coeficiente de incidência de TB/HIV com distribuição por faixa etária e ano obtido por meio da padronização direta dos dados (indicador epidemiológico), sexo, faixa etária e escolaridade (variáveis sócio-demográficas), classificação da doença (pulmonar, extrapulmonar e pulmonar + extrapulmonar), desfecho do tratamento (cura, abandono e óbito), opção pelo tratamento supervisionado e serviço que descobriu o caso (variáveis clínico-epidemiológicas).

1 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP);

2 Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP;

3 Diretoria Regional de Saúde de São José Do Rio Preto – DRS XV.

e-mail: amelinha_famerp@yahoo.com.br

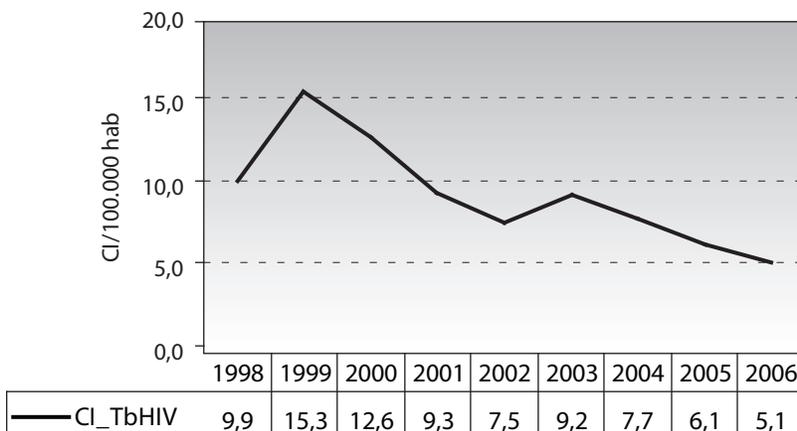
Os dados foram analisados no programa Epi Info Windows e calculados os percentuais de todas variáveis.

Resultados

Foram notificados 306 casos novos de tuberculose em pacientes co-infectados com o vírus HIV no município de São José do Rio Preto, entre 1998 e 2006.

O coeficiente de incidência padronizado da co-infecção no município foi de 9,9/100.000 hab. em 1998, com aumento para 12,6 em 2000 e decrescendo nos anos seguintes até alcançar 5,1/100.000 hab. em 2006, conforme mostra a Figura 1.

Figura 1 – Coeficiente de incidência padronizado de TB/HIV distribuído por ano, no município de São José do Rio Preto no período de 1998 a 2006.



Em todo o período estudado houve a predominância da doença em homens co-infectados (72,5%), sendo a razão homem e mulher (M/F) de 2,6:1.

Em relação à faixa etária destacou-se a de 20 a 59 anos, com 295 (96,4%) do total dos casos. A média de idade em todos os anos foi de 36,3 anos. Quanto à escolaridade (anos de estudo concluído) 51,0% dos casos não possuíam o Ensino Fundamental Completo. Apenas 4,9% chegaram ao ensino superior e 4,6% eram analfabetos.

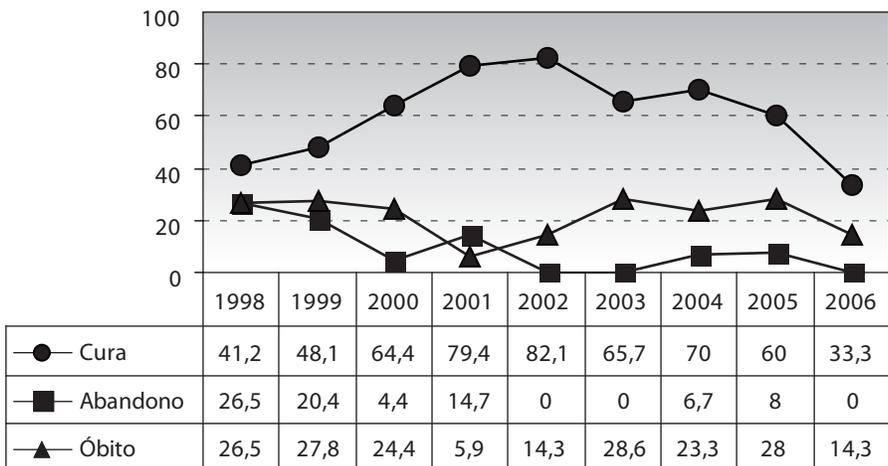
A forma clínica da TB mais freqüente foi a pulmonar (52,9%). A TB extrapulmonar apareceu em segundo lugar com 36,6% e 10,4 % dos casos apresentaram as duas formas da doença (pulmonar mais extrapulmonar). Foi possível observar que apenas 46,1% dos doentes receberam o TS, sendo que muitos foram a óbito no início do tratamento.

No que se refere aos resultados de tratamento, a Figura 2 apresenta somente aqueles que tiveram como desfecho a cura, o abandono e o óbito.

A taxa de abandono entre os co-infectados teve grande variação, sendo de 26,5% em 1998, declinando até 2002 e 2003, quando a taxa foi de 0%. Voltou a elevar-se em 2004 e 2005, zerando novamente em 2006.

Os percentuais de óbitos entre os co-infectados mantiveram semelhança, exceto em 2001 e 2002, quando apresentaram queda importante deste índice. Importante ressaltar que esses óbitos não necessariamente tiveram como causa morte a co-morbidade. É possível observar que a partir de 1998 a taxa de cura de 41,2% começa a se elevar, atingindo 82,1% em 2001 e declinando para 60% em 2005. A baixa taxa de cura de 33,3% em 2006 pode ser explicada pelo fato de que até o fim da coleta dos dados muitos pacientes não tinham terminado o tratamento.

Figura 2 - Desfecho de tratamento para TB em relação ao percentual de cura, abandono e óbito no total de co-infectados TB/HIV em São José do Rio Preto, de 1998 a 2006.



Sobre o diagnóstico dos casos foi possível observar que 156 casos (60,0%) foram realizados no âmbito hospitalar e 86 casos (28,2%) foram diagnosticados em ambulatórios públicos, privados e universitários. Importante esclarecer que não foi informado o local de diagnóstico de 57 casos (18,2%).

Discussão

Para comparar os coeficientes de incidência da co-infecção para o município com parâmetros nacionais, foi necessário recorrer ao Sistema Oficial de Informação, o Ins-

tituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e DATASUS e buscar dados para calcular os coeficientes de incidência (de 2006) da co-infecção para Brasil (3,7/100.000 hab. - 6.846 casos) e Estado de São Paulo (6,7/100.000 hab. - 2.741 casos).⁽⁴⁻⁵⁾

Embora o coeficiente de incidência da co-infecção no município venha diminuindo no decorrer dos anos, apresenta-se maior que o Brasil e menor que o estado de São Paulo. Esta situação é diferente quanto ao comportamento da TB no município em relação à população, que, em uma série histórica de 24 anos apresentou sempre menores riscos de adoecer pela doença, quando comparada ao nível nacional e estadual.^(2,6)

A co-infecção afeta principalmente os países pobres, onde o HIV está alimentando a epidemia da TB, devido aos baixos níveis de instrução da população, falta de acesso aos serviços gratuitos de saúde e, aos preservativos.⁽⁷⁻⁸⁾ Essa situação é diferente da realidade encontrada em São José do Rio Preto, uma vez que apesar do município ser classificado como um dos melhores em qualidade de vida, no estado de São Paulo⁽⁷⁾ apresenta elevado coeficiente de Aids, refletindo também na co-infecção com a TB.

O fato de o município ter um importante entroncamento rodo-ferroviário, sendo considerado importante rota de tráfico de drogas no estado de São Paulo, por apresentar uma vigilância epidemiológica eficiente no controle da AIDS, contar ainda com um sistema de saúde que envolve a busca ativa de casos da doença na Atenção Básica (AB), com programa de aconselhamento implantado em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, ainda possuir um Ambulatório e Centro Especializado de Referência de Tratamento tornam o município pólo de atração para o diagnóstico e tratamento da doença e podem contribuir para o aumento das taxas de co-infecção.⁽²⁾

A alta taxa de co-infecção TB/HIV em homens acompanha a relação homem/mulher notificados entre os casos de TB e os de HIV.⁽⁹⁾ As razões para o adoecimento no sexo masculino não estão muito claras, podendo estar associados a fatores biológicos, estilo de vida, cuidados com a saúde^(6,10) e também ao fato do homem procurar os serviços mais tardiamente que a mulher.⁽¹¹⁾

Entretanto, essa relação entre os homens e as mulheres co-infectados tende a diminuir uma vez que a epidemia da Aids vem mudando nos últimos anos, tendendo a feminilização⁽¹²⁾. Dados do Município sobre a epidemia da doença demonstram que houve um aumento no número de casos em mulheres, onde a relação homem/mulher tende a ser cada vez mais homogênea, sendo de 1,77:1 em 2006.⁽⁵⁾

O predomínio de co-infectados na faixa etária considerada economicamente ativa (19 a 65 anos)⁽⁴⁾ pode estar relacionada ao estilo de vida de adultos jovens que permeados pelo sentimento de invulnerabilidade, falta de orientação adequada, intensa atividade sexual associada ao não uso de preservativos, resultam em maior exposição ao HIV e ao *Mycobacterium tuberculosis*.⁽¹²⁾ Gera como consequências perdas econômicas, financeiras e sociais muito importantes, uma vez que

está atingindo a fase produtiva em que o indivíduo doente enfrenta dificuldades em trabalhar, prejudicando a renda familiar.⁽¹³⁾

O fato de não acometer muitos indivíduos menores de 15 anos – período da infância – como ocorreu neste estudo, pode ser justificado por dois fatores: a eficiência da vigilância do Programa Municipal DST/AIDS na transmissão vertical do HIV e altas coberturas da BCG e a eficácia da vacina. No município foram notificadas no período de 2000 a 2006, 174 gestantes portadoras do HIV e destas, 6 crianças se infectaram*. A taxa de cobertura da vacina BCG foi 143,32% em 2006.⁽⁵⁾

A grande quantidade de doentes com baixo nível escolar evidencia a estreita relação da comorbidade com os fatores relacionados às condições sociais (grau de instrução) e coletivas (privação social e marginalidade), apontando que a TB e a AIDS são doenças de magnitudes que ultrapassam as barreiras biológicas, constituindo em um grave problema social.^(7,14) A vulnerabilidade desses indivíduos se dá em não se perceberem em risco, levando à diminuição do auto-cuidado, além de terem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde.⁽¹⁵⁻¹⁶⁾

A predominância da TB pulmonar seguida de altas taxas da TB extrapulmonar reafirma que, apesar da TB pulmonar ser a forma mais freqüente em indivíduos imunodeprimidos, como no caso dos co-infectados, uma alta taxa de TB extrapulmonar é alarmante, uma vez que indica maior imunodeficiência, que na vigência de tratamento adequado para o HIV esta forma poderia ser evitada, fazendo-se o diagnóstico precoce da TB.⁽¹⁷⁾

Foi possível observar que apesar de ocorrer aumento dos índices de cura de 1998 a 2005, estes ainda são muito baixos. No ano de 2006, provavelmente, as taxas de cura, abandono e óbito serão diferentes, pois durante a coleta dos dados havia doentes que ainda estavam em tratamento. A tendência epidemiológica da TB em imunossuprimidos é diferente daquela em imunocompetentes, pois existe uma possibilidade maior de desenvolver resistência às drogas tuberculostáticas. Além disso, a infecção pelo *M. tuberculosis* acelera o processo de replicação do HIV, o que pode dificultar a cura e resultar em aumento da mortalidade para os pacientes co-infectados.⁽¹⁷⁾

Ressalta-se que um fator que contribui para a cura da co-infecção é o diagnóstico e tratamento precoce do HIV. O Programa DST/AIDS do município vem conseguindo ampliar o acesso à testagem e aconselhamento por meio de ações como a implantação de testagem rápida no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), a partir de dezembro de 2006, expansão dos campos da Unidade Itinerante em bairros distantes (loteamentos irregulares e outros) e campos de prevenção dirigidos a populações específicas, além de empresas e escolas. O programa “Fique Sabendo” também foi ampliado e atualmente todas as unidades de saúde da rede básica do município são capacitadas e realizam testagem e aconselhamento. Assim, tem-se conseguido diagnosticar os casos de co-infecção mais cedo e tratar precocemente a doença.

* Informações fornecidas pelo Programa Municipal DST/AIDS do município de São José do Rio Preto, em 2007.

A TB e o HIV são doenças historicamente estigmatizadas e o impacto negativo que uma traz a outra pode trazer conseqüências drásticas como o abandono do tratamento e elevadas taxas de mortalidade.

O indivíduo co-infectado encontra maior dificuldade na adesão ao tratamento devido a reações medicamentosas e à dificuldade da escolha de medicamentos para o tratamento da TB que possam ser associados aos anti-retrovirais sem diminuir sua efetividade, alcoolismo, drogadição, crenças do próprio doente, falta de vínculo com os profissionais e a não aceitação do TS muitas vezes por esconderem a doença.

Em São José do Rio Preto, a implantação do DOTS ocorreu em 1998. O TS era, inicialmente, realizado somente em doentes co-infectados, feito em domicílio por um funcionário contratado pelo Programa da AIDS. Entre 2001 e 2002 a cobertura do TS era de 65% entre os doentes co-infectados e entre os não co-infectados era menor que 20%. O atendimento aos doentes priorizava os que apresentavam maiores riscos de abandono do tratamento, como os drogaditos, etilistas, andari-lhos, excluídos da comunidade familiar e os co-infectados. Após a contratação de mais pessoal, o TS foi oferecido a todos os doentes que iniciavam o tratamento e a cobertura para os doentes não co-infectados atingiu 59% em 2002, aproximando-se bastante da dos co-infectados. ⁽²⁾

O diagnóstico da co-infecção foi feito principalmente no nível secundário e terciário de atenção. Esses achados demonstram a falha na organização da AB, com falta de efetividade na descoberta de casos da TB nesse nível de atenção devido à procura espontânea de atendimentos no nível hospitalar.

Considerações Finais

Apesar de o município ser considerado um dos melhores em qualidade de vida no estado de SP e apresentar uma vigilância epidemiológica eficiente no controle da AIDS, o comportamento epidemiológico da TB em co-infectados com o HIV ainda é preocupante, refletindo a necessidade de uma maior articulação entre o Programa Municipal de Controle da Tuberculose e o Programa Municipal de DST/AIDS.

Diante da extensão da sobreposição dos dois agravos, faz-se necessário buscar estratégias e ações programáticas que focalizem o TS como uma das principais estratégias para se obter a cura da TB e que melhorem a qualidade do diagnóstico nos níveis secundário e terciário, já que a AB ainda não está sendo efetivamente a porta de entrada dos doentes para os serviços de controle da TB.

Referências Bibliográficas

1. Rodrigues-Junior AL, Ruffino-Netto A, Castilho EA. Distribuição espacial da co-infecção M. tuberculosis/HIV no Estado de São Paulo, 1991-2001. Rev Saúde Pública 2006; 40(2): 265-70.

2. Vendramini SHF, Gazetta CE, Netto FC, Cury MRCO, Meirelles EB, Kuyumjian FG, et al Tuberculose em município de grande porte do sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2005; 31(3):237-43.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. Controle da tuberculose: diretrizes do plano de ação emergencial para municípios prioritários. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
4. IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>.
5. DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
6. Vendramini SHF, Villa TCS, Santos MLSG, Gazetta CE. Current epidemiological aspects of tuberculosis and the impact of the DOTS strategy in disease control. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007; 15(1):171-3.
7. Santos MLSG, Vendramini SHF, Gazetta CE, Oliveira SAC, Villa TCS. Poverty: socioeconomic characterization at tuberculosis. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007; 15 (esp.): 762-7.
8. Jansa JM, Serrano J, Cayla JA, Vidal R, Ocaña I, Español T. Influence of HIV in the incidence of tuberculosis in a cohort of intravenous drug users; effectiveness of anti-tuberculosis chemoprophylaxis. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 1998; 2(2):140-6.
9. Boffo MMS, Mattos IG, Ribeiro MO, Oliveira Neto IC. Tuberculose associada a AIDS: características demográficas, clínicas e laboratoriais de pacientes atendidos em um serviço de referenciando sul do Brasil. *J Bras Pneumol* 2004; 30(2): 140-6.
10. Caminero JAL. Guia de la Tuberculosis para médicos especialistas. Paris: Union International Contra la Tuberculosis y Enfermidades Respiratórias. 2003.
11. Oliveira HB, Marín-León L, Cardoso JC. Perfil de mortalidade de pacientes com tuberculose relacionada à comorbidade tuberculose-Aids. *Rev Saúde Publica* 2004; 38(4):503-10.
12. Unaid. 2006 report on the global AIDS epidemic. Geneva: Unaid, 2006.
13. Muniz JN, Ruffino-Netto A, Villa TCS, Yamamura M, Arcêncio R, Cardozo-Gonzales RI. Aspectos epidemiológicos da co-infecção tuberculose e vírus da imunodeficiência humana em Ribeirão Preto (SP), de 1998 a 2003. *J Bras Pneumol* 2006; 32(6): 529-34;
14. Ruffino-Netto A. Tuberculose. *Medicina (Ribeirão Preto)* 1991; 24(4):225-40.
15. Silveira JM, Sassi RAM, Oliveira Netto IC, Hetzel JL. Prevalência e fatores associados à tuberculose em pacientes soropositivos para o vírus da imunodeficiência humana em centro de referência para tratamento da síndrome da imunodeficiência adquirida na região sul do Rio Grande do Sul. *J Bras Pneumol* 2006; 32(1):48-55.
16. Pelaquin MHH, Silva RS, Ribeiro AS. Fatores associados ao óbito por tuberculose na zona leste da cidade de São Paulo, 2001. *J Bras Pneumol* 2007; 33(3):311-7.
17. Carvalho LGM, Buani AZ, Zöllner MSAC, Scherma AP. Co-infecção por *Mycobacterium tuberculosis* e vírus da imunodeficiência humana: uma análise epidemiológica em Taubaté (SP). *J Bras Pneumol* 2006; 32(5); 424-9.

Capítulo III:

Município de São Paulo



3.1. SUPERVISÃO DE SAÚDE SÉ – SÃO PAULO

*Marcel Oliveira Bataiero¹, Érica Mayumi Watanabe¹,
Clarissa Mayumi Branco¹, Lina Sayuri Mishima¹, Celina Sayuri Nakano¹,
Renata Ferreira Takahashi¹, Maria Rita Bertolozzi¹*

Este capítulo apresenta os dados preliminares referentes ao desenvolvimento da pesquisa no cenário da Supervisão Técnica de Saúde Sé, parte integrante da Coordenadoria de Saúde da Região Centro-Oeste do município de São Paulo.

O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Município, e a coleta de dados foi autorizada pela Supervisão Técnica de Saúde da região (estágio atual).

Foi efetuado um estudo epidemiológico, inquérito prospectivo entre julho e agosto 2008.

Perfil do território de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da Supervisão Técnica de Saúde Sé.

A região da Sé foi escolhida, principalmente, por contemplar os critérios fundamentais para o delineamento do estudo e captação dos dados, que incluíam: área geograficamente delimitada com equipes do Programa de Saúde da Família (PSF); alta taxa de incidência de Tuberculose (TB) e TB/HIV; desenvolvimento do Tratamento Diretamente Observado – DOTS – e de ações de controle da tuberculose nas UBS. Ademais, outro motivo que exerceu grande influência na escolha da região, foi o desdobramento da investigação sobre a implementação do DOTS nesta área. ⁽¹⁻²⁾

Ainda que se tenha em mente que todos os territórios evidenciam características predicadas, dado que expressam modos de ocupação específica dos espaços e distintas configurações em termos de relações sociais, aqueles estudos verificaram que esta é uma região com contradições e iniquidades peculiaridades, que reúnem o antigo (pois alberga o centro de São Paulo, onde tiveram início as relações de cunho comercial e que, pouco a pouco, com a expansão da Metrópole, expulsou muitos habitantes, destinando-os à periferia da Cidade) e o novo (território alvo de revitalização cultural pelo governo paulista e que incorporou os imigrantes latinos e do Oriente no processo de produção de serviços), revelando situações importantes de exclusão social.

No que se refere à organização dos serviços de saúde, a área integra Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Referência Especializada e Hospitais. Quanto à TB, é uma das localidades do Município de São Paulo que apresenta prevalência mais expressiva da enfermidade e, por esta razão, uma grande diversidade nos resultados apresentados pelas UBS quanto ao desfecho dos tratamentos: em 2004,

¹ Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP).
e-mail: bataiero@usp.br

por exemplo, as taxas de cura variaram entre 14,4% e 80%, a maior taxa de abandono foi de 33,3%, e de óbito 14,4%. No que se refere à cobertura da estratégia DOTS, naquele mesmo ano, era a região que apresentava a menor porcentagem entre casos novos (20,9%); além disso, cerca de 20,2% dos pacientes apresentavam co-infecção pelo HIV.⁽³⁾

A população moradora (distribuída em oito Distritos Administrativos) está estimada em 330.604 habitantes, é predominantemente jovem – na faixa etária de 20 a 40 anos – e o sexo feminino é mais expressivo no território.⁽⁴⁾ A menor concentração populacional encontra-se na Sé (16.927 habitantes), seguida do Bom Retiro (22.324), Cambuci (24.725), República (42.420), Consolação (48.258), Liberdade (54.536), Bela Vista (58.001) e Santa Cecília (63.413).

Dadas as peculiaridades históricas de organização dessa região, que a fazem verdadeiramente um “centro”, concentra postos de trabalho e serviços de modo geral, o que revela um complexo mosaico desorganizado de grupos sociais heterogêneos, que acabam por demandar necessidades específicas de atenção à saúde nos serviços públicos locais. Apresenta, ainda, cortiços e pensões, que constituem moradia para inúmeras pessoas que convivem em espaços exíguos.

É um território onde se multiplicam moradores de rua, que recorrem a albergues noturnos ou lugares públicos (como ruas, calçadas, viadutos, praças, canteiros, imóveis abandonados, terrenos baldios, dentre outros), o que perfaz uma situação particular em termos de necessidades de vida e de saúde⁽¹⁾. Estudos indicam que é a região que concentra o maior número de pontos de pernoite para moradores de rua no Município de São Paulo, perfazendo 198 locais.⁽⁵⁾

A concentração da população de rua no centro da cidade parece estar relacionada às oportunidades para garantir a sobrevivência por meio de pequenos “bicos” e obtenção de alimentação gratuita, distribuída por entidades filantrópicas, restaurantes e bares.

Ademais, a região da Sé, já no território do Bom Retiro, apresenta grande quantidade de oficinas de costura que subempregam, principalmente, imigrantes latino-americanos em situação de clandestinidade. Se os brasileiros excluídos já conformam um grupo de pessoas vulneráveis, os imigrantes carregam todas as chances de desgaste do seu corpo bio-psíquico, somando-se ao primeiro grupo mencionado e aumentando o problema da tuberculose na área.

Não existem dados precisos em relação ao número de imigrantes no Município de São Paulo, mas, de acordo com a Coordenação da Pastoral do Migrante, estima-se que cerca de 80.000 pessoas vivem aqui, das quais, 40% são bolivianos, 40% chilenos e 20% são originários do Paraguai e de outros países.⁽⁶⁾

Este dado é muito importante, pois demanda dos serviços de saúde que organizem sua assistência e incluam o atendimento às necessidades dessas pessoas que, certamente, apresentam-se como muito particulares, dado que se referem,

muitas vezes, a situações que evidenciam a tênue fronteira da sobrevivência. A título de exemplo, na UBS Bom Retiro, foram contratados Agentes Comunitários de Saúde (ACS) oriundos da Bolívia, no sentido de atuarem como interlocutores no processo de assistência, haja vista que esta envolve situações particulares, que se referem a culturas e valores distintos.

A Supervisão de Saúde Sé tem cinco UBS em seu território as quais desenvolvem ações de assistência nas áreas de saúde da criança, adolescente, adulto e idoso, incluindo as atividades de vigilância epidemiológica e de promoção à saúde. Todas contam com o PSF, ainda que com distintas modalidades, a exemplo do “PSF de Rua”, na UBS Santa Cecília. Neste último caso, os ACS são denominados por “Agentes de Proteção Social”.

A assistência às pessoas portadoras de TB é realizada nas UBS, envolvendo a participação de médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e ACS. A participação destes últimos, nas atividades extra-muros, é de grande relevância, incluindo a atuação em albergues e nas situações que envolvem os moradores de rua e imigrantes.

Primeira etapa da pesquisa:

Entrevistas com os doentes com tuberculose, profissionais e gerentes

As entrevistas, realizadas pelos integrantes da equipe de pesquisa em São Paulo (núcleo EEUSP), se deram nas cinco UBS da região.

Tendo em vista que, até o momento, foram coletados dados referentes à, aproximadamente, 70% da totalidade estimada, apresenta-se um panorama genérico, relativo às impressões preliminares da fase de coleta de dados, ainda não definitivo, e sujeito a alterações. Não devem, portanto, ser alvo de generalização.

Integraram o estudo, pacientes sob a estratégia DOTS e tratamento auto-administrado (TAA), trabalhadores da saúde que tinham alguma participação na assistência em TB, além de gerentes das UBS - todos convidados a participar do estudo, mediante ciência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Das 61 pessoas em tratamento para a TB, em julho e agosto de 2008 (26 na UBS Santa Cecília, 14 na Cambuci, 12 na Humaitá, 07 na Bom Retiro e 02 na Nossa Senhora do Brasil), foram entrevistadas 42. Os doentes foram selecionados segundo os seguintes critérios: ser maior de dezoito anos, estar fora do sistema prisional, em tratamento há pelo menos um mês e ainda não tê-lo concluído.

No mesmo período, foi realizada a coleta de dados junto aos profissionais de saúde que desenvolvem ações de controle da TB: 27 trabalhadores da saúde (entre Agentes de Proteção Social e Agentes Comunitários de Saúde – APS e ACS, respectivamente – auxiliares de enfermagem, enfermeiras e médicos) e 3 gerentes. Ainda devem ser entrevistados cerca de 8 profissionais e 3 gerentes (na medida em que existem UBS com mais de um gerente).

De maneira geral, verifica-se que parcela considerável dos doentes pertence ao sexo masculino, apresentam baixo grau de escolaridade, vivem em situação de rua, são usuários de drogas (álcool e tabaco) e, eventualmente, de drogas ilegais. Daqueles que não tem moradia fixa, parte importante depende de equipamentos de proteção social, tais como albergues, restaurantes populares e associações filantrópicas religiosas.

Tal situação faz com que essas pessoas se encontrem destituídas de identidade, pois os albergues, por exemplo, tem horário de funcionamento restrito ao pernoite, o que determina que retornem ao ambiente da rua – com todas as consequências dessa situação, que, indubitavelmente, repercutem no desenvolvimento da tuberculose, uma vez que aumentam as vulnerabilidades.

Por esta razão, a totalidade dos pacientes nessa situação necessita dos incentivos oferecidos com o DOTS (lanche, cesta básica, vale transporte) para sobreviver, mas estes não são entregues de forma regular, à exceção do lanche (que, também, em algumas ocasiões, não é distribuído em quantidades adequadas para o mês). Quanto ao vale transporte, segundo relatos dos profissionais de saúde, não é oferecido para a maioria dos pacientes, devido à sua falta.

A maioria dos doentes encontra-se em tratamento supervisionado (TS), referindo como principais motivos para adesão ao tratamento, a melhora da auto-estima; a possibilidade de tornarem-se mais potentes para viver, a partir da melhora clínica; assim como a possibilidade da obtenção do lanche e do desejo de conseguir a cesta básica. A maior parcela parece considerar que se sentem bem atendidos nas UBS.

No que se refere aos profissionais de saúde, a maior parte pertence ao sexo feminino e integram a faixa etária da meia-idade. A maior parcela não participou de treinamento específico para a assistência em TB, apontando a necessidade de capacitação permanente para a atuação mais apropriada. Da mesma forma, parecem mostrar-se sensibilizados em relação à situação dos doentes, que envolvem graus distintos de exclusão social, ao mesmo tempo em que se colocam como impotentes para lidar com tal realidade, buscando a sua superação, às vezes, sem respaldo das instâncias superiores.

Considerações Gerais

A aproximação dos pesquisadores junto ao território-cenário da pesquisa põe em evidência a propriedade do estudo dos componentes que integram as categorias analíticas, quais sejam porta de entrada, acesso, elenco de serviços, vínculo, coordenação da atenção, enfoque na família, orientação para a comunidade e formação profissional para o controle da tuberculose. O núcleo de pesquisa na região da Sé incorporou outra categoria estruturante da produção de serviços de saúde, que se refere à adesão ao tratamento, articuladamente à categoria vínculo.

Acreditamos que a tuberculose requer uma interpretação que transcenda o modelo que se restringe às ações programadas de saúde, incorporando elementos no processo de produção de serviços de saúde que admitam a determinação social da enfermidade, uma vez que se coloca como resultado de processos de produção e de reprodução social.

Referências Bibliográficas

1. Bertolozzi MR. A adesão ao Programa de Controle da Tuberculose na perspectiva da estratégia do Tratamento Diretamente Observado (“DOTS”) no Município de São Paulo. [Tese de Livre-Docência]. São Paulo: Rev. Esc. Enfermagem USP. 2005.
2. Sánchez AIM. O Tratamento Diretamente Observado – DOTS – e a adesão ao tratamento da tuberculose: significados para os trabalhadores de Unidades de Saúde da região central do Município de São Paulo – Brasil. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Rev Esc. Enfermagem USP 2007.
3. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Plano de Intensificação da Vigilância e Controle da Tuberculose no Município de São Paulo. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2003.
4. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - **SEADE**. [Acesso em 2008 Agosto 20]. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>>
5. Vieira MAC, Bezerra EMR, Rosa CMM. População de rua: quem é, como vive, como é vista. São Paulo: Hucitec; 2004.
6. São Paulo. Secretaria de Saúde do Município. Centro de Prevenção e Controle de Doenças. [Acesso em 2008 Agosto 16]. Disponível em: <http://www.prefeitura.gov.br>



Capítulo IV:

**Pesquisas operacionais em municípios
prioritários para o controle da
tuberculose do Estado da Paraíba**



4.1 ACESSO AO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE: AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONAIS E DE DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – CAMPINA GRANDE/PB, BRASIL (2007).

*Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo¹, Tereza Cristina Scatena Villa²,
Antonio Ruffino-Netto³, Lúcia Marina Scatena⁴*

Introdução

O acesso é primordial no controle da Tuberculose (TB), uma doença negligenciada e com forte estigma social que vêm aumentando progressivamente. O acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade são considerados como elementos essenciais do atendimento, para que se possam incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade⁽¹⁾.

O objetivo deste estudo foi avaliar as características organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde no acesso dos doentes para o tratamento da TB no município de Campina Grande – PB.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico, inquérito prospectivo, pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa.

Neste estudo serão apresentados os resultados referentes à dimensão acesso ao tratamento.

A população do estudo compôs-se de 106 doentes de TB, conforme critérios de inclusão apresentados no capítulo 1.

Local de estudo

Campina Grande, segundo município do Estado da Paraíba com população de 371.060 habitantes⁽²⁾, de acordo com o IBGE. O município adotou o Programa Saúde da Família (PSF) como modelo de organização da atenção à saúde, a partir de 1994; em 2008 conta com 85 equipes de saúde da família, que faz cobertura a 71% da população.

1 Universidade Estadual da Paraíba – UEPB;

2 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

3 Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

4 Professora Doutora (PRODOC-CAPES) do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Saúde Pública - EERP-USP.

E-mail: taniaribeiro_2@hotmail.com

No que diz respeito à TB, em 2007, o município registrou 124 casos de TB bacilífera, sendo 108 deles novos, coeficiente de incidência de 29 casos por 100.000 habitantes e 71,6% de cura.

As ações de controle da TB são desenvolvidas nas 85 Equipes Saúde da Família (ESF) e 01 Unidade de Referência (UR) para tratamento da TB.

Resultados

Os resultados mostram que os participantes do estudo são 42,45% do sexo feminino e 57,54% do sexo masculino, possuíam baixo nível de escolaridade, 20,75% sem escolaridade e 51,88% não concluíram ensino fundamental. Quanto ao número de pessoas que habitavam na mesma residência, 64,2% afirmaram que moravam com 4 ou mais pessoas, 30,2% com 2 a 3 pessoas e 5,7% apenas uma pessoa.

Famílias numerosas mostram uma relação direta com a TB, visto que o risco para desenvolver a doença em domicílios com quatro ou mais pessoas é considerado cerca de três vezes maior quando comparado aos domicílios com duas ou menos pessoas⁽³⁾.

Dos doentes entrevistados quase todos tinham as necessidades básicas do domicílio satisfeitas (isto é, luz elétrica, água encanada, banheiro privativo, geladeira, televisão e/ou rádio em casa), mas, na sua maioria eram de nível sócio econômico baixo, 61,32% tinham telefone e apenas 10,37% tinham carro. A maioria deles residiam em casa própria 75,47%, de alvenaria 99,05%, com 5 ou mais cômodos 68,86%.

Em relação ao tipo de tratamento utilizado pelos doentes, 83,96% realizaram TAA e 16,03% TS. Apesar dos avanços na implementação do TS, a sua cobertura varia segundo as regiões, estados, cidades e, até mesmo de uma unidade de saúde para outra. As explicações podem envolver desde questões políticas, gerenciais, até questões operacionais no espaço micro dos serviços de saúde⁽⁴⁾.

Quanto ao vale transporte disponibilizado pelo serviço de saúde para viabilizar a ida do doente até a unidade de saúde para realizar o tratamento, 73,58% afirmaram que nunca receberam. A distribuição de incentivos (cestas-básicas, vale-transportes, dentre outros) pelo PCT, apesar de não resolver a situação de pobreza na qual a maioria dos doentes de TB está inserida, colabora de certa forma na situação nutricional dos mesmos, além de estimular a adesão ao tratamento⁽⁴⁾.

No que refere à “oferta de medicamento durante o tratamento de TB”, não foi observado diferenças entre as unidades PSF e UR, demonstrando que há satisfação na distribuição da medicação.

Um estudo sobre a implementação da estratégia DOTS na Federação Russa destaca como vantagem do sistema de controle da TB para a cura do doente a oferta gratuita do medicamento⁽⁵⁾.

Para comparar os indicadores de acesso ao tratamento entre as unidades PSF e UR, os dados foram submetidos à análise de variância (tabela 1).

Tabela 1 - Itens do questionário, indicadores de acesso ao tratamento e resultados do Teste F da análise de variância e Teste H da análise de variância não-paramétrica.

Itens do questionário	Indicadores				Teste F Teste H
	PSF n= 32		UR n = 74		
	média	DP	média	DP	
Consulta médica < 24 horas ^a	4,34	1,18	3,86	1,36	0,088
Perde o turno de trabalho ou compromisso para consultar ^b	3,12	1,77	2,59	1,67	0,1438
Uso de transporte motorizado ^b	4,68	0,99	1,31	0,96	0,0001*
Espera para consulta acima de 60 minutos ^b	3,34	1,41	2,97	1,28	0,1871
Despesa transporte para consulta ^b	4,68	1,03	1,73	1,26	0,0001*
Visita domiciliar ^a	2,53	1,62	1,19	0,71	0,0001*
Procura SS mais próximo para tratamento ^a	4,43	1,01	1,13	0,69	0,0001*

Legenda: em negrito resultados do Teste F; DP = desvio-padrão.

* $p < 0,05$

Categorias de respostas dos itens do questionário:

a = (1=nunca; 2=quase nunca; 3=às vezes; 4=quase sempre; 5=sempre).

b = (1=sempre; 2=quase sempre; 3=às vezes; 4=quase nunca; 5=nunca).

Na comparação do indicador “conseguir consulta em 24 horas durante o tratamento” entre as unidades de PSF (média 4,34) e UR (média 3,86), as diferenças não foram consideradas estatisticamente significante ($p > 0,05$), demonstrando semelhança entre os dois tipos de serviço.

Estudos que exploram as percepções e as experiências do acesso aos cuidados de TB em diversos ambientes sugere que a procura dos serviços de saúde pelo doente e o acesso, são influenciados por muitos fatores, incluindo o baixo conhecimento sobre a TB, percepções de processos do diagnóstico e do tratamento, pobreza, custos indiretos e diretos de acesso ao cuidado, a exclusão social, o estigma e a marginalização⁽⁶⁻⁷⁾.

No Estado de São Paulo foi realizado estudo onde os autores classificaram o acesso aos serviços de saúde de insuficientes e enfatizaram que esta dimensão está inserida em um dos pilares mais estruturantes e complexos da atenção básica nos sistemas de saúde⁽⁸⁾.

Considerando o item do questionário, “perder o turno de trabalho ou compromisso para consultar”, os indicadores das unidades PSF (3,12) e UR (2,59) foram considerados semelhantes ($p > 0,05$) entre os serviços (tabela 1).

Estudos realizados no município de Petrópolis que avaliou a dimensão “Acesso aos serviços de saúde na atenção básica” identificaram como barreiras no acesso, o horário de atendimento das unidades até as 18 horas⁽⁹⁾ e em São Paulo, a acessibilidade é percebida por usuários, profissionais e gestores como a pior dimensão nos três extratos de exclusão e nas duas modalidades de assistência básica, PSF ou UR com Programas de Controle da Tuberculose⁽¹⁰⁾.

Outro indicador considerado semelhante ($p>0,05$) entre as unidades de PSF (3,34) e UR (2,97) foi em relação à necessidade de aguardar mais de 60 minutos para o atendimento (tabela 1).

A demora no atendimento e horários incompatíveis com os turnos de trabalho faz com que muitos indivíduos deixem de procurar o serviço de saúde chegando até a abandonar o tratamento, uma vez que os pacientes têm receio de perder o emprego diante da necessidade de faltas e atrasos⁽¹¹⁾.

Destaca-se o papel central dos serviços de saúde no controle da doença, uma vez que, a própria organização e funcionamento dos serviços podem vir a dificultar não apenas as vantagens obtidas em um diagnóstico precoce da TB, mas também pode repercutir diretamente na motivação do doente com graves repercussões no tratamento e cura do mesmo.

Além disso, verifica-se na tabela 1 que os indicadores necessidade de utilizar transporte motorizado para ir ao serviço de saúde, pagar pelo transporte para consultar e realização do tratamento no serviço mais próximo da casa do doente durante o tratamento apresentam diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$) entre as respostas dadas pelos doentes atendidos na UR e os doentes atendidos no PSF. Estes últimos apresentam resultados mais satisfatórios em relação ao acesso ao tratamento, visto que apresentam médias maiores nesses indicadores analisados (4,68, 4,68 e 4,43, respectivamente) do que os doentes atendidos na UR (1,31, 1,73 e 1,13, respectivamente). Esses resultados demonstram que os doentes de TB atendidos na UR não fazem o tratamento perto do domicílio, apresentando maior necessidade de transporte motorizado para ir ao serviço de saúde durante o tratamento e de pagar por esse transporte do que os doentes em tratamento no PSF.

Possíveis explicações para os resultados encontrados podem estar relacionados a aspectos de organização interna dos serviços de saúde e não geográfica uma vez que o município apresenta uma cobertura de 71% do PSF e todas as equipes de saúde desenvolvem ações de TB. Nesse sentido são pertinentes algumas reflexões em relação à compatibilidade do horário de atendimento da unidade com a disponibilidade de tempo de alguns doentes (período noturno), qualidade do acolhimento, estigma da doença e inclusive a questão do vínculo entre os profissionais e doentes de TB.

A TB impõe significantes custos ao doente e família (transporte, alimentação durante as viagens aos serviços de saúde, perda salarial, de produtividade e de tempo) com desproporcional impacto na pobreza⁽¹²⁾. Pacientes que sofrem de TB

são menos dispostos ao trabalho, que pela sua debilidade não gera renda suficiente a sua família. Essa situação piora na presença de barreiras geográficas que obrigam ao doente se deslocar de um local para outro geralmente através de transporte coletivo motorizado.

Além do aspecto organizacional como fator explicativo para os resultados do estudo é imperativo trazer à tona discussões relacionadas ao estigma da doença. O estigma e a discriminação têm um grande impacto no controle da TB, uma vez que os doentes não se identificam como tal, ao procurar atendimento nos serviços públicos, tornando-se uma barreira para o acesso aos serviços de saúde e trazendo como consequência na maioria das vezes o agravamento dos sintomas, maior dificuldade de tratamento e risco de contágio⁽¹³⁾.

Em relação ao indicador recebimento de visita domiciliar durante o tratamento, verifica-se que o mesmo apresenta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) na comparação entre os doentes atendidos pelo PSF (média 2,53) e os doentes atendidos na UR (média 1,19), demonstrando que estes receberam menos visitas domiciliares durante o tratamento da TB (tabela 1).

Apesar da ampliação do PSF no município de Campina Grande, percebe-se que as ESF ainda apresentam dificuldades em assumir a responsabilidade do tratamento do doente de TB, visto que o número de visitas domiciliares realizadas aos doentes ainda permanece em níveis considerados regulares.

Estudo realizado sobre o envolvimento das equipes de saúde da Atenção Básica com o controle da tuberculose no Estado São Paulo identificou que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) expressam certa resistência à incorporação do TS e busca de sintomáticos respiratórios (BSR) na rotina diária das atividades executadas por esses serviços em decorrência da falta de recursos humanos⁽⁴⁾. Os autores referem que a falta de recursos humanos (RH) na Atenção Básica pode resultar na sobrecarga de funções entre os profissionais e comprometer a capacidade resolutiva dos serviços, o processo de interação com o doente de TB, bem como o vínculo e adesão ao processo terapêutico.

Os coeficientes do Alpha de Cronbach não padronizados e padronizados foram, respectivamente, 0,7275 e 0,7075, com base nos 8 itens do questionário.

O item, perder o turno de trabalho ou compromisso para consultar, possui menor correlação entre o item e o total (0,1203). O Alpha de Cronbach quando o respectivo item é desprezado mostra o impacto que teria a retirada deste item do questionário, neste caso obteve-se um valor de Alpha de 0,7665. Isto não significa que este item não seja útil na avaliação do acesso ao tratamento, mas é uma evidência de que esteja avaliando o acesso ao tratamento sob um aspecto diferente dos demais. Entretanto, optou-se pela não retirada deste item, considerando que o valor de Alpha 0,7275 para pesquisa exploratória estaria mensurando o objeto que se pretendeu avaliar de acesso ao tratamento.

Considerando a análise de confiabilidade do questionário os valores da estatística (padronizados ou não) demonstram que os 8 itens formam um conjunto consistente no sentido de mensurar um mesmo objeto e demonstram que as escalas utilizadas são consistentes.

A correlação entre o item e o total é o coeficiente de correlação entre o item e o indicador total, depurado de sua própria contribuição⁽¹⁴⁾. Essa correlação mede a associação do item com as outras medidas tomadas em conjunto.

Considerações finais

Os resultados do estudo dizem respeito à organização e desempenho dos dois tipos de serviços de saúde (PSF e UR) que oferecem atenção à TB no município de Campina Grande/PB. Identifica-se que os doentes demandam com maior frequência a UR para o tratamento da TB. Tal situação representa de alguma maneira a presença de algumas barreiras principalmente no que diz respeito à localização geográfica, possível de ser superada em função da cobertura do PSF no município.

Julga-se necessária uma efetiva intervenção dos gestores e profissionais de saúde, de modo a identificar os fatores que estão influenciando na demanda de tratamento da TB em locais não próximos ao domicílio do doente.

O controle da TB não depende apenas e especificamente da existência e gratuidade do tratamento medicamentoso. Outros elementos no processo de atenção adquirem relevância para a melhora do acesso, da adesão e co-responsabilização do doente e família. Ações de educação também devem ser impulsionadas em cada encontro com os profissionais de saúde, bem como a promoção, esclarecimentos e estabelecimento do vínculo que favoreça a confiança no saber científico e nos serviços de saúde.

Referências Bibliográficas

1. Ramos, DD, LIMA, MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2003.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Base de Informações municipais. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 23 jan. 2008.
3. Menezes AMB, Costa JD, Gonçalves H, Morris S, Menezes M, Lemos S, Oliveira RK, Palma E. Incidência e fatores de risco para tuberculose em Pelotas, uma cidade do Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 1998; 1(1): 50-60.
4. Monroe AA, Cardozo Gonzales RI, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino Netto A.; Vendramini SHF, Villa TCS. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. *Rev Esc Enfermagem USP* 2008; 42 (2): 262-8.

5. Atun RA, Samyshkin YA, Drobniowski F, Skuratova NM, Gusarova G, Kuznetsov SI, Fedorin IM, Coker RJ. **Barriers to sustainable tuberculosis control in the Russian Federation health system.** Bull Natl Tuberc Respir Dis Assoc 2005; 83, (3): 217-23.
6. Asch S, Leake B, Andreson R, Gelberg L. Why do symptomatic patients delay obtaining care for tuberculosis? Am J Resp Crit Care Med 1998; 157. 1244-8.
7. Barr RG, Diez-Roux AV, Knirsch CA, Pablos MA. Neighborhood poverty and the resurgence of tuberculosis in New York City, 1984–1992. Am J public Hlth 2001; 91 1487–93.
8. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, Viana ALD'A. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. Ciência & saúde coletiva 2006;11 (3): 683-703.
9. Macinko J, Almeida C, Oliveira E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. Saúde em Debate 2003; 27 (65): 243–56.
10. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Junior AE, Gomes A, Bousquat A. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciênc saúde coletiva 2006; 11 (3): 633-41.
11. Dimitrova B, Balabanova D, Atun R, **Drobniowski F, Levicheva V, Coker R.** Health service providers perceptions of barriers to tuberculosis care in Russia. Hlth Policy plann 2006; 21 (4): 265–74.
12. Organização Mundial da Saúde (WHO). Global TB control, surveillance, planning, financing. Geneva:WHO. 2005.
13. Baral SC, Karki DK, Newell JN. Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study. BMC Publ Hlth 2007; 7 211.
14. Pereira JCR. Análise de dados qualitativos: Estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. 3.ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

4.2 O VÍNCULO E A RELAÇÃO COM AS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE: CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA*

Anna Luiza Castro Gomes⁵, Lenilde Duarte de Sá¹,
Jordana de Almeida Nogueira¹, Tereza Cristina Scatena Villa⁶,
Káren Mendes Jorge de Souza¹, Alessandra Miranda Moraes⁷

Introdução

O conceito de vínculo é polissêmico. Perpassa por áreas das ciências sociais e da saúde assumindo caráter e abordagens diversas tais como: de dimensão, diretriz, estratégia, tecnologia, objetivo e relação. Além do que, apresenta uma interface com outros grandes conceitos em saúde pública como o da humanização, do acolhimento, da responsabilização, da integralidade e da co-gestão.

No que concerne à Atenção Primária à Saúde (APS), o vínculo é considerado uma de suas dimensões e pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo.⁽¹⁾ Depende do modo como as equipes de saúde se responsabilizam pela saúde do conjunto de pessoas que vivem em determinada microrregião. 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.⁽²⁾ Portanto, pode-se considerar o vínculo como algo que ata ou liga pessoas, indicando interdependência; relações com, linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os usuários e vice-versa.⁽³⁾

As diretrizes nacionais de controle da tuberculose (TB) estão sendo nos dias atuais, operacionalizadas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) por meio do *Directly Observed Treatment Short-Course* (DOTS) o que reafirma a política de descentralização dos serviços estabelecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).⁽²⁾ Assim, considera-se que o modo de organização da estratégia SF favorece a produção de vínculos entre profissionais de saúde e usuários com TB, já que as unidades de SF favorecem o primeiro contato das comunidades com o serviço permitindo que as ESF se adaptem às diferentes necessidades da comunidade sob sua respon-

* Artigo original extraído da dissertação de mestrado apresentada, em novembro de 2007, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba - PPGENF/CCS/UFPB, intitulada: Avaliação do desempenho das Equipes de Saúde da Família no controle da Tuberculose no município de Bayeux – PB: o vínculo e o processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde.

5 Universidade Federal da Paraíba (UFPB);

6 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP;

7 Prefeitura Municipal de Santa Rita – PB

e-mail: annaenf@gmail.com

sabilidade; e promovem um relacionamento mais próximo e duradouro entre os usuários e serviços de saúde.

Outro fato é que a estratégia DOTS, tem sido considerada exitosa no que concerne a mudança positiva de índices de cura da TB e tem expressado a redução do abandono e da mortalidade. Importante também destacar que o DOTS possibilita a participação do usuário com TB como sujeito do processo terapêutico, fato que promove entre outras ações, a construção de vínculos entre usuários e os profissionais por meio de uma relação de confiança, afinidade, responsabilidades e compromissos mútuos.⁽⁴⁾

Reconhecendo que as ações de combate a TB assumem diferentes conformações em função das singularidades dos sujeitos e dos seus cenários e que o cuidado ao doente, na perspectiva da integralidade, requer o estabelecimento de uma relação de confiança e compromisso entre os envolvidos no processo terapêutico, esse estudo tem por objetivo identificar as concepções de vínculo que norteiam as práticas das ESF com relação às medidas de controle da TB no município de Bayeux – PB/Brasil.

Método

Estudo epidemiológico, inquérito de abordagem qualitativa, desenvolvido a partir da observação livre do campo durante todo o mês de março do ano de 2007 com o objetivo de compreender a organização dos serviços de atenção primária no município de Bayeux-PB, bem como a operacionalização da estratégia DOTS pelas ESF locais. O referencial teórico-metodológico encontra-se fundamentado no conceito de vínculo como dimensão da APS ⁽³⁾ e na técnica de análise de discurso, a qual procura identificar, mediante temas e figuras reveladas nos depoimentos a visão de mundo de uma determinada classe social, e, por conseguinte a posição social dos sujeitos.⁽⁵⁾

A opção pelo município de Bayeux deve-se ao fato do mesmo ser considerado um dos 06 (seis) prioritários para o controle da TB no estado, já que apresenta características e problemáticas peculiares às grandes regiões metropolitanas brasileiras. O município de Bayeux, com uma população estimada em 95004 habitantes (IBGE 2006), possui 28 ESF que estão responsáveis pela operacionalização do DOTS em casos de TB.

Os dados deste estudo foram produzidos mediante a realização de 07 (sete) grupos focais, formados com o número mínimo de 06 e máximo de 12 participantes por grupo, os quais reuniram os profissionais que integravam 16 ESF que até o mês de março de 2007 estavam acompanhando usuários em tratamento para TB, sendo 05 (cinco) médicas, 13 (treze) enfermeiras, 13 (treze) técnicas de enfermagem e 06 (seis) ACS.

Os depoimentos gravados foram transcritos e organizados em torno das questões norteadoras, utilizando-se a técnica de análise do discurso, a qual permitiu identificar as concepções dos profissionais das ESF sobre vínculo e como tais concepções influenciam suas práticas no tocante ao cuidado das pessoas com TB. A análise do material empírico produzido permitiu sintetizar os temas dos depoimentos na seguinte categoria empírica: As concepções de vínculo e o envolvimento das ESF com o doente de TB e sua família.

Resultados e discussão

O estudo revelou que o estabelecimento do vínculo entre as ESF e o doente de TB depende do modo como as equipes se responsabilizam pela saúde da comunidade na qual o doente está inserido e, principalmente do envolvimento cotidiano das mesmas com a dinâmica familiar desse usuário. Reconhece uma enfermeira:

“A gente está todo dia com aquele paciente. A gente conhece quando ele chega um pouquinho assim [triste, preocupado]. Aí, conversamos com ele e ele se abre com a gente” (E 12).

Com relação às concepções de vínculo apresentadas pelas ESF constatou-se a predominância da idéia de “ligação” e de “elo” teorizada por Ribeiro (2005) e ainda concepções sobre relações que envolvem confiança, afinidade, compromisso e responsabilidade como mostram os seguintes depoimentos:

“É um elo, uma ligação, uma intimidade [...] se torna até uma relação de amizade, assim, dos pacientes com a gente. Eles confiam muito na gente” (TE10);

“Vínculo é uma dependência, uma ligação que você pode ter com alguma coisa, um elo” (M 4);

“O que eu entendo por vínculo é assim, a confiança que o paciente adquire com o profissional de saúde assim, de expor o seu problema, de não ter vergonha de contar, não é? [...] uma relação de confiança [...] Eles têm confiança na gente. A gente vai passar segurança para eles, não é? Vai orientar” (TE6).

Este último depoimento mostra que o estabelecimento da relação de vínculo entre doente e profissional permite, muitas vezes, suprir necessidades, intervenções, aconselhamento, partilha de opiniões, promoção de suporte psico-

lógico, ou seja, impulsiona o desenvolvimento de ações voltadas para o alívio das ansiedades, necessidades e dores do doente. Reconhece-se, portanto o significado do vínculo como o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde através da produção de relações de escuta, de diálogo, de respeito, no qual o doente passa a entender a significância do cuidado a ele prestado e sua co-responsabilidade nesse processo. ⁽¹⁾

Foram apresentados pelas ESF fatores que potencializam a construção do vínculo, tais como: o tempo de atuação do profissional na comunidade, a realização de consultas e visitas domiciliares, a responsabilidade e o envolvimento com as ações de controle da doença em especial com a operacionalização do DOTS.

“[...] Criei um vínculo. São seis anos de trabalho” (M 2);

“Aí quando ela [a doente] percebeu que eu estava preocupada com o caso dela, ela passou a ser diferente comigo. Ela chega na unidade sorrindo, fala direito comigo... essa interatividade paciente/profissional” (E 11).

A respeito do envolvimento com as ações de controle da TB, destaca-se a atuação da enfermagem nas atividades de supervisão do tratamento e busca de faltosos, essas consideradas fundamentais para o controle da TB, uma vez que favorecem a identificação do usuário acometido pela doença e a conclusão do tratamento e exigem o estabelecimento de um padrão de confiança e intimidade entre doentes e profissionais de saúde, ou seja, a produção de relações de vínculo. A seguir são apresentados relatos feitos por profissionais das ESF:

“[...] os pacientes, eles tem uma confiança muito grande no profissional, principalmente, na enfermeira e na auxiliar que está muito próxima dele” (TE 6);

“Quando chega um paciente [de TB] elas dizem: procura a enfermeira ali. Só com ela, tudo procura logo a enfermeira” (E12);

“então quando a gente adquire esse vínculo, a gente tem facilidade de percorrer todo o tratamento..., acho importantíssimo esse momento quando a gente adquire essa confiança, a gente faz logo o tratamento” (E8).

Vale ressaltar que o vínculo de compromisso e co-responsabilidade foi proposto para a estratégia SF objetivando o alcance de finalidades estratégicas tais

como: auxiliar na transformação do modelo biomédico hospitalocêntrico para o de produção social e de produção da saúde ao nível da APS, ampliar responsabilidades dos profissionais e usuários na condução dos serviços de saúde e humanizar práticas de atendimento em saúde. (6) O exercício da integralidade trata-se de uma prática intersubjetiva, na qual o profissional de saúde relaciona-se com um sujeito, que pensa, sente, julga, deseja. Em outras palavras, os profissionais de saúde devem desenvolver relações intersubjetivas, nas quais o usuário assuma a condição de sujeito e não de objeto.(7) Isso significa que a equipe de saúde deve estar sensibilizada para conhecer/identificar as necessidades do usuário, e com ele definir prioridades, propor soluções e ajustar o plano de cuidados, através de um processo de compromissos partilhados, potencializando, deste modo, a adesão terapêutica do doente de TB e, por consequência, favorecendo as ações de controle da TB na APS.(8)

Assim, para a realização de uma prática que atenda à integralidade, é necessário o exercício efetivo do trabalho em equipe, de forma a acolher os usuários, estabelecer vínculos, de modo a mostrar envolvimento e solidariedade com o problema de saúde dos usuários, se relacionarem com eles como sujeitos-cidadãos plenos, com direitos e condições de participar, de ser um sujeito do seu próprio processo terapêutico. Portanto, deve-se considerar a capacidade da equipe de se responsabilizar pela atenção integral à saúde daqueles que vivem em um dado território.

Nesse enfoque, percebemos que a postura dos profissionais das ESF influencia no modo como o usuário vai compreender a doença, aceitar ou não aceitar o tratamento e conduzir a sua própria vida na condição de pessoa que está sendo cuidada. Por isso é importante que as equipes estejam preparadas tecnicamente para apoiar e favorecer esse processo mostrando-se solidárias.

Considerações finais

A possibilidade de identificar as concepções de vínculo que norteiam a prática das ESF no controle da TB revelou coerência com os conceitos teóricos estudados, sendo evidenciadas, na relação equipe/doente, confiança, compromisso, intimidade, e responsabilidade. Ressalta-se que o vínculo estabelecido entre profissionais das ESF e usuários amplia a eficácia das ações de controle da TB, favorecendo a participação do usuário durante a prestação do serviço. Entretanto, observou-se no estudo, que as atividades de recepção seguem em via de regra um cardápio preestabelecido centralizado na figura do profissional enfermeiro. Tal fato traduz a necessidade de interação das ESF com as ações de controle para que, desse modo, seja desenvolvido um cuidado ao doente de TB na perspectiva da integralidade e coerente com o discurso político do SUS e da estratégia SF.

Referências Bibliográficas

1. 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. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2006.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.
3. Campos GWS. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec. 2003.
4. Arcêncio RA. A organização do tratamento supervisionado nos municípios prioritários do estado de São Paulo [dissertação]. Ribeirão Preto: Rev Esc. Enfermagem USP. 2005.
5. Fiorin JL. Elementos da análise de discurso. 7ª ed. São Paulo: Contexto-Edusp. 1999.
6. Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino Netto A, Vendramini, SHF, et al. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. Rev Esc Enfermagem USP 2008; 42(2): 262-7.
7. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública 2004; 20(5):1411-6.
8. Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. Texto Contexto 2007; 16(4): 712-8.

4.3 O SISTEMA DE INFORMAÇÃO NA SUSTENTABILIDADE DA ESTRATÉGIA DOTS NOS SEIS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DA PARAÍBA-BRASIL

Jordana de Almeida Nogueira¹, Iane Alves de Lemos², Lenilde Duarte de Sá¹, Uthania de Mello França¹, Sandra Aparecida de Almeida³, Teresa Cristina S. Villa⁴, Antonio Ruffino Netto⁵, Dinalva Soares de Lima⁶

Introdução

Para o controle da tuberculose (TB), ao longo da história da saúde, ações e programas têm sido criados e implementados. Desde 1993, vem sendo recomendado que os países que acumulam maior carga da doença, entre eles o Brasil, adotem a estratégia DOTS (Directly Observed Treatment). Esta estratégia propõe “a integração do cuidado de saúde primária e adaptação contínua de reformas dentro do setor saúde”⁽¹⁾ sendo constituída por 5 pilares: detecção de casos por bacilos-

1 Universidade Federal da Paraíba (UFPB);

2 Secretaria Municipal de Saúde de Monteiro - PB;

3 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE) - PB;

4 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP);

5 Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP);

6 Secretaria Estadual de Saúde (LACEM) – PB.

e-mail: jal_nogueira@yahoo.com.br

copia entre sintomáticos respiratórios que demandam os serviços gerais de saúde; tratamento padronizado de curta duração, diretamente observável e monitorado em sua evolução; fornecimento regular de drogas; sistema de registro e informação que assegure, a avaliação do tratamento; compromisso do governo colocando o controle da tuberculose como prioridade entre as políticas de saúde.

No Brasil, essa estratégia foi proposta em 1998 no Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) sendo então estabelecidas novas diretrizes de trabalho, com vistas à incorporação das ações de controle da TB no âmbito da Atenção Primária a Saúde (APS). A eficácia da estratégia DOTS se encontra no cumprimento dos cinco pilares, uma vez que os mesmos apresentam complementaridade entre si. Reconhece-se, entretanto que um sistema padronizado e eficiente de registro e notificação de dados⁽¹⁾ constitui-se em importante ferramenta para avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, caracterizando-se como instrumento de condução de processos decisórios e mudança de situações potencialmente melhoráveis.⁽²⁾

Tradicionalmente no Brasil, a produção e utilização da informação em saúde, dando origem a diagnósticos sobre a situação sanitária de cada município, quase sempre foram realizadas pelos governos federal ou estadual, sem participação local. Contudo, a Lei Orgânica da Saúde prevê como competências das três esferas, a organização e coordenação do Sistema de Informação em Saúde. O Sistema de Informação de Agravo de Notificação – SINAN que integra o Sistema de Informação em Saúde (SIS) no Sistema Único de Saúde (SUS) é a principal fonte de registros de doenças transmissíveis, entre elas a tuberculose.

A manutenção periódica, atualização e avaliação da base de dados do SINAN são condições fundamentais para o acompanhamento da situação epidemiológica (morbimortalidade) dos casos de TB e sua utilização efetiva possibilita a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência deste agravo na população.⁽³⁾ Ainda permitem ao gestor e profissionais de saúde conhecer, o desfecho terapêutico dos casos, as formas clínicas mais incidentes, a proporção de casos pulmonares diagnosticados por baciloscopia, distribuição geográfica dos casos, informações essenciais para a definição de estratégias de intervenção.

Considerando que o SINAN constitui-se como principal ferramenta para subsidiar o planejamento, a coordenação e supervisão das ações de controle da TB no âmbito da APS e, por conseguinte para a viabilidade da estratégia DOTS, caracteriza-se como relevante identificar as dificuldades enfrentadas pelos coordenadores municipais do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) no manejo e condução operacional deste sistema. Portanto este estudo teve como objetivo conhecer a percepção dos coordenadores do PCT de seis municípios paraibanos quanto à utilização do SINAN como instrumento da estratégia DOTS.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico, modelo inquérito. O estudo insere-se no projeto “Situação da implantação do DOTS para o controle da TB em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades de acordo com as características regionais”/CNPq (2005-2008) Institutos do Milênio, nº 62.0055/01-4. Sua execução iniciou-se em 2005, envolvendo regiões brasileiras, dentre elas, o Estado da Paraíba.

Esleveu-se como cenário da pesquisa, os seis municípios considerados prioritários pelo Ministério da Saúde no controle da tuberculose na Paraíba: João Pessoa, Campina Grande, Bayeux, Santa Rita, Patos e Cajazeiras. Optou-se pelo recurso técnico da abordagem qualitativa, utilizando-se a entrevista semi-estruturada como técnica para coleta de dados. As questões norteadoras centraram-se no uso e condução da informação gerada pelo SINAN, em especial relacionadas à TB, bem como a dificuldades encontradas para o seu manejo. As entrevistas foram realizadas em outubro e novembro de 2005, envolvendo 08 profissionais responsáveis pela coordenação do PCT estadual e dos municípios prioritários. Os dados foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo⁽⁴⁾, que se conformaram em duas Unidades Temáticas.

Resultados

A utilização do SINAN como instrumento de avaliação e planejamento para as ações de controle da tuberculose: um desafio para os serviços de saúde

A ampliação e qualificação das ações em saúde no âmbito da Atenção Primária no Brasil, advindos da implementação do SUS e da crescente descentralização dos serviços, vêm ampliando a utilização dos sistemas de informação como instrumentos de planejamento e gestão.(5) O seu uso sistemático, descentralizado, contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à indicadores e os tornem disponíveis para a comunidade. É portanto, um instrumento relevante para definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das decisões.(3)

Todavia, reconhece-se que os dados gerados pelo SINAN não devem ser entendidos apenas como provenientes de uma ação burocrática e sim apropriados pelos gestores e profissionais de saúde na rotina dos serviços e utilizados para monitoramento e avaliação das ações. Neste estudo, evidenciou-se que nos municípios estudados as informações geradas pelo sistema, são reconhecidas como relevantes pelos coordenadores de PCT:

“... avaliar dados referentes a históricos e medicação, saber se aumentou a cura, saber se a gente está com nível de abandono que seja admissível”. (E3)

“... é através dele [SINAN] que a gente puxa os relatórios, para avaliação do sistema no sentido de saber como está o município com relação ao número de casos de TB,, abandonos, sintomáticos respiratórios, tudo que a gente quer, a gente tem”. (E4)

“... a gente sabe que o sistema de informação é suporte para que a gente avalie, trace metas e elabore o nosso cronograma de ação”. (E2A)

Os discursos revelam que os entrevistados entendem o SINAN como fonte para avaliação das ações de controle, por meio do qual identificam coeficientes de morbidade, taxas de abandono e cura ao tratamento de TB, e o reconhecem como instrumento norteador para o planejamento de ações no âmbito local.

O SINAN define prioridades na APS na medida em que a informação permita o delineamento da situação sanitária e forneça subsídios para o melhor desempenho técnico. Contudo, antes de se constituir uma questão estatística ou epidemiológica, a escolha de indicadores ou variáveis a serem quantificadas deve ser definida pelo conhecimento de objetivos e metas a serem atingidos pelos municípios.⁽⁶⁾

Apesar do reconhecimento de que os dados gerados pelo SINAN devam ser utilizados para o acompanhamento dos casos de TB e avaliar a situação epidemiológica da doença no nível local, apenas dois entrevistados relataram que realizam avaliação mensal das informações geradas pelo sistema:

“... mensalmente a gente está pedindo a cada unidade e eles já estão contribuindo com isto”. (E4)

“... agora existe uma avaliação mensal de cada paciente. A pessoa de informação manda uma planilha para a gente informar como é que tá sendo feito o controle do paciente e depois vem a avaliação no final do tratamento que é a alta do paciente”. (E6)

Observa-se que a avaliação mensal ainda é um procedimento pouco instituído pelos serviços de saúde dos municípios estudados. Enfatiza-se que a mesma precede da regularidade de preenchimento dos registros e alimentação do banco de dados, o que possibilitará a consolidação dos dados e emissão dos relatórios, para que os gestores municipais possam conhecer/divulgar a situação epidemiológica. Tais indicadores permitirão avaliar o impacto das intervenções realizadas, bem como nortear a adoção de medidas a serem implementadas.

Dificuldades no manejo do SINAN como ferramenta para o controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba.

Embora as atribuições municipais, definidas legalmente, apresentem uma abrangência e complexidade que ultrapassam a atual capacidade técnica, administrativa e institucional de grande número de municípios brasileiros, o envolvimento destes com a produção, processamento e análise da informação tenderia a melhorar a confiabilidade dos dados, além de poder gerar ganhos no que diz respeito a qualidade da prestação de serviços e à capacidade de auto-avaliação do nível local⁽⁶⁾

Neste estudo os entrevistados identificaram fragilidades que comprometem as etapas de produção, processamento e conseqüentemente interferem no procedimento de análise da informação. Os depoimentos apontam as dificuldades ocasionadas por deficiência no preenchimento das fichas de notificação de TB:

“... a ficha de notificação não vem completa, às vezes os dados são inconsistentes, incompletos, a gente sabe que ele é falho”. (E2A)

“... têm que ser revisadas [fichas] antes de ir para o digitador, às vezes, não são revisadas e quando a gente vai analisar os dados, não consegue fazer uma boa análise, por conta do preenchimento”. (E1)

A ausência de informações nas fichas de notificação, podem gerar um diagnóstico equivocado da situação de saúde, intervenções distanciadas do quadro real de necessidade da população alterando, sobretudo, a qualidade da atenção a ser prestada. Reconhecer o controle da TB como uma das ações prioritárias na APS, implica em oferecer condições para que as habilidades destes sujeitos não se limitem à assistência direta ao paciente, nem tampouco compreenda o registro da informação como uma atividade burocrática. Os profissionais da APS são os coordenadores da atenção à saúde, portanto, “os principais mantenedores das informações a respeito dos pacientes”.(7)

Um dos aspectos que poderia estar prejudicando a qualidade do preenchimento das fichas de notificação poderia estar relacionado à capacitação profissional:

“... a história do preenchimento é uma dor de cabeça muito grande, mas quando a gente capacita estas pessoas, este sistema melhora”. (E5)

“... falhas existem em todos os sistemas..., mas a gente se desloca até a Unidade, conversa com o profissional, mostra a ele como é, e com isso a gente vai diminuindo nossas falhas”. (E4)

Os depoimentos expressam que intervenções educativas podem melhorar o desempenho dos profissionais no registro das informações, demonstrando que a capacitação da equipe pode promover maior compreensão acerca da finalidade

das informações e conseqüente adequação do preenchimento. Uma APS de qualidade pressupõe profissionais qualificados para desempenhar suas tarefas e capazes de dar respostas efetivas às funções que lhe foram confiadas. Acrescenta-se que o processo de formação dos profissionais deve ocorrer de forma integrada entre os diferentes pontos do sistema de serviços de saúde, uma vez que a informação transita por diversos setores e envolve profissionais de áreas distintas (equipes de saúde da família, vigilância epidemiológica, setor de informática). A participação de todos profissionais na construção da informação, torna-se essencial e indispensável que esse processo não ocorra de maneira fragmentada.

Um outro ponto levantado refere-se à falta de habilidade de alguns profissionais em lidar com os recursos da informática ou mesmo a deficientes condições de infra-estrutura da mesma que, “repõem um aparente paradoxo presente na elucidação do uso de informação no processo de decisão”.⁽⁸⁾

“... tive dificuldade, assim, a gente ia notificava aquele paciente. Quando eu ia [inserir] novamente o menino [técnico em informática] dizia apagou”. (E6)

A busca de solução para os problemas inerentes ao sistema de informação deve ser priorizada pelos municípios, pois a efetividade operacional do sistema pode resultar em transferência de recursos e autoridade às distintas instâncias do sistema de saúde, causar um impacto positivo na gestão e nas diferentes modalidades de atenção e oferecer oportunidade para que os processos de reforma permitam a geração e desenho de novos modelos de atenção, modalidades de capacitação, sistemas de remuneração e novas formas de participação das instituições, sindicatos e setores acadêmicos. Sua análise deve levar em consideração a missão e funções do Estado, os serviços de saúde e os usuários do sistema no marco das características históricas e institucionais inerentes a cada realidade nacional.⁽⁹⁾

O processamento e avaliação dos dados pelo nível nacional dependem do envio regular dos dados do SINAN dos municípios ou das secretarias estaduais ao Ministério da Saúde. Logo, se o sistema de informação não estiver operando adequadamente, se houver falhas na configuração do programa de informática, na comunicação entre as redes e provedores, pode gerar erros na emissão dos dados, repercutindo na interpretação e análise dos indicadores, interferindo no processo de formulação de políticas e implementação de ações.

Os problemas que afetam a condução e manejo do sistema de informação, principalmente a falta de pessoal qualificado e a precariedade dos serviços de informática, além da pouca importância dada à informação como elemento essencial ao desenho de projetos e políticas do município, concorrem para que o fluxo da informação transite lentamente, entre os níveis do sistema. Como exemplo, a

demora na transferência dos dados relacionados ao doente de tuberculose, foi um dos problemas presentes nos municípios em estudo:

“... um dos problemas é a transferência, porque (...) todos os casos que chegam do município de João Pessoa, quanto os de outros municípios (...) gera um problema na informação, porque os casos retornam aos seus municípios de origem. Quando chegam lá eles encerram no sistema deles, e não informam... A gente fica com transferência de 36%, (...) a gente nunca alcança de cura de 85% porque não tem a informação”. (E2A)

Os depoimentos retratam principalmente a falta de comunicação e socialização da informação entre os municípios. Esta deficiência incorre em duplicidade de registros e desconhecimento da situação de encerramento dos casos. Tais dificuldades poderiam ser superadas por meio de maior integração entre os municípios. Para tal, seria necessário, antes de tudo, decisão política em desencadear um processo de mudança no interior das instituições de saúde, implementando estratégias de descentralização administrativa, reorganização e redefinição do conteúdo das práticas de saúde em direção ao modelo de atenção que privilegie a promoção e a vigilância da saúde.⁽¹⁰⁾ Logo, a superação de tais debilidades, implica em ampliar o conhecimento sobre o papel e função da gerência local, que deve ser entendida como um instrumento importante para efetivação de políticas.⁽¹¹⁾

Conclusão

Os resultados da pesquisa apontam o reconhecimento dos atores quanto à utilidade do SINAN, como instrumento de avaliação e monitoramento das ações de controle da Tuberculose. Como dificuldades para o manejo e condução operacional do sistema de informação foram identificadas: 1) deficiência do preenchimento das fichas de notificação dos casos de tuberculose, 2) falta de infra-estrutura de informática, 3) qualificação insuficiente de recursos humanos; 4) falta de integração entre profissionais de diferentes áreas de atuação, 5) deficiência do fluxo da informação entre unidades de saúde ou entre municípios, ocasionando demora no processo de transferência dos dados relacionados ao doente.

A inconsistência no registro das informações demonstra a necessidade de buscar maior precisão e fidedignidade dos dados, tanto no que diz respeito à atualização dos recursos tecnológicos, quanto ao treinamento e capacitação dos profissionais envolvidos. Constatou-se deficiência na organização em diferentes pontos de implantação do SINAN, provocando a desarticulação no fluxo de informações dos casos de TB. Esta debilidade causa a interrupção do ciclo da informação, ocasionando inconsistência no resultado final de avaliação.

Conclui-se, portanto, no que diz respeito ao pilar “Sistema de Informação”, ser fundamental o compromisso do gestor local para superar as fragilidades identificadas, pois as mesmas podem comprometer a eficácia da estratégia DOTS, por não contemplar devidamente um sistema padronizado de registro e notificação que permita um monitoramento seguro sobre o resultado do tratamento para cada paciente.

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Control. Geneva: WHO, 2008.
2. Medeiros K. O sistema de informação em saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS. *Abrasco. Ciên Saúde Colet (Rio de Janeiro)* 2005;10(2):433-40.
3. Ferreira VMB, Portela MC, Vasconcelos MTL. Fatores associados à subnotificação de pacientes com Aids, no Rio de Janeiro 1996. *Rev saúde pública.* 2000; 34(2):170-7.
4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 2ª. Ed. São Paulo: Hucitec; 1993.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS. Brasília. 2000; 9 (4).
6. Branco MAF. Sistema de Informação em Saúde no Nível Local. *Cad Saúde Pública (Rio de Janeiro)* 1996;12(2):267-70.
7. Starfield B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviço e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
8. Cohn A, Westphal MF; Elias PE. Informação e decisão política em saúde. *Rev saúde pública (São Paulo)* 2005;39(1):114-21.
9. Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cad Saúde Pública (Rio de Janeiro)* 2000;16(1):231-39.
10. Teixeira CF. Epidemiologia e planejamento de saúde. *Cien Saúde Colet. (Rio de Janeiro)* 1999;4(2):208-303.
11. Passos JP, Ciosak SI. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em unidade básica de saúde. *Rev Esc Enferm USP (São Paulo)* 2006;40(4):464-8

4.4 O CONTROLE DA TUBERCULOSE DENTRO DE UM CONTEXTO CULTURALMENTE DIFERENCIADO: REPRESENTAÇÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE INDÍGENA POTIGUARA*

Rafaela Gerbasi Nóbrega¹, Jordana de Almeida Nogueira², Antonio Ruffino Netto³, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva⁴, Lenilde Duarte de Sá², Tereza Cristina Scatena Villa⁴, Pedro Fredemir Palha⁵, Sandra Aparecida de Almeida²⁻⁵

Introdução

O grupo indígena Potiguara é o único oficialmente reconhecido no Estado da Paraíba, com uma população estimada em 13.547 pessoas, sendo uma das mais numerosas no Brasil e no Nordeste etnográfico. Essa população encontra-se distribuída em 26 aldeias e nas áreas urbanas dos municípios de Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto.⁽¹⁾

Um traço visível da identidade étnica desse grupo é a valorização das práticas fitoterápicas tradicionais onde a própria natureza oferece os meios para o restabelecimento ou cura. Existem ainda, inúmeros rezadores e rezadeiras que curam males físicos e espirituais, remetendo à figura do pajé como agente de cura bastante importante no sistema. Além disso, o contato com espíritos antepassados durante o ritual do Toré é representado como mecanismo de proteção para esses povos, atuando entre os Potiguara como importante contraparte simbólica legitimadora da identidade étnica desse grupo.⁽¹⁻²⁾

No que tange à Tuberculose (TB), tais concepções trazem importantes implicações para as equipes de saúde indígena envolvidas com o controle desta doença. Estudo envolvendo os povos kulina revelou que a primeira referência a ser procurada pelo paciente tuberculoso é o pajé e que, em muitos casos, um longo período de tratamento realizado pelo mesmo precede a procura de atendimento médico causando, assim, retardo no diagnóstico, agravamento da situação de saúde do paciente e manutenção do foco de transmissão da doença na comunidade.⁽³⁾

E um trabalho dedicado aos fundamentos históricos e epidemiológicos da distinção estabelecida pela tribo Desana entre “doenças de índio” e “doenças de

* O artigo é originado da dissertação de mestrado de Rafaela Gerbasi Nóbrega intitulada “Ações de controle da tuberculose desenvolvidas pelas equipes de saúde indígena da Paraíba: análise da dimensão de coordenação”, 2007 - Universidade Federal da Paraíba – UFPB, BRASIL.

1 Centro Universitário de João Pessoa (UNIFE/PB);

2 Universidade Federal da Paraíba (UFPB);

3 Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP);

4 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP);

5 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE) - PB.

e-mail: rafaelagerbasi@yahoo.com.br

branco”, relatou-se que diante das características epidemiológicas da TB, como a endemicidade, a evolução relativamente crônica, a baixa contagiosidade, a possibilidade de recaída e a disseminação lenta nas sociedades humanas, os Desana a consideram como uma doença tradicional, isto é, uma doença que os afeta desde sempre associada à feitiçaria xamântica.(4) Portanto, ela não é considerada contagiosa já que, na concepção Desana, a feitiçaria precisa ser endereçada a uma dada pessoa ou a uma comunidade para surtir efeito.

Vale ressaltar que certas sociedades não aceitam a possibilidade de contágio entre os familiares em virtude dos laços de consubstancialidade, mas somente entre pessoas estranhas à família biológica. Dessa forma, a impossibilidade de contágio na família nuclear pode colocar em questão a conduta preventiva preconizada pela medicina ocidental, a exemplo da quimioprofilaxia dos comunicantes. Além disso, certas populações percebem o tratamento antituberculoso como sendo demasiado “forte” para o estado de “fraqueza interna” em que se encontra o doente, havendo, portanto, necessidade de ajustá-lo, reduzindo as doses prescritas ou tomando-o de maneira descontínua.(4)

Destaca-se que em geral a concepção indígena de cura inclui ausência de sintomatologia, restauração do bem-estar, inclusão social.(5) Estes conceitos dificultam o manejo clínico da TB, uma vez que na condução biomédica o paciente não é considerado curado, mesmo parecendo sadio e assintomático. Considerando que um paciente indígena, depois de certo período de ingestão do remédio já se sente curado, conclui-se que não se deve esperar dele esforço para continuar o tratamento, o que significa para os serviços de saúde, que nessa fase de tratamento a iniciativa tem de ser das equipes facilitando ao máximo a continuidade do tratamento.(5)

Com base na problemática apresentada, torna-se pertinente investigar como as ações de controle da TB estão sendo conduzidas dentro de um contexto culturalmente diferenciado a partir das representações das equipes de saúde indígena Potiguara.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico, exploratório. Para atingir os objetivos deste estudo, a abordagem de natureza qualitativa tornou-se pertinente porque privilegiou os significados que traduzem as visões de mundo que os sujeitos sociais introjetam sobre determinados aspectos da realidade.(6)

A opção pela técnica de grupo focal permitiu a obtenção de um material a partir de três sessões grupais, reunindo vinte e três profissionais entre médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e Agentes Indígenas de Saúde (AIS).

O instrumento norteador da discussão partiu de uma ficha de identificação das ações de controle da TB, distribuídas no início do encontro. Esse instrumento solicitava que os participantes elegessem cinco ações de controle da TB

realizadas por eles, procedimento este, que permitiu conhecer a realidade de trabalho das equipes e prática profissional dos sujeitos dentro de um contexto culturalmente diferenciado.

Para a interpretação dos dados coletados, foi utilizada a técnica de análise de discurso, indicada para pesquisas qualitativas, pelas possibilidades de relacionamento dos materiais que envolvem valores, juízos necessários e preferíveis. Nessa perspectiva, o texto é considerado um todo organizado de sentido que veicula os discursos, manifestando uma posição social com a qual o sujeito discursista se identifica.⁽⁷⁾

Foram consideradas nessa investigação, além das exigências éticas e científicas indicadas na Resolução 196/96 que contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, as determinações da Resolução 304/2000, no que diz respeito à temática especial “populações indígenas.” (8-9)

Resultados

As concepções dos povos indígenas relativas ao processo saúde-doença e aos mecanismos e modos de contágio, contaminação e transmissão de doenças podem ser diferentes daquelas da lógica do pensamento científico ocidental. Tais concepções prejudicam a compreensão pelo doente das explicações médicas e de modo geral, a recepção das mensagens de prevenção veiculadas pela medicina ocidental.⁽⁴⁾ O texto a seguir evidencia as dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde indígena no trabalho de adesão do paciente ao tratamento da TB em razão das crenças perpetuadas por gerações passadas sobre essa doença:

“A orientação hoje da enfermeira ou do médico, vai contra o que eles sempre ouviram desde pequenos dos pais! Que tuberculoso tem que ficar isolado, que tuberculose até no vento pega [...] e tem aquela cultura toda dos pais, dos avós, que mesmo às vezes o enfermeiro, o médico orientando, eles não querem saber! Querem saber do que a mãe e os avós vinham dizendo!” (A155 – L: 479/481).

A natureza do regime terapêutico para a TB também constitui um desafio para o profissional de saúde, já que implica na administração e na tomada cotidiana de três ou quatro medicamentos durante no mínimo seis meses. As concepções indígenas sobre os mecanismos da eficácia terapêutica consideram que a cura é, principalmente, baseada na recitação de encantações terapêuticas altamente formalizadas sobre líquidos ou plantas.⁽⁴⁾

Os depoimentos seguintes manifestam coincidências de posição sobre o tema:

“Na maioria das vezes eles são mais teimosos principalmente os de mais idade. ‘Não! Eu vou tomar um chazinho tal, eu vou tomar um não sei o quê [...]’” (AIS5 – L: 377/378);

“Mas aqui ainda existe muito, eles querem se curar com remédio caseiro. Não todos, mas alguns ainda.” (AUX3 - L. 264/265);

“[...] antes de acontecer isso ele falou assim ‘Ah! Isso aí não é nada não! Eu me curei da 1ª vez com remédio caseiro, aí vou me curar de novo!’” (AIS11 – L: 326/328).

Verifica-se nesses relatos a manifestação de preconceitos comuns sobre os índios, caracterizando-os como desobedientes ou resistentes às indicações do tratamento para a TB. Em geral, as intervenções na área de saúde são realizadas sem o devido respeito para o conhecimento da cultura do grupo, e assim, os profissionais expressam atitudes etnocêntricas e realizam suas práticas sem reconhecer como a especificidade cultural do grupo influencia no êxito de seu trabalho.⁽⁵⁾

Desta maneira os profissionais de saúde devem estar familiarizados com a natureza do sistema indígena de saúde, reconhecendo que as práticas desses povos fazem parte da sua cultura como um sistema simbólico, composto de valores, representações e significados inter-relacionados.⁽⁵⁾

Contrariando as posições emitidas pelos sujeitos desse estudo, que atribuem a falta de adesão ao tratamento de TB a traços peculiares de desobediência dos doentes, argumenta-se que a valorização das práticas fitoterápicas tradicionais dos Potiguaras faz com que esse conhecimento seja um traço visível da identidade étnica desse grupo.⁽²⁾ Em estudo realizado com índios Potiguaras sobre o resgate do saber indígena acerca das plantas medicinais, observou-se que o saber fitoterápico está no inconsciente coletivo emocional dos Potiguaras, ressaltando que é por meio desse conjunto de crenças que eles se defendem das doenças e se protegem ao mesmo tempo em que se distinguem dos não índios. Tal concepção pode dificultar a compreensão da racionalidade e da necessidade de um tratamento de longa duração como, por exemplo, no caso da TB.⁽²⁾

Uma outra questão apontada nos depoimentos foi a concepção de que a TB ainda é uma doença permeada por estigma social, levando o indivíduo a uma condição diferenciada negativamente que colabora com o afastamento sutil e posterior segregação do indivíduo do ambiente em que vive.⁽¹⁰⁾ Desse modo, o paciente pode vivenciar situações traumáticas e constrangedoras que o estigma da doença proporciona, levando-o a desistir do tratamento por uma questão que está associada ao imaginário social:

“Ele escondeu tudo! Ele não queria que a FUNASA tratasse dele, ele não queria nada, só que no outro dia eu vi ele vindo aqui pra pegar as passagens pra ir [para João Pessoa]. Aí eu disse já que ele não quer assunto com a FUNASA, porque ele veio pegar as passagens, pra resolver o quê?” (AUX4 – L: 310/311);

“Será que o paciente não quer? Ou será que ele está fazendo esse tratamento escondido por conta da marginalização que está ocorrendo com ele aqui na aldeia?” (M3 – L: 844/846);

“O que ele está colocando pra vocês é simplesmente uma desculpa pra vocês não saberem que ele está inserido na referência.” (M3 – L: 332/334);

“Teve outro, mas eu não conheci porque ele fazia tratamento em Cabedelo. Aí, acho que tinha vergonha, eu não sei, a gente foi lá várias vezes, mas ele não tava em casa [...]” (E2 – L: 187/189).

Esses depoimentos retrataram uma das dificuldades enfrentadas pela equipe diante de um paciente que se nega a ser tratado no município, preferindo o anonimato que o tratamento da referência pode oferecer em razão da marginalização sofrida.

Os sujeitos da pesquisa relataram ainda que muitos pacientes se isolavam do convívio social e pediam segredo da situação vivenciada em virtude da marginalização sofrida por eles, uma vez identificados como tuberculosos:

“[...] a gente teve um caso, ave Maria! Não queria sair de casa, não conte pra ninguém.” (AUX1 – L: 51/52).

Sob este aspecto, é importante enfatizar que os índios constituem uma população marginalizada da sociedade(11) e o fato de ser tuberculoso reforça ainda mais essa problemática.

Diante do exposto, evidenciamos que o contexto sócio-cultural do paciente condiciona de fato tanto a busca e o acesso aos cuidados de saúde quanto a adesão ao tratamento. No que tange a TB, esse desafio concorre para a necessidade de capacitação desses profissionais frente à busca de adequação de suas ações às peculiaridades culturais.

Conclusões

A concepção indígena a respeito das práticas fitoterápicas constitui um obstáculo notório e importante em relação à falta de adesão ao tratamento da TB, pois a

valorização dos aspectos culturais que permeiam a realidade indígena vai além da nossa racionalidade e não pode ser ignorada pelos profissionais de saúde envolvidos com o controle da TB.

Além desse aspecto, observamos também uma outra barreira cultural relacionada à marginalização sofrida pelos índios devido ao estigma existente perante a doença. Diante deste cenário, surge a necessidade imperiosa de capacitação das equipes para as ações de controle da TB em um contexto culturalmente diferenciado, na perspectiva de que os profissionais uma vez instruídos possam criar mecanismos capazes de envolver os pacientes nas ações de controle difundidas pela medicina ocidental, sem desconsiderar as questões culturais que norteiam o contexto da TB nesse grupo específico.

Referências Bibliográficas

1. Os Potiguaras. [Citado 13 outubro 2006]. Disponível em: <http://www.pt.wikipedia.org/wiki/potiguara>.
2. Stornni MOT. A fitoterapia na identidade cultural Potiguara. Departamento de Ciências Sociais do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Universidade Federal da Paraíba. 2000.
3. Tiss C. Conceitos Kulina sobre tuberculose: resultados preliminares. Conselho de Missão entre índios. [citado 02 agosto 2008]. Disponível em: <http://www.comin.org.br/news/publicacoes/1207074329.pdf>
4. Buchillet D. Tuberculose, cultura e saúde pública. Brasília; 2000. (Série Antropologia, 273).
5. Langdon JE. A tolerância e a política de saúde do índio no Brasil: são compatíveis os saberes biomédicos e os saberes indígenas? In: Grupioni LD et al. Povos indígenas e tolerância: construindo práticas de respeito e solidariedade. São Paulo: EDUSP; 2001.
6. Minayo MCF. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1999.
7. Fiorin JL. Linguagem e ideologia. 6 ed. São Paulo: Ática; 1998.
8. Melo ACR, Lima VM. Bioética: Pesquisa em Seres Humanos e Comitês de Ética em Pesquisa: Breves Esclarecimentos. Revista digital. (Buenos Aires) 2004. [Citado 11 outubro 2006]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>.
9. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 304 de 09 de agosto de 2000. [Citado 10 outubro 2006]. Disponível em: <http://www.cns.gov.br/resolucao>.
10. Vendramini SHF, Villa TCS, Santos MLSG, Gazetta CE. Current Epidemiological Aspects of Tuberculosis and the Impact of the DOTS Strategy in Disease Control. Rev Latino-am Enfermagem 2007;15(1):171-3.
11. Índios continuam marginalizados, diz anistia. [Citado 01 setembro 2008]. Disponível em: http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2002/021011_anistiara.shtml.



Capítulo V:

**Pesquisas Operacionais no município
de Itaboraí - Estado do Rio de Janeiro**



5.1. O ACESSO AO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE EM ITABORAÍ: PSF VS UNIDADE DE REFERÊNCIA

Maria Catarina Salvador da Motta¹, Tereza Cristina Scatena Villa², Afranio Lineu Kritski³, Antonio Ruffino Netto⁴, Denise Freitas Silva⁵, Rosane Harter Griep⁶, Lucia Marina Scatena⁷, Pedro Palha².

No Estado do Rio de Janeiro, a tuberculose (TB) vem mantendo índices que merecem destaque nas políticas públicas de saúde. Em 2005, o número estimado de doentes no Estado do Rio de Janeiro foi em torno de 19 mil. É o estado brasileiro com maior incidência de casos.⁽¹⁾

Itaboraí fica localizada no estado do Rio de Janeiro e tem uma extensão territorial de 428,6 Km², população em 2004 de 201.442 habitantes. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) é de 0,737, sendo que a educação, a longevidade e renda contribuíram com 42,5%, 32,5% e 25,0% respectivamente. O índice de pobreza passou de 40,2% para 28,9%, no entanto, a desigualdade, medida pelo Índice de Gini, não obteve o mesmo sucesso, passando de 0,49 para 0,52. A taxa de mortalidade infantil passou de 41,67 para 23,85 (por mil nascidos vivos). As estratégias de Programa de Saúde de Família (PSF) e de tratamento supervisionado (DOTS) foram implantadas respectivamente em 2000 e 2002.

O gráfico 1 abaixo mostra a série histórica do total de casos notificados em Itaboraí no período de 1995 a 2007. Podemos verificar um aumento das notificações nos anos de 2003 a 2005 que pode ser resultante da intensificação da busca de sintomáticos respiratórios, seguido de uma queda significativa em 2007.⁽²⁾

Em Itaboraí, os componentes de DOTS (especificamente busca de suspeitos e tratamento supervisionado) estão descentralizados e sob a responsabilidade das equipes do PSF, o que facilita a busca ativa, tratamento e cura da tuberculose. Esse processo de descentralização obteve resultados importantes para o controle da tuberculose, sendo reconhecido e premiado pela Organização Pan-Americana de Saúde no ano de 2005.

A implantação da ESF iniciou em 2000 e sua cobertura atual é de 70% da população, sendo que 44 equipes da SF desenvolvem o tratamento de Tuberculose de acordo com os princípios dos DOTS.

1 Departamento de Enfermagem de Saúde Pública/Escola de Enfermagem
Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro

2 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo

3 Faculdade de Medicina/Universidade Federal do Rio de Janeiro

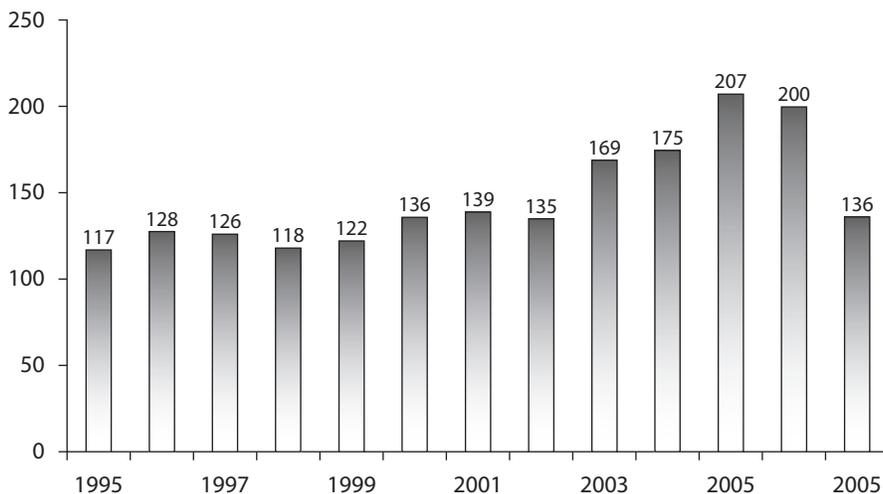
4 Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo

5 Secretaria Municipal de Itaboraí/Rio de Janeiro

6 Fundação Oswaldo Cruz

7 PRODOC - CAPES. Departamento de Enfermagem Materno - Infantil e Saúde Pública.
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

Gráfico 1 - Total de Casos Notificados de Tuberculose em Itaboraí/RJ: Série Histórica 1995 – 2007



A expansão do DOTS se fez *pari passu* com a ampliação da cobertura pelo PSF com transferência de ações para as unidades do sistema. As USF, assim como a Unidade de Referência (UR) desenvolvem atividades técnicas, como: notificação; distribuição da medicação; diagnóstico e tratamento; Tratamento Supervisionado (TS); TS casos complexos; acompanhamento dos comunicantes; monitoração do tratamento e Busca de SR, coleta de exames laboratoriais e entrega dos resultados.

Este projeto teve a colaboração de pesquisadores da Área Clínico-Epidemiológica e Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose - REDE-TB e profissionais que atuam na gestão e assistência ao doente de TB.

O objetivo do estudo foi avaliar o acesso ao diagnóstico de TB dos usuários do PSF e UR no município de Itaboraí - RJ, considerado como prioritário para a execução das ações de controle da TB. O município tem uma coordenação do PCT comprometida nas tomadas de decisão, e 100% dos casos de tuberculose estão sendo tratados com TS.

O atendimento ao cliente é feito diariamente de 8:00h às 17:00h na UR e nas unidades do PSF. A porta de entrada pode ser o próprio PSF, hospitais da região ou por demanda espontânea. Possui recolhimento diário de amostras de escarro nas unidades de saúde e são encaminhadas ao laboratório de TB da UR que procede a sua execução e leitura.

O usuário com diagnóstico de tuberculose recebe o total de 5 (cinco) cestas básicas, que lhes é entregue mensalmente, independente se alguém da família já é beneficiário. Estas são distribuídas exclusivamente pela UR. O vale transporte é

ofertado para as doses supervisionadas e consultas mensais, para pacientes em tratamento fora das unidades de PSF.

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico, inquérito prospectivo, realizado de julho a outubro de 2007 que entrevistou 100 pacientes com tuberculose registrados no Programa de Controle de TB do município Itaboraí.⁽³⁾

Para a análise de dados foram utilizadas técnicas de estatística descritiva que usou o terceiro tercil da distribuição, que engloba os dois melhores escores: Quase Sempre e Sempre, ou Bom e Muito Bom, como ponto de corte para considerar alta qualidade do acesso ao diagnóstico. A ANOVA foi utilizada para comparar as unidades quanto aos indicadores de acesso ao diagnóstico e a condição de homocedasticidade foi verificada pelo teste de Bartlett. A avaliação do acesso ao diagnóstico considerando todas as variáveis foi realizada com o teste de associação χ^2 .

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem Anna Nery/HESFA da Universidade Federal do Rio de Janeiro sob o protocolo N^o 068/07.

Quadro 1- Variáveis utilizadas na avaliação do acesso ao diagnóstico de tuberculose

V1 ^a	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, quantas vezes precisou procurar o posto/centro/unidade de saúde para conseguir atendimento?
V2 ^b	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, teve dificuldade para se deslocar até o posto/centro/unidade de saúde?
V3 ^b	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?
V4 ^b	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?
V5 ^b	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?
V6 ^c	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?
V7 ^c	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB, procurou o posto/centro/unidade de saúde mais perto da sua casa?

a) (0) Não se Aplica, (1) 5 ou mais vezes, (2) 4 vezes, (3) 3 vezes, (2) 2 vezes, (1) uma vez

b) (0) Não se Aplica, (1) Sempre, (2) Quase Sempre, (3) Às Vezes, (4) Quase Nunca, (5) Nunca

c) (0) Não se Aplica, (1) Nunca, (2) Quase Nunca, (3) Às Vezes, (4) Quase Sempre, (5) Sempre

Resultados

Foi feita uma comparação entre os doentes atendidos nos PSFs e aqueles atendidos na UR para saber em qual dos dois tipos de serviços de saúde é considerado mais adequado no que tange o acesso ao diagnóstico da tuberculose.

A comparação entre os serviços de saúde em relação às características sócio-demográficas dos doentes, Tabela 1, não apresentou diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$) entre sexo, escolaridade, idade, número de cômodos e número de residentes por cômodo.

Os resultados da tabela 1 mostraram predominância do sexo masculino, grau de escolaridade fundamental incompleto, idade média de 40 anos, residências com cinco cômodos ou mais e com quatro ou mais moradores no domicílio.

Tabela 1 - Número de entrevistados, sexo, escolaridade, número de cômodos e número de pessoas por cômodo, por local do atendimento.

	PSF	Unidade de Referência
Nº entrevistados	44	56
<i>Sexo - proporção</i>		
Masc.	65,9	64,3
Fem.	34,1	35,7
<i>Escolaridade - proporção</i>		
Fundamental Incompleto	70,5	60,7
Fundamental Completo ou +	29,5	39,3
<i>Idade-média</i>	42,1	37,7
<i>Nº de cômodos - proporção</i>		
1-2	9,1	5,4
3-4	34	35,7
+5	56,8	58,9
<i>Nº de Moradores no domicílio - proporção</i>		
1	6,8	3,6
2 -3	34,1	35,7
4 ou +	59,1	60,7

Tabela 2 – Indicadores semelhantes e não semelhantes da dimensão acesso ao diagnóstico

Indicadores	PSF			UR			p
	M	DP	IC	M	DP	IC	
Número de vezes que procurou o posto para conseguir atendimento	4,34	1,35	3,93 – 4,75	4,38	1,24	4,05 – 4,72	0,8755
Dificuldade para se deslocar até o posto	3,36	1,99	2,75 – 3,96	3,29	1,90	2,77 – 3,80	0,8534
Perde o dia de trabalho ou compromisso para se consultar	3,88	1,70	3,36 – 4,40	2,87	1,85	2,37 – 3,37	0,0061*
Utilização de transportes motorizados para ir ao posto/centro/unidade de saúde quando começou a ficar doente	2,20	1,78	1,66 – 2,74	1,96	1,60	1,52 – 2,39	0,4826
Gasto de dinheiro com transporte para ir ao posto/centro/unidade de saúde quando começou a ficar doente	2,68	1,92	2,09 – 3,26	2,41	1,83	1,92 – 2,91	0,4885
Conseguiu consulta no posto/centro/unidade de saúde para descobrir a doença no prazo de 24 horas	4,36	1,43	3,92 – 4,79	3,98	1,75	3,50 – 4,45	0,2473
Utilização de posto/centro/unidade de saúde mais perto de sua casa quando começou a ficar doente	3,90	1,69	3,39 – 4,42	3,58	1,91	3,06 – 4,09	0,3759

* p<0,05; DP: desvio-padrão; IC: Intervalo de confiança.

Os indicadores (Tabela 2): Números de vezes que procurou a unidade para conseguir atendimento; Dificuldade para se deslocar até a unidade; Gasto de dinheiro para ir à unidade; Necessidade de transporte motorizado para ir à unidade; Conseguir consulta no prazo de 24 horas e Utilização de unidade de saúde mais perto de casa, foram considerados semelhantes para o PSF e a UR. Os indicadores “Perde o dia de trabalho ou compromisso para se consultar” para

o PSF (3,88 – Quase Nunca) e a UR (2,87 - Às Vezes) apresentaram diferentes graus de concordância, $p=0,0061$.

Discussão

A reforma do setor da saúde no Brasil que constituiu o Sistema Único de Saúde foi elaborada de acordo com um denso corpo jurídico legal e de instrumentos administrativos para organização de redes de serviços descentralizados, institucionalizando uma complexa arena de tomada de decisões. Apesar das medidas reguladoras tomadas para aumentar a eficiência e reduzir as desigualdades, o oferecimento de serviços de saúde permanecem extremamente desiguais no país.⁽⁴⁾

Nas últimas décadas, no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, foram identificados graves problemas no sistema de saúde pública, quais sejam, a baixa cobertura de DOTS, baixa detecção e notificação, e um alto índice de abandono, propiciando a proliferação da TB. Os profissionais também não seguem as diretrizes, havendo pouco comprometimento político para assegurar o controle da TB no estado e no país.⁽⁵⁾

Este estudo realizado na cidade de Itaboraí demonstrou que os sujeitos que utilizam os PSFs consideram o acesso ao diagnóstico de tuberculose melhor do que aqueles que utilizam a UR para TB. Este resultado reforça os princípios do PSF que trabalha com o objetivo de ser com e na comunidade, para satisfazer as necessidades de saúde, de uma dada população.⁽⁶⁻¹¹⁾

Neste estudo não houve diferença entre os que procuravam pelo atendimento no PSF e na UR no tocante a idade, sexo e nível de escolaridade, conforme descrito por outros⁽¹²⁻¹⁵⁾, onde mulheres, idosos e sujeitos de baixa renda são menos prováveis de buscar assistência de saúde. Como uma limitação a este estudo, nós não avaliamos algumas variáveis associadas ao baixo acesso ao serviço de saúde como: baixo conhecimento de TB^(13,16-19), baixa renda^(4,14,17,20), a presença de estigma^(7,4,14,21-22), serviço privado e alcoolismo e uso de entorpecentes.⁽²³⁻²⁴⁾

Um dos indicadores que apresentou uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos estudados foi “perde dia de trabalho ou compromisso profissional ou pessoal para atender a uma consulta”. Percebe-se aqui que a população atendida pela UR apresenta falta um dia de trabalho mais frequentemente que aqueles atendidos pela PSF. Este fato pode ser explicado pela proximidade dos domicílios com os PSF, o que reduz o tempo do deslocamento para a unidade PSF, pois a UR tem localização central, frequentemente distante das casas dos pacientes, o que pode obrigar a faltar compromissos ou dia de trabalho. Mesmo que o serviço de saúde ofereça ao paciente um atestado médico para o empregador, o paciente perde compromissos prévios.

Uma forma de prevenir este problema, conforme já sugerido, é oferecer mais horas de atendimento durante os dias úteis e os fins de semana⁽²⁵⁾. No cenário

atual, em que a violência impõe suas regras e barreiras para o simples deslocamento de um ponto a outro⁽²⁶⁾, a estratégia requer recursos humanos e apresenta questões de segurança, para ambos, o profissional de saúde e para a população geral. Outra sugestão que vem sendo discutida é a participação da comunidade^(27,6), como parceira na luta contra a tuberculose para melhorar o acesso. Esta estratégia deve ser considerada essencial no atual contexto das políticas públicas, onde parece haver apreciação na participação do paciente e da sociedade civil nas decisões sobre as questões de saúde.^(10,28-29)

Na cidade de Itaboraí, com larga cobertura de DOTS e baixo abandono (taxa anual inferior a 4%), 52,73% dos entrevistados do PSF e 62,01% da UR consideraram adequado o acesso ao diagnóstico de TB, o que nos leva a questionar qual seria a estratégia inovadora a ser adotada para melhorar a fornecimento deste serviço. Nós consideramos que um plano estratégico deve ser buscado para trazer as vozes dos usuários aos formuladores de políticas e profissionais, além de intensificar a pesquisa nas interfaces política e prática. As ações propostas devem focar um trabalho intenso com os agentes de saúde da comunidade, objetivando identificar as necessidades da população que afetam os indicadores de acesso ao diagnóstico de TB em Itaboraí/Rio de Janeiro/Brasil, incluindo os pacientes e/ou seus familiares, quando indicados no processo de tomada de decisão referente a sua saúde, como já proposto por outros autores.^(10,23,28-29)

Referências Bibliográficas

1. WHO Report, Global Tuberculosis Control: Surveillance, planning, financing. 2008.
2. Secretaria Municipal de Itaboraí, 2008.
3. 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.
4. Almeida C, Travassos C, Porto S, Labra ME. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *Int J Health Serv* 2000; 30(1):129-62.
5. Selig L, Belo MT, Teixeira EG, Cunha AJ, Brito R, Sanches K, Luna AL, Muller M, Gamba C, Belo C, Vento F, Trajman A. The study of tuberculosis-attributed deaths as a tool for disease control planning in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003 Sep;7(9):855-9.
6. Dudley L, Azevedo V, Grant R, Schoeman JH, Dikweni L, Maher D. Evaluation of community contribution to tuberculosis control in Cape Town, South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2003 Sep; 7(9 Suppl 1):S48-55.
7. Thomas C. A literature review of the problems of delayed presentation for treatment and non-completion of treatment for tuberculosis in less developed countries and ways of addressing these problems using particular implementations of the DOTS strategy. *J Manag Med*. 2002; 16(4-5):371-400.
8. Hanson C, Kibuga D. Effective tuberculosis control and health sector reforms in Kenya: chal-

- lenges of an increasing tuberculosis burden and opportunities through reform. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2000 Jul; 4(7):627-32.
9. Segura AM, Rey JJ, Arbelaez MP. **Trends of tuberculosis related mortality and hospital discharges before and after the implementation of the health sector reform, Colombia, 1985-1999** *Biomedica.* 2004 Jun; 24 Supp 1:115-23.
 10. Theobald S, Nhlema-Simwaka B. The research, policy and practice interface: Reflections on using applied social research to promote equity in health in Malawi. *Soc Sci Med.* 2008 Sep; 67(5):760-70.
 11. Maher, D. The role of the community in the control of tuberculosis. Elsevier Science Ltda, 2003:83, 177- 182
 12. Thorson A, Johansson E. Equality or equity in health care access: a qualitative study of doctors' explanations to a longer doctor's delay among female TB patients in Vietnam. *Health Policy.* 2004 Apr; 68(1):37-46.
 13. Wandwalo ER, Mørkve O. Delay in tuberculosis case-finding and treatment in Mwanza, Tanzania. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2000 Feb; 4(2):133-8.
 14. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. **Utilization of health care services in Brazil: gender, family characteristics, and social status.** *Rev Panam Salud Publica.* 2002 May-Jun; 11(5-6):365-73.
 15. Xu B, Fochsen G, Xiu Y, Thorson A, Kemp JR, Jiang QW. Perceptions and experiences of health care seeking and access to TB care--a qualitative study in rural Jiangsu Province, China. *Health Policy.* 2004 Aug; 69(2):139-49.
 16. Sherman LF, Fujiwara PI, Cook SV, Bazerman LB, Frieden TR. Patient and health care system delays in the diagnosis and treatment of tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis.* 1999 Dec; 3(12):1088-95.
 17. Asch S, Leake B, Anderson R, Gelberg L. Why do symptomatic patients delay obtaining care for tuberculosis? *Am J Respir Crit Care Med.* 1998 Apr; 157(4 Pt 1):1244-8.
 18. Kiwuwa MS, Charles K, Harriet MK. **Patient and health service delay in pulmonary tuberculosis patients attending a referral hospital: a cross-sectional study.** *BMC Public Health.* 2005 Nov 24; 5:122.
 19. Rajeswari R, Chandrasekaran V, Suhadev M, Sivasubramaniam S, Sudha G, Renu G. Factors associated with patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in South India. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2002; 6(9):789-95.
 20. Zhang T, Tang S, Jun G, Whitehead M. Persistent problems of access to appropriate, affordable TB services in rural China: experiences of different socio-economic groups. *BMC Public Health* 2007; 7(147):19.
 21. Ahsan G, Ahmed J, Singhasivanon P, Kaewkungwal J, Okanurak K, Suwannapong N, Akarasewi P, Majid MA, Begum V, Belayetali K. Gender difference in treatment seeking behaviors of tuberculosis cases in rural communities of Bangladesh. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 2004 Mar; 35(1):126-35.
 22. Dimitrova B, Balabanova D, Atun R, Drobniewski F, Levicheva V, Coker R. **Health service providers' perceptions of barriers to tuberculosis care in Russia** *Health Policy Plan.* 2006 Jul; 21(4):265-74. Epub 2006.
 23. Storla DG, Yimer S, Bjune GA. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. *BMC Public Health* 2008; 14(8):15.

24. Rojpiulstitt M, Kanjanakiritamrong J, Chongsuivatwong V. Patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in Southern Thailand after health care reform. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2006 Apr;10(4):422-8.
25. Joseph HA, Waldman K, Rawls C, Wilce M, Shrestha-Kuwahara R. TB perspectives among a sample of Mexicans in the United States: results from an ethnographic study. *J Immigr Minor Health* 2008; 10(2):177-85.
26. Souza FB, Villa TC, Cavalcante SC, Ruffino Netto A, Lopes LB, Conde MB. Peculiarities of tuberculosis control in a scenario of urban violence in a disadvantaged community in Rio de Janeiro, Brazil. *J Bras Pneumol*. 2007; 33(3):318-22.
27. Clarke M, Dick J, Zwarenstein M, Lombard CJ, Diwan VK. Lay health worker intervention with choice of DOT superior to standard TB care for farm dwellers in South Africa: a cluster randomised control trial. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005; 9(6):673-9.
28. Arcêncio RA, Oliveira MF, Cardozo-Gonzales RI, Ruffino-Netto A, Pinto IC, Villa TC. City tuberculosis control coordinators' perspectives of patient adherence to DOT in São Paulo State, Brazil, 2005. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008;12(5):527-31.
29. Sanou A, Dembele M, Theobald S, Macq J. Access and adhering to tuberculosis treatment: barriers faced by patients and communities in Burkina Faso. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004;8(12):1479-83.



Capitulo VI:

**Pesquisas operacionais no município de
Feira de Santana - Estado da Bahia**



6.1. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DE TUBERCULOSE EM FEIRA DE SANTANA-BA (2007): LIMITES E DESAFIOS

*Marluce Maria Araújo Assis^{1,2}, Elisângela Mascarenhas da Silva^{1,2},
Camila Neiva Lemos Silva^{1,2}, Juliana Ferreira Barbosa^{1,2},
Maria Yaná Guimarães Silva Freitas^{1,2,3}, Erenilde Marques Cerqueira^{1,2},
André René Barboni^{1,2}, Tereza Cristina Scatena Villa⁴,
Maria Angela Alves do Nascimento^{1,2}*

Introdução

O Brasil apresenta um cenário bastante diverso em relação à Tuberculose (TB), devido às dimensões continentais e às desigualdades econômicas e sociais. A região Sudeste, que atingiu mais de 35 mil novos casos da doença em 2003, é a que apresenta a maior incidência, seguida pelo Nordeste, e o menor número de casos ocorre no Centro-Oeste. Em relação aos estados, os que apresentaram maior incidência, em ordem decrescente, foi São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia, o qual contribuiu com 9,1% dos casos novos.⁽¹⁾

De acordo com análise da situação de saúde feita pelo Ministério da Saúde no ano de 2005, a Bahia é o terceiro Estado com maior incidência de TB no país (9,1%) e o quarto com maiores proporções de casos não encerrados (24,6%).⁽²⁾

A situação do município de Feira de Santana não difere muito deste cenário. No primeiro trimestre de 2005, foi responsável por mais de 39% dos 411 casos notificados nos 26 municípios pertencentes a 2ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES) e apresentou incidência de 47,38/100.000 habitantes⁽³⁾. O município em 2007 apresentou 174 novos casos de TB, com 14 em tratamento supervisionado e uma taxa de cura de 82%⁽⁴⁾ e está incluso nos 240 municípios brasileiros onde se concentram 70% dos casos de Tb notificados no país, os quais foram selecionados como prioritários para serem implementadas ações de controle da doença.⁽³⁾

No contexto brasileiro, a partir de 2001, a Tb passa a ser uma doença sob responsabilidade de todos os municípios de acordo com a Norma Assistencial de Saúde (NOAS), reconhecendo as ações do Programa de Controle de Tuberculose (PCT) como competência da Atenção Básica à Saúde (ABS), podendo

1 Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS);

2 Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) – UEFS;

3 Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana;

4 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

e-mail: marluceassis@bol.com.br

ser executadas tanto nos serviços básicos, quanto nos especializados Programa de Saúde da Família (PSF), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Ambulatório de Referência – (AR).⁽⁴⁾

O PSF e o de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) representam “espaços” privilegiados para a maior detecção de casos de Tb e vigilância de áreas de risco, já que têm a família e o domicílio como instrumentos de trabalho e, assim, uma maior articulação com a comunidade.⁽⁴⁾

O presente texto teve por objetivos: avaliar as ações desenvolvidas no PCT de Feira de Santana, tomando como base, indicadores que compõem as dimensões de análise (elenco de serviços, contexto familiar e orientação para a comunidade); e caracterizar o perfil dos doentes de Tb no referido município.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico, modelo inquérito de avaliação de serviço que utiliza como referencial teórico-metodológico as categorias básicas da avaliação da qualidade de serviços de saúde: estrutura-processo-resultado (E-P-R) proposta por Donabedian⁽⁵⁾ e Starfield⁽⁶⁾ com base nas dimensões da Atenção Primária à Saúde (APS). O campo empírico da pesquisa foi o município de Feira de Santana com 571.997 habitantes⁽⁷⁾, sede da Macrorregião Centro Leste do Estado que abrange uma população de 1.959.599 habitantes, congregando 27 municípios. Para atender as necessidades de saúde de seus cidadãos, o sistema municipal de saúde está composto por 72 Unidades de Saúde da Família (USF) com 82 Equipes de Saúde da Família (ESF), 05 policlínicas, um Hospital Especializado em Saúde da Mulher, um laboratório municipal e 13 UBS. O PSF tem um percentual de cobertura no município de 60% e cobre 100% da zona rural.⁽³⁾

Participaram deste estudo dois grupos: o primeiro foi constituído pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que desenvolvem ações de controle da TB nos serviços de saúde de APS e UR; o segundo foi constituído pelos doentes em tratamento no município, no período de julho/2006 a agosto/2007, atendidos na UR, pelo fato de que apesar do doente poder ser atendido em outras UBS e USF, eles tendem em sua grande maioria a preferir a UR, quer seja pelo estigma ainda existente acerca da doença, quer seja pela garantia da continuidade do tratamento mesmo que centralizado, devido ao processo de descentralização incipiente do programa no município.

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

Resultados e Discussão

Caracterização do perfil dos doentes de TB

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

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

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

O perfil dos doentes corresponde à tendência do Brasil⁽¹⁾, em relação ao sexo e baixa escolaridade, reforçando a associação desta doença com pobreza e nível social baixo, ainda que se reconheça a ampliação do acesso a bens e serviços coletivos pela população excluída socialmente.

Ações desenvolvidas em relação ao elenco de serviços, contexto familiar e orientação para a comunidade no Programa de Controle de Tuberculose

Conforme a Tabela 1, no que se referem aos indicadores relacionados ao elenco de serviços, contexto familiar e orientação para a comunidade evidenciam-se respostas concordantes e discordantes.

Ao questionar os doentes do PCT se o profissional desse serviço oferecia informações sobre a TB e seu tratamento, a maioria (79%) respondeu que sempre. Da mesma forma, 92,8% dos profissionais disseram que eram sempre fornecidas informações sobre a doença e seu tratamento.

Sobre as informações acerca de outros temas de saúde, 66% dos doentes responderam que nunca tiveram acesso a essas informações. Em contrapartida, a maioria dos profissionais (57,1%) afirmou que sempre foram oferecidas informações sobre outros temas de saúde.

Tabela 1 - Ações desenvolvidas em relação ao elenco de serviços, contexto familiar e orientação para a comunidade no PCT de Feira de Santana, informadas pelos doentes (D) e profissionais (P) de saúde, 2007.

Indicadores	Nunca		Quase nunca		Às vezes		Quase sempre		Sempre	
	D (%)	P (%)	D (%)	P (%)	D (%)	P (%)	D (%)	P (%)	D (%)	P (%)
Informações sobre Tb e seu tratamento?	07	---	04	----	08		02	7,1	79	92,8
Informações sobre outros temas em saúde?	66	7,1	05	21,4	15	14,3	03	----	11	57,1
Visitas domiciliares durante o tratamento?	52	7,1	06	7,1	10	14,3	04	7,1	28	64,3
Visitas domiciliares por outros motivos além da Tb?	60	14,3	03	14,3	11	28,6	04	----	22	42,8
Participação em grupos de doentes de Tb no posto/centro/unidade de saúde?	97	64,3	---	14,3	---	7,1	----	---	03	14,3
Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com os doentes sobre a doença?	38	7,1	09	---	16	----	07	28,6	30	64,3
Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com os doentes sobre o seu tratamento?	42	7,1	06	---	11	---	08	14,3	33	78,6

continua

continuação

Indicadores	Nunca		Quase nunca		Às vezes		Quase sempre		Sempre	
	D (%)	P (%)	D (%)	P (%)	D (%)	P (%)	D (%)	P (%)	D (%)	P (%)
Os profissionais do posto/centro/ unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com os doentes sobre outros problemas de saúde?	74	7,1	07	---	05	28,6	---	21,4	14	42,8
É realizado propaganda/ campanha/ trabalho educativo pelos profissionais do posto/ centro/ unidade de saúde para informar a comunidade sobre a Tb?	41	---	02	---	06	42,8	04	28,6	47	28,6
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?	89	28,6	01	35,7	02	28,6	01	---	07	7,1
Os profissionais do posto/ centro/ unidade de saúde solicitam a participação de alguém da comunidade para discutir os problemas de Tb?	93	64,3	02	21,4	02	7,1	---	---	03	7,1

Em relação às visitas domiciliárias durante o tratamento, 52% dos doentes disseram que nunca receberam essas visitas, contrapondo-se com 64,3% dos profissionais que responderam que sempre eram feitas as visitas domiciliárias. Para a questão visitas domiciliares por outros motivos além da TB, a maior parte dos doentes (60%) respondeu que nunca recebeu visitas, enquanto que, 42,8% dos profissionais disseram que sempre as fazem.

A participação do doente no trabalho de grupos no PCT da unidade, quase 100% deles (97%), responderam que nunca participaram de grupo; e mais da metade dos profissionais (64,3%) afirmaram que nunca ocorreu à formação de grupos.

Quando se questionou aos doentes se os profissionais da unidade de saúde conversaram sobre a doença com os membros familiares residentes na mesma casa do usuário, 38% responderam que nunca conversaram. Paradoxalmente, 71,4% dos profissionais responderam que sempre conversaram sobre a doença com o familiar. Em relação ao tratamento, 42% dos doentes do Programa disseram que nunca. Já 78,6% dos profissionais afirmaram que sempre conversam com a família do doente de TB sobre o tratamento da doença.

No que se refere à conversa dos profissionais sobre outros problemas de saúde com os membros da família, 74% dos doentes disseram que nunca acontece. Porém, 42,8% dos profissionais responderam que sempre conversam.

As estratégias utilizadas como propagandas/campanhas/trabalhos educativos realizadas pelos profissionais para informarem a comunidade sobre a TB, 41% dos doentes nunca observam, apesar de 47% deles, afirmar que sempre realizam. Os profissionais de saúde responderam que às vezes (42,8%) realizam trabalhos educativos para a comunidade; e 28,5% quase sempre e sempre (28,5%).

A respeito de ações de saúde em parcerias com Igrejas e/ou Associações de Bairro para entrega de pote de coleta de escarro, a maioria dos doentes de TB (89%) nunca observaram. Os profissionais afirmam que nunca (28,5%) e quase nunca (35,7%) realizam ações de parceria com tais instituições.

A grande maioria dos doentes (93%) nunca observou que os profissionais da unidade de saúde solicitam a participação de alguém da comunidade para discutir o problema da TB. Também, 64,3% da equipe de profissionais afirmam que nunca ocorre a solicitação da comunidade para discutir a TB.

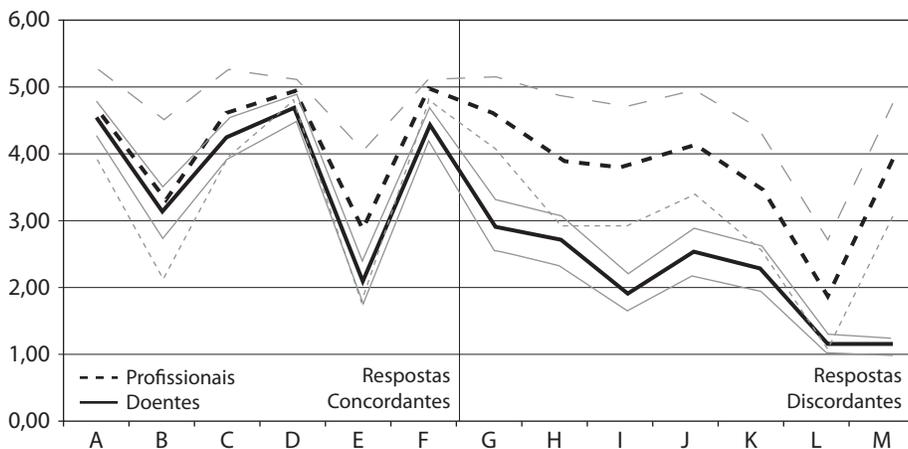
Estudos⁽⁸⁻⁹⁾ mostram que a educação em saúde possibilita que o profissional ajude na busca da compreensão das raízes dos problemas que são enfrentados pela comunidade, bem como de suas soluções. Não se restringe, portanto, a mudança de comportamentos prejudiciais à saúde, mas uma educação baseada, antes de qualquer coisa, no diálogo e, principalmente, na troca de saberes. Além disso, deve-se valorizar a importância das relações de afeto e respeito entre o doente de TB, a sua família e os profissionais de saúde para o efetivo seguimento do tratamento.

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

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

O indicador 'vale transporte'(E) mostra que o grau de concordância entre os grupos está próximo de *quase nunca* para os doentes e *às vezes* para os profissionais. Em relação ao 'exame Aids' (G) apresenta discordância que variou de *às vezes* para os doentes e *sempre* para os profissionais. Os indicadores 'cesta básica ou vale alimentação'(H) apresenta discordância entre os grupos que varia próximo de *quase nunca* para os doentes e *quase sempre* para os profissionais. Já o item 'educação em saúde'(I) mostra diferente grau de concordância entre os grupos que varia de próximo a *quase nunca* para os doentes, e de *quase sempre* para os profissionais.

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



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

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

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

Vínculo entre doentes e profissionais

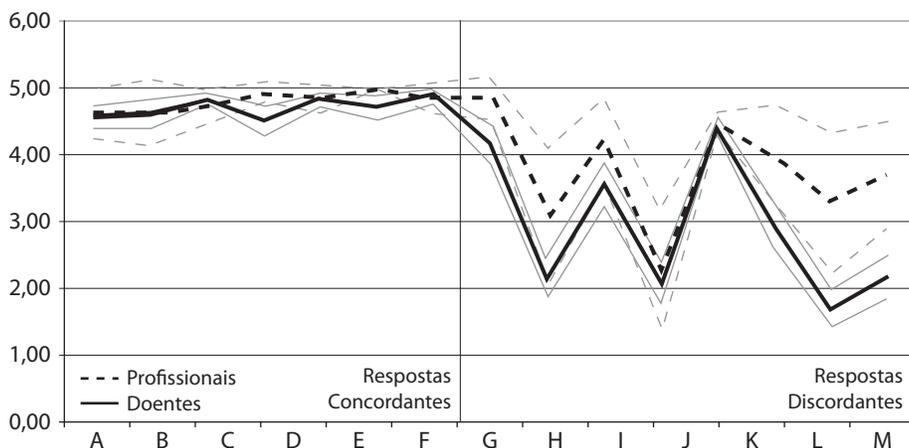
Conforme a Figura 2, no que se referem aos indicadores relacionados ao vínculo entre doentes e profissionais, o ‘atendimento pelo mesmo profissional’ (A) ‘fala com o mesmo profissional no retorno’ (B); ‘é entendida em suas perguntas’ (C); ‘responde as perguntas com clareza’ (E); anota as queixas no prontuário’ (F) ‘explica sobre o uso do medicamento’ (G) apresentam grau de concordância entre os grupos, próximo de *sempre*. O indicador ‘tem tempo para falar das dúvidas’ (D); ‘pergunta sobre os medicamentos em uso’ (H) apresenta semelhante grau de concordância entre os grupos que variam próximos de *quase sempre e sempre* em ambos os grupos. O indicador ‘conversa sobre problemas sociais com a enfermeira’ (J) mostra semelhante grau de concordância entre os grupos que estão próximos de *quase sempre*. O de ‘conversa sobre problemas sociais com outros profissionais’ (K) apresenta grau de concordância entre os grupos, está próximo de *quase nunca*. Em relação à ‘conversa sobre problemas sociais com médico’ (I) evidencia semelhante grau de concordância entre os grupos, que estão próximos de *quase nunca* para os doentes e próximos de *às vezes* para os profissionais.

No entanto, os indicadores a seguir demonstram respostas divergentes: ‘conversa sobre outros problemas de saúde’ (M), com valor médio de 2,93 para doentes e 4,00 para profissionais mostram diferente grau de concordância que variam próximo de *às vezes* para os doentes e *quase sempre* para os profissionais.

Já o item ‘conversa sobre problemas sociais com auxiliar de enfermagem’ (O) com valor médio de 2,18 para doentes e 3,71 para profissionais evidencia diferente grau de concordância entre os grupos que varia de próximo a *quase nunca* para os doentes, e próximo de *quase sempre* para os profissionais.

A pergunta ‘conversa sobre problemas sociais com ACS’ (N) o valor médio para o doente foi de 1,68 e profissionais 3,28, demonstrando diferentes graus de concordância entre os grupos que varia próximo de *quase nunca* para os doentes, e próximo de *às vezes* para os profissionais.

Figura 2 – Média com os respectivos intervalos de confiança (linhas finas) da dimensão Vínculo, das respostas dos Doentes (linha contínua) e dos Profissionais (linha tracejada), Serviços do Programa de Controle da Tuberculose – Feira de Santana – BA, 2007.



A – Atendido pelo mesmo profissional; B – Fala com o mesmo profissional no retorno; C – É entendido em suas perguntas; D – Tem tempo para falar das dúvidas; E – Responde as perguntas com clareza; F – Anota as queixas no prontuário; G – Explica sobre o uso dos medicamentos; H – Pergunta sobre os medicamentos em uso; I – Conversa sobre problemas sociais com médico; J – Conversa sobre problemas sociais com a enfermeira; K – Conversa sobre problemas sociais com outros profissionais; L – Como a equipe de saúde lhe atende; M – Conversa sobre outros problemas de saúde; N – Conversa sobre problemas sociais com ACS; O – Conversa sobre problemas sociais com Auxiliar de enfermagem.

Os dados sinalizam que o estabelecimento do vínculo se assemelha a outras práticas no campo da saúde, permitindo que a abertura do diálogo caminhe para um consenso de necessidades e responsabilidades, impedindo que o ato terapêutico no cuidado ao doente de TB esteja centrado apenas no profissional de saúde, mas que, seja realizado pela manifestação de desejo do doente. Ou seja, é necessário compreender o vínculo como um dos componentes da integralidade com ampliação dos laços relacionais, potencializando os afetos no ato terapêutico. Nesse sentido, deflagra-se a co-responsabilização, ou seja, a capacidade de perceber as singularidades e de investir na capacidade individual e coletiva de fazer escolhas. ⁽¹⁰⁻¹¹⁾

Considerações Finais

O estudo mostrou que na dimensão elenco de serviços, referente às ações desenvolvidas no PCT, é predominante as discordâncias na perspectiva do do-

ente em relação aos profissionais, demonstrando limites no que diz respeito ao desempenho dos profissionais de saúde. Nesse sentido, urge a necessidade de integração das ações de controle de TB, que tem como desafio a organização do Programa a partir da “porta de entrada”, de forma hierarquizada, com fortalecimento do processo de descentralização das ações, na busca da interação entre os diversos atores e instituições envolvidas.

Um dos fatores determinantes da não implementação das ações de controle da TB no município é a centralização da atenção em uma UR para a TB. O PSF e o PACS que deveriam ser aliados neste processo, não estão articulados ao PCT. No entanto, um aspecto importante observado refere-se ao estabelecimento de vínculo entre doentes e profissionais, com predomínio de variáveis concordantes, demonstrando fortalecimento nessa dimensão, constituindo-se em outro desafio a abertura de possibilidades em inserir a rede básica de saúde na detecção precoce de casos, monitoramento da rede de transmissão e responsabilização técnica, no atendimento às pessoas portadoras da doença.

O preconceito que gira em torno da TB também dificulta seu controle, pois os próprios doentes preferem ser acompanhados na UR para não serem rotulados como tuberculosos. É importante que a doença seja discutida com o doente, a família e a comunidade com intuito de minimizar os estigmas.

Outro ponto importante é a fragmentação das ações na abordagem da TB, pois o foco da intervenção parece está apenas no doente. Infere-se que não é dado o devido valor à prevenção da doença e as condições que facilitam sua ocorrência e disseminação, como a pobreza e baixo nível de escolaridade, condições presentes na realidade do município estudado.

A TB só será controlada em Feira de Santana quando os gestores e profissionais de saúde passarem a compreender o impacto da detecção precoce de novos casos da doença na interrupção na cadeia de transmissão e, a partir daí, estabelecer como prioridade esta medida de controle.

Por fim, observou-se que os profissionais de saúde do PCT, em sua maioria, sempre ofereciam informações sobre a doença e seu tratamento e o uso dos medicamentos, no entanto, as informações sobre outros temas de saúde, que muitas vezes estão influenciando o estado de vulnerabilidade do indivíduo, tanto na transmissão da doença como no seu controle, na maioria das vezes, não foram fornecidas aos usuários do serviço.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
2. Bahia. Secretaria de Saúde da Bahia. 2ª DIRES. Boletim Informativo. Feira de Santana: 2ª DIRES; 2005.

3. Feira de Santana, Bahia. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2007. Feira de Santana: Secretaria Municipal de Saúde; 2008.
4. Villa TCS, Ruffino Netto A, Arcêncio RA, Cardozo Gonzales RI. As políticas de controle da tuberculose no sistema de saúde no Brasil e a implantação da estratégia DOTS (1980-2005). In: Ruffino Netto A, Villa TCS (Org.). Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil, histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: Instituto do Milênio REDE TB; 2006.
5. Donabedian A. The effectiveness of quality assurance. *Int J Qual Health Care* 1996; 8(4):401-7.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco; 2004.
7. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Acesso em 17/11/2007]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>.
8. Vasconcelos EM. Educação popular nos serviços de saúde. São Paulo (SP): Hucitec; 1989.
9. Lima MB, Mello DA, Morais APP, Silva WC. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). *Cad Saúde Pública* 2001; 17(4): 877-885.
10. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas-BA. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2006; 11(1): 53-61.
11. Santos AM, Assis MMA, Nascimento MAA, Jorge MSB. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42(3): 464-470.



Capítulo VII:

**Análise comparativa do acesso ao tratamento
em municípios de diferentes regiões do Brasil**



7.1. DESIGUALDADES NO ACESSO AO TRATAMENTO DE TB EM DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL

Lúcia Marina Scatena¹, Tereza Cristina Scatena Villa², Pedro Fredemir Palha², Antonio Ruffino Netto³, Sílvia Helena Figueiredo Vendramini⁴, Aline Aparecida Monroe⁵

Este trabalho objetiva avaliar indicadores de acesso ao tratamento de Tuberculose - TB em cinco municípios do Brasil e possíveis associações entre os tratamentos supervisionado (TS) e/ou auto-administrado (TA).

Tabela 1 – Itens do questionário que compõe os indicadores de “acesso ao tratamento”

Rótulo dos itens	Itens do questionário e categorias de respostas
a	Se o Sr.(a) passar mal por causa da medicação ou da TB, consegue uma consulta médica no prazo de 24 horas? (1) nunca ; (2) quase nunca ; (3) às vezes ; (4) quase sempre ; (5) sempre
b	Quando o senhor vai a unidade de saúde para consultar seu problema de TB, tem de deixar de trabalhar ou perder seu dia de trabalho ou compromisso? (1) sempre ; (2) quase sempre ; (3) às vezes ; (4) quase nunca ; (5) nunca
c	Quando o senhor vai a unidade de saúde para consultar seu problema de TB precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado? (1) sempre ; (2) quase sempre ; (3) às vezes ; (4) quase nunca ; (5) nunca
d	Quando o senhor vai a unidade de saúde para consultar, paga pelo transporte? (1) sempre ; (2) quase sempre ; (3) às vezes ; (4) quase nunca ; (5) nunca
e	Durante o seu tratamento faltou medicamentos para TB? (1) sempre ; (2) quase sempre ; (3) às vezes ; (4) quase nunca ; (5) nunca
f	Quando o senhor vai a unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido? (1) sempre ; (2) quase sempre ; (3) às vezes ; (4) quase nunca ; (5) nunca
g	O profissional da unidade de saúde que acompanha seu tratamento de TB, costuma visitá-lo em sua moradia? (1) nunca ; (2) quase nunca ; (3) às vezes ; (4) quase sempre ; (5) sempre
h	O senhor faz o tratamento de TB na unidade de saúde mais perto de sua casa? (1) nunca ; (2) quase nunca ; (3) às vezes ; (4) quase sempre ; (5) sempre

1 PRODOC – CAPES. Departamento de Enfermagem Materno – Infantil e Saúde Pública.

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

2 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

3 Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

4 Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

5 Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro.

e-mail: lmscatena@eerp.usp.br

O estudo utiliza questões específicas da dimensão acesso ao tratamento que correspondem aos itens do questionário apresentados na tabela 1; uma variável “tratamento supervisionado” com as categorias (Sim = S, Não = N) e; a variável “nome do município” com as categorias (Ribeirão Preto = RP; Feira de Santana = FS; Campina Grande = CG; São José do Rio Preto = SJRP e Itaboraí = ITA) com uma amostra de 507 doentes.

O método utilizado para avaliar as possíveis associações entre os tratamentos e indicadores de acesso foi a Análise Fatorial de Correspondência Múltipla (AFCM).

Resultados

A AFCM permitiu construir o plano fatorial, figura 1, privilegiando as duas primeiras dimensões com valores próprios de 0,25 e 0,21. Neste plano foi possível observar que os municípios de RP e ITA estão associados aos indicadores mais favoráveis de acesso ao tratamento, os municípios de FS e CG aos indicadores menos favoráveis e SJRP aos indicadores regulares de acesso ao tratamento.

Os doentes dos municípios de RP e ITA fazem uso de TS com maior frequência (figura 2) que os doentes dos municípios de FS e CG e estão fortemente associados (figura 1) aos indicadores “sempre conseguem consulta no prazo de 24 horas”; “nunca deixam de trabalhar e perder o dia de trabalho para consultar”; “nunca demoram mais de 60 minutos para serem atendidos” e; “ sempre recebem visitas dos profissionais de saúde em suas casas” . Ainda, estão fracamente associados aos indicadores “nunca utilizam algum tipo de transporte motorizado para consultar”; “nunca pagam pelo transporte” e; “sempre fazem TS mais perto de sua casa”.

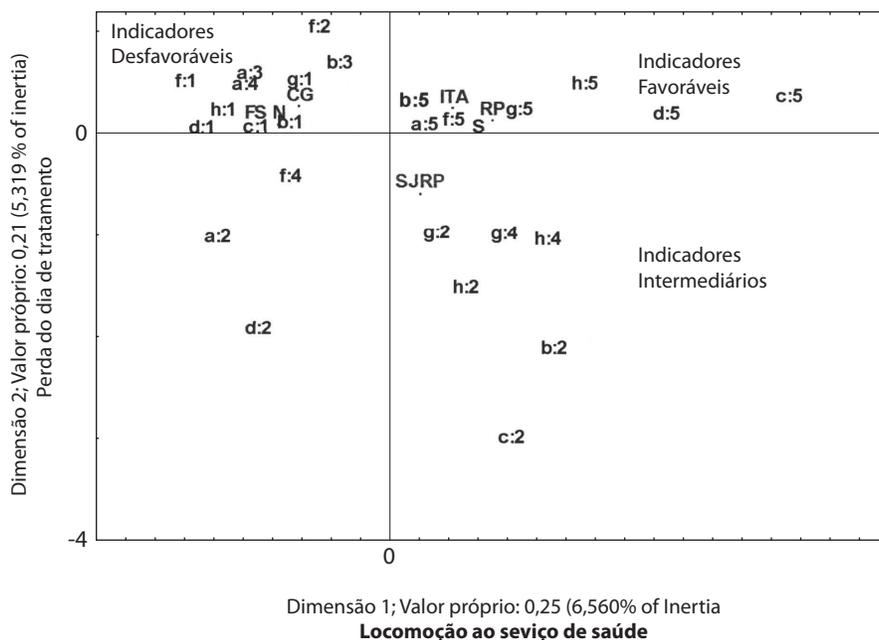
Os doentes dos municípios de FS e CG fazem uso de TS com menor frequência que os doentes dos outros municípios, figura 2, e estão fortemente associados aos indicadores “quase sempre conseguem consulta médica no prazo de 24 horas”; “sempre deixam de trabalhar ou perdem o dia de trabalho para consultar”; “sempre utilizam algum tipo de transporte motorizado para consultar”; “ sempre pagam pelo transporte”; “ na maioria das vezes demoram mais de 60 minutos para serem atendidos”; “às vezes recebem visitas do profissional de saúde em suas casas” e; “ nunca fazem o tratamento de TB na unidade de saúde mais próxima de sua casa”.

Os doentes do município de SJRP fazem uso do TS com alta frequência, figura 2, e estão associados aos indicadores “sempre conseguem consulta no prazo de 24 horas”; “nunca deixam de trabalhar e perder o dia de trabalho para consultar”; “nunca demoram mais de 60 minutos para serem atendidos” com menor intensidade que os municípios de RP e ITA. Ainda, estão associados aos indicadores “quase nunca recebem visitas do profissional de saúde em suas casas” e “quase nunca fazem o tratamento de TB na unidade de saúde mais próxima de

sua casa” e fracamente associados ao indicador “quase sempre utilizam algum tipo de transporte motorizado para consultar”.

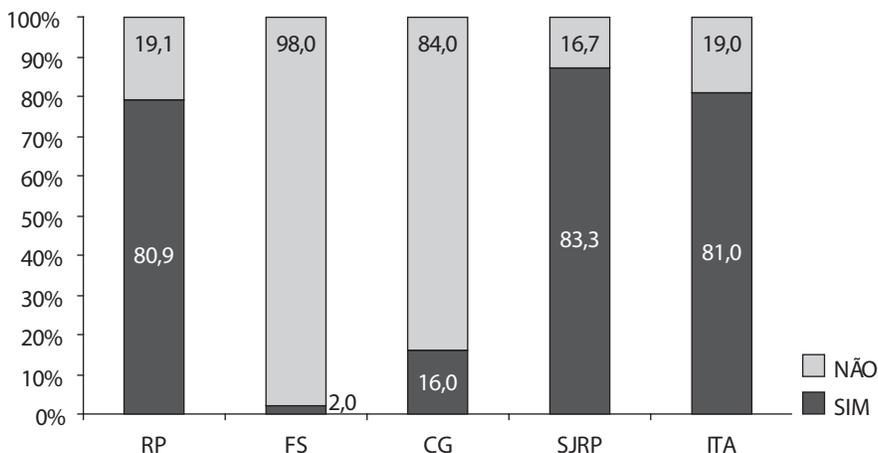
Em relação ao indicador “durante o seu tratamento faltou medicamentos para TB” 93% dos doentes afirmaram que nunca, o que explica a baixa associação deste indicador com os municípios no plano fatorial.

Figura 1 - Plano fatorial de acesso ao tratamento



a2 – quase nunca consegue uma consulta médica no prazo de 24 horas; a3 – às vezes consegue uma consulta médica no prazo de 24 horas; a4 – quase sempre consegue uma consulta médica no prazo de 24 horas; a5 – sempre consegue uma consulta médica no prazo de 24 horas; b1 – sempre tem de deixar de trabalhar ou perder seu dia de trabalho ou compromisso; b2 – quase sempre tem de deixar de trabalhar ou perder seu dia de trabalho ou compromisso; b3 – às vezes tem de deixar de trabalhar ou perder seu dia de trabalho ou compromisso; b5 – nunca tem de deixar de trabalhar ou perder seu dia de trabalho ou compromisso; c1 – sempre precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado; c3 – às vezes precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado; c5 – nunca precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado; d1 – sempre paga pelo transporte; d2 – quase sempre paga pelo transporte; d5 – nunca paga pelo transporte; f1 – sempre demora mais de 60 minutos para ser atendido; f2 – quase sempre demora mais de 60 minutos para ser atendido; f5 – nunca demora mais de 60 minutos para ser atendido; g1 – nunca o profissional costuma visitá-lo em sua moradia; g2 – quase nunca o profissional costuma visitá-lo em sua moradia; g4 – quase sempre o profissional costuma visitá-lo em sua moradia; g5 – sempre o profissional costuma visitá-lo em sua moradia; h1 – nunca faz o tratamento de TB na unidade de saúde mais perto de sua casa; h2 – quase nunca faz o tratamento de TB na unidade de saúde mais perto de sua casa; h4 – quase sempre faz o tratamento de TB na unidade de saúde mais perto de sua casa; h5 – sempre faz o tratamento de TB na unidade de saúde mais perto de sua casa; S – tratamento supervisionado; N – tratamento auto-administrado; RP – Ribeirão Preto; ITA – Itaboraí; SJRP – São José do Rio Preto; CG – Campina Grande; FS – Feira de Santana.

Figura 2 - Distribuição dos doentes de TB em relação ao Tratamento Supervisionado.



RP = Ribeirão Preto; FS = Ferira de Santana; CG = Campina Grande; SJRP = São José do Rio Preto; ITA = Itaboraí.

Discussão

Os resultados mostram que indicadores mais favoráveis e regulares de acesso ao tratamento de TB foram obtidos em municípios da região sudeste com alta proporção de doentes que utilizam o TS (RP, ITA e SJRP) enquanto que indicadores menos favoráveis ao acesso ao tratamento foram obtidos em municípios da região nordeste com baixa proporção de doentes que utilizam o TS (FS e CG).

A disponibilidade e fornecimento gratuito dos medicamentos caracterizaram-se como indicadores facilitadores ao acesso ao tratamento em todos os municípios, mas não atingiu os desejáveis 100%. Alguns autores mencionam que o fornecimento gratuito do medicamento não garante a adesão ao tratamento quando analisadas as condições sócio-econômicas dos doentes. ⁽¹⁻³⁾

Os indicadores, conseguir consulta em 24 horas quando passa mal por causa da medicação da TB, não perder o dia de trabalho para consultar, ser atendidos em até 60 minutos e receber visitas dos profissionais de saúde em suas casas foram determinantes para qualificar os municípios com melhores indicadores de acesso ao tratamento de TB.

Os indicadores relacionados à necessidade de transporte motorizado, pagamento pelo transporte e realizar o tratamento na unidade de saúde mais próximo de sua casa não atingiram as qualificações desejáveis em nenhum dos municípios estudados, pois os municípios de RP e ITA, com as melhores qualificações, ainda necessitam melhorar estes serviços. Entretanto, estes indicadores corroboraram para qualificar como deficiente, o acesso ao tratamento nos mu-

nicípios de FS e CG somados aos indicadores de perder o dia de trabalho para consultar, demorar mais de 60 minutos para ser atendido e, às vezes, receber visitas do profissional de saúde em suas casas.

A qualidade do serviço e sua organização foram sinalizadas por diversos autores como diretamente relacionada ao abandono do tratamento. Entre elas, uma melhor organização do atendimento, leva à redução no tempo de espera para consulta o que evita o desestímulo do paciente em retornar aquele serviço. Ainda, o prolongado tempo de espera dentro do serviço pode ser um fator limitante a continuidade do tratamento, principalmente para os doentes que se encontram assintomáticos logo no início do tratamento. Uma longa espera também dificultaria o emprego da estratégia de retornos freqüentes, pois o paciente teria que aguardar uma consulta com muito mais freqüência e isto poderia favorecer o abandono do tratamento.⁽⁴⁻⁵⁾

A falta de dinheiro para transporte e o horário de trabalho nem sempre compatível com o da unidade de saúde foram fatores citados como motivos para a interrupção do tratamento em Fortaleza-CE, Brasil. Ainda, de acordo com os autores pesquisas conduzidas nos Estados Unidos, Espanha e Argentina mostram que a veiculação de informações claras na visita domiciliar e o apoio para os deslocamentos dos doentes foram fatores que muito colaboraram para a adesão ao tratamento.⁽⁶⁾

Na Índia, o tratamento insatisfatório de TB está relacionado principalmente, as dificuldades de acesso físico (longas distâncias a percorrer até o centro de saúde), demora no atendimento, falta de médicos e falta de atenção dos profissionais com os doentes dos centros de saúde somados a fatores sociais e econômicos que limitam o acesso dos pacientes de diferentes classes sociais, idades e gênero.⁽⁷⁾

Em três comunidades de Burkina Faso – África com TS, a falta de recursos financeiros e de meios adequados para o transporte, a perda do dia de trabalho, a demora no atendimento e crenças culturais “de que o tratamento do curandeiro é melhor” foram as principais barreiras relatadas. Os pacientes do sexo feminino apresentaram maiores dificuldades em realizar o tratamento de TB que os pacientes do sexo masculino por não possuírem, na maioria das vezes, trabalho remunerado e dependerem de seus familiares para o pagamento do transporte. Ainda, os pacientes de áreas rurais relataram maiores dificuldades para transpor barreiras geográficas e econômicas que os pacientes de áreas urbanas.⁽²⁾

No Senegal com TS oferecido diariamente nos dois primeiros meses, cerca de 12% dos pacientes entrevistados declararam não serem capazes de cobrir o custo de transporte para adquirir os medicamentos. Dos quatro centros de saúde investigados, somente um tem o TS realmente implantado e neste, apenas os pacientes que moram nas proximidades fazem o TS, os que moram em áreas mais distantes fazem o TA.⁽¹⁾

Pesquisa realizada no Condado de São Francisco, Califórnia, no período de 1998 a 2000 mostrou que pacientes tratados com TS desde o início do tratamen-

to tiveram uma taxa de cura (97,8%) significativamente maior quando comparado com os pacientes com TAA (88,6%).⁽³⁾

Resultados de uma pesquisa realizada com 3985 pacientes selecionados aleatoriamente de diversas publicações, no período de 1974 a 2005, com participantes de países de baixa, média e elevada renda não forneceram nenhuma diferença quantitativa importante na cura ou garantia de conclusão de tratamento quando comparados o TS com o TAA.⁽⁹⁾

Neste trabalho observou-se que municípios com maiores proporções de doentes em TS possibilitaram indicadores mais favoráveis e regulares ao acesso ao tratamento, mas ainda, necessitam ampliar ações técnicas e operacionais de saúde para minimizar as dificuldades de transporte, econômicas e sociais dos pacientes de TB.

Referências

- Hane F, Thiam S, Fall AS, Vidal L, Diop AH, Ndir M, Lienhardt C. Identifying barriers to effective tuberculosis control in Senegal: an anthropological approach. *Int J Tuberc Lung Dis* 2007; 11(5):539-43.
- Sanou A, Denbele M, Theobald S, Macq J. Access and adhering to tuberculosis treatment: barriers faced by patients and communities in Burkina Faso. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004; 8(12):1479-483.
- Silva ACO, Souza MCM, Nogueira JÁ, Motta MCS. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2007; 9(2):402-16.
- Deheinzelin D, Takagaki TY, Sartori AMC, Leite OHM, Amato Neto V, Carvalho CRR. Fatores preditivos de abandono de tratamento por pacientes com tuberculose. *Rev Hosp Clin Fac Méd* 1996; 51(4):131-5.
- Natal S, Valente J, Gerhardt G, Penna ML. Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. *BoI Pneumol Sanit* 1999; 7(1):65-78.
- Lima MBL, Mello DA, Morais APP, Silva WC. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). *Cad Saúde Pública* 2001; 17(4):877-85.
- Ogden J, Rangan S, Uplekar M, Porter J, Brughla R, Zwi a, Nyheim D. Shifting the paradigm in tuberculosis control: illustrations from India. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999; 3(10):855-61.
- Jasmer RM, Seaman CB, Gonzalez LC, Kawamura LM, Osmond DH, Daley C. Tuberculosis Treatment Outcomes: Directly Observed Therapy Compared with Self-Administered Therapy. *Am J Respir Crit Care Med* 2004; 170: 561-6.
- Volmink J, Garner P. Directly observed therapy for treating tuberculosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (2).



Capítulo VIII:

**A estratégia DOTS em municípios
prioritários para o controle da
tuberculose no Estado de São Paulo**



8.1. DOTS: A ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DO INTERIOR PAULISTA

*Maria de Lourdes Sperli Geraldos Santos¹; Tereza Cristina Scatena Villa²;
Roxana Cardozo Gonzáles³; Silvia Helena Figueiredo Vendramini¹;
Natália Sperli Geraldos Marin dos Santos¹; Maria Amélia Zanon Ponce²;
Pedro Fredemir Palha²; Claudia Eli Gazetta¹; Antonio Ruffino –Netto⁴.*

Introdução

Os países em desenvolvimento, como o Brasil, têm sofrido as cargas das desigualdades sociais, aumento da pobreza, crescimento da população e concentração urbana desordenada, além das dificuldades da falta de acesso e despreparo dos serviços de saúde para o manejo e controle de doenças endêmicas, como a Tuberculose (TB).⁽¹⁾

A priorização da TB na agenda pública de saúde em nível local, perpassa por obstáculos operacionais e políticos que criam uma lacuna na política de financiamento para o controle da doença. Pelo pouco envolvimento do gestor no sentido de incorporar, investir e apoiar o gerenciamento das ações de controle da TB, a doença é negligenciada como prioridade na agenda de saúde do município.⁽²⁾

A gerência municipal das ações de controle da TB exercida pelos coordenadores dos Programas de Controle de Tuberculose - PCT é uma gerência intermediária, que sofre pressões internas dos superiores para alcançar resultados e garantir conformidades com as normas administrativas.⁽³⁾

Para que o coordenador dos PCT possa desempenhar suas funções gerenciais de organização e viabilização de ações de controle da TB, é preciso adequado preparo político, gerencial e técnico, com conhecimento da realidade para identificar os problemas e necessidades reais para o manejo das ações e buscar as possibilidades de captar recursos e estabelecer parcerias nos diversos níveis de atenção à saúde, dentro e fora dos sistemas de saúde.⁽²⁾

Este estudo tem como objetivo analisar a gerência das ações de controle da TB em municípios prioritários do interior do Estado de São Paulo, a partir do pressuposto de que o gerenciamento das ações de controle da TB exige compromisso político dos gestores e de uma gerência especializada com capacidade técnico-científica e habilidade no processo de comunicação, negociação e inter-relacionamento.

1 Faculdade de Medicina De São José do Rio Preto; Contato: mlsperli@gmail.com

2 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo;

3 Universidade Federal do Mato Grosso;

4 Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Metodologia

Este estudo está vinculado ao projeto intitulado “Situação da Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: Histórico e peculiaridades de acordo com as características regionais”, aprovado pelo Comitê de ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. (CEP - EERP-USP - 169/2005). Os sujeitos do estudo que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Conselho Nacional de Saúde.

Optou-se pela abordagem qualitativa, pois permitiu explicar e interpretar a representação da TB pelos atores que vivenciam, no cotidiano, o manejo da doença.

O estudo foi realizado em 26 municípios considerados como prioritários para a intensificação das ações de controle da TB e implantação da estratégia DOTS no Estado de São Paulo. Dentre estes, 7 municípios do interior do Estado de São Paulo foram selecionados baseados nos critérios adotados pelo CVE/PCT/SES em dividir o Estado de São Paulo em quatro regiões homogêneas: a Capital, a Grande São Paulo (GSP), a Baixada Santista/litorânea e Interior do Estado.⁽⁴⁾ Levou-se em consideração as semelhanças em relação à organização do sistema local de saúde e ao quadro epidemiológico da doença. Foram excluídos os municípios do interior do Estado situados no litoral e aqueles pertencentes a regiões metropolitanas.

Os sujeitos da pesquisa foram 07 coordenadores dos PCT dos municípios do interior do Estado de São Paulo.

A coleta de dados foi realizada em junho de 2005 por meio de entrevista semi-estruturada com questões relacionadas ao processo de implantação da estratégia DOTS focalizando as facilidades e dificuldades, compreensão da estratégia como política de saúde pública e processo decisório na atenção à TB. Os entrevistadores foram profissionais de nível superior treinados. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática.⁽⁵⁾

Foi construída uma Unidade Temática “a Gerência das ações de controle da TB nos Sistemas Locais de Saúde”, tendo como foco principal o trânsito gerencial dos coordenadores dos PCT no processo de implantação e implementação da estratégia DOTS.

Resultados e Discussão

Os resultados do estudo evidenciam dois momentos distintos, o da implantação e o da implementação da estratégia, em que a vontade política, o envolvimento e integração dos responsáveis pelas políticas de saúde no âmbito local representam aspectos determinantes para a efetivação do DOTS.

O processo de implantação da estratégia DOTS não enfrentou muitas dificuldades em relação ao compromisso político, uma vez que ocorreu mediante incentivo

pelo MS a partir de 1999⁽⁶⁻⁷⁾. A maior dificuldade residiu na manutenção de recursos para viabilizar e sustentar a estratégia, o que foi abordado em todos os depoimentos.

A implantação da estratégia DOTS nos municípios deste estudo se deu no momento em que o PNCT definiu a TB como prioridade entre as políticas governamentais, facilitando e incentivando os municípios prioritários. Ficou evidente que a vontade política dos gestores em adotar a estratégia estava atrelada à disponibilização de incentivos financeiros pelo MS.

(...) Eu acho que foi bastante atuante (o gestor). Porque foi justamente na época que a gente pegou o convênio, que veio o recurso (...) (Ent. 1)

(...) eu assumi a coordenação em 1997... recebemos um recurso em torno de 97 mil reais...Esse recurso veio casado em cima de um indicador epidemiológico importante, e aí então começou um processo de implantação do tratamento supervisionado (...) (Ent. 2)

Na época da implantação do DOTS, o governo disponibilizou repasse financeiro aos municípios e estimulou a busca de casos e o tratamento por meio de benefícios. Mediante um termo de adesão, o município firmava um compromisso com o desenvolvimento das ações do PCT. O repasse era através de bônus atrelado ao TS. Foi estabelecida uma nova proposta de gerência do PCT baseada nos seguintes conceitos: reestruturação (os convênios foram eliminados), reengenharia (utilização de uma lógica baseada em resultados), bônus, reinvenção (DOTS), realinhamento (nova inserção do PCT no Ministério da Saúde), reconceitualização (descentralização), novas formas de aprendizagem e unidades de demonstração⁽⁷⁻⁸⁾.

A Portaria 3739/GM de 15 de outubro de 2000 regulamentava a concessão do bônus e a n. 1.474, de 19 de agosto de 2002, fixava novos valores do Incentivo para notificação de casos novos; alta por cura, quando tratamento auto-administrado quando tratamento supervisionado.⁽⁷⁾ Até 2006 os recursos eram repassados periodicamente conforme rubricas específicas.

Embora os gestores municipais tenham disponibilizado recursos financeiros para a implantação da estratégia DOTS, a grande dificuldade tem sido a manutenção destes incentivos e recursos, principalmente para a alocação de pessoal preparado e em número suficiente para efetivar as ações de controle da TB e de viaturas para as visitas domiciliares, conforme os depoimentos. Em relação às cestas básicas e vales transportes para os doentes, todos os coordenadores relatam que são oferecidos.

(...) enquanto recebia verba para pagar esse funcionário... o DOTS estava funcionando muito bem... A partir do momento que esse convênio foi

quebrado nós não conseguimos mais contratação de ninguém e nem ao menos um funcionário da prefeitura que fizesse isso...(Ent.7)

(...) nós tivemos, no princípio, um carro disponível pra esse programa. O PCT deveria ter um comando da Distrital, com um carro para o programa. ...como você sabe, o carro é usado também pra várias outras coisas... as autoridades deveriam dar mais importância ao PCT. (Ent.4)

(...) o território é muito grande, precisa de viatura para se locomover, você gasta uma manhã toda em uma área, ... tem que tirar o funcionário da Unidade, tem que ter transporte, tem que ter motorista, tem que ir a casa... tem um custo, de transporte, de motorista de mão de obra. (Ent.2)

(...) as dificuldades são em relação ao transporte, a recursos humanos, porque todos os dias você mata alguns leões para conseguir efetuar o serviço. (Ent.3)

A disponibilização de recursos e incentivos é necessária para viabilizar as ações de controle da TB, porém, depende da vontade política do gestor. A falta de autonomia dos coordenadores dos PCT dos municípios limita a atuação gerencial deste ator, incorrendo em prejuízo para o PCT. As dificuldades diante da falta de autonomia no processo decisório do coordenador e da escassez de recursos levam aos mesmos problemas⁽⁹⁾, quando afirmam que os gerentes “apagam incêndios” e implementam a cultura da improvisação.

Arelada à falta de autonomia dos coordenadores está a falha no processo de comunicação e integração destes com os gestores, além do desconhecimento da verba destinada ao controle da TB, conforme os depoimentos a seguir:

(...) tudo programado desde o ano passado, as cestas básicas para as pessoas que iniciaram o tratamento,... nós sentimos as dificuldades do primeiro grupo... todo aquele trâmite de compra...pelo município, foi uma cobrança muito grande do paciente, então nós trabalhamos dobrado, triplicado, pra que eles entendessem que não dependia de mim aquela cesta básica... a cesta chegou a coisa acalmou de um jeito que você não faz idéia. (Ent. 1)

(...) A dificuldade que eu vejo, é a verba que vem do Ministério da Saúde, gastar esse dinheiro é o mais complicado. Cai no fundo e a gente conseguir resgatar esse dinheiro e reverter ele para a Tuberculose. (Ent. 6)

(...) O Coordenador deveria saber o que se pôs de dinheiro na Tuberculose...Secretaria diz que não tem, e a gente fica perdido. Então se houvesse a possibilidade de comunicar o coordenador do programa, o que está chegando em termos de quantidade e qualidade, desse dinheiro, seria muito mais fácil. A gente trabalha sem saber o valor que tem. Não tem a mínima noção. (Ent. 7)

A partir de 2007 o repasse tem sido do fundo nacional para o fundo municipal de saúde. Com os pactos da saúde, seis grandes blocos são administrados pelo município conforme as peculiaridades locais. A tuberculose beneficia-se de recursos de mais de um bloco, porém, sem uma conta específica, o que resulta em esclarecimento inadequado das fontes de recurso para a TB, dificultando, ao coordenador do PCT, estabelecer com nitidez, de quais recursos dispõe para as prioridades e viabilização das estratégias de controle da doença ^(6,10).

O compromisso e a integração de atores pertencentes aos diversos espaços de atuação devem ser estimulados permanentemente. Para tal, é necessária a existência de uma gerência intermediária especializada em TB que forneça ao Coordenador do PCT ferramentas necessárias para o enfrentamento das adversidades relacionadas à TB, utilizando mecanismos criativos e atrativos para conscientizar, negociar e estabelecer parcerias com diversos atores de modo que a TB tenha visibilidade, dada sua relevância epidemiológica e social. ⁽²⁾

Nesse contexto, destaca-se o papel dos coordenadores do PCT como principais empreendedores para o estabelecimento de parcerias e sensibilização dos membros dos diversos segmentos dos Sistemas de Saúde e da população em geral acerca da problemática da TB, gerando a necessidade de um intenso processo de negociação e capacidade de convencimento dos gestores acerca da relevância e contribuição dos mesmos para o impacto no controle da TB no âmbito municipal, tornando-a prioridade na agenda municipal de saúde.

Para suprir as lacunas causadas pela deficiência na manutenção das ações de controle da TB, ocorre a necessidade de buscar parcerias em outros setores dentro ou fora do sistema de saúde.

(...) a gente tem feito TS e a expansão tem se dado nesses últimos anos, com os recursos que a gente tem. Então, com as próprias equipes, temos viatura que a AIDS cedeu, nós conseguimos agregar uma viatura no setor de escola, mas quem executa, são as próprias equipes. (Ent. 2)

Embora a AIDS esteja intimamente ligada à TB, atua de forma desarticulada ao PCT, com financiamentos mais efetivos, devido a maior visibilidade

política que confere ao Programa, possui mais autonomia e facilidades para desenvolver projetos que financiam as ações de controle da doença. Apesar disto, colabora com o empréstimo de alguns recursos como, por exemplo, as viaturas para as visitas domiciliares. A contemplação de outros agravos mais urgentes como prioridades na agenda municipal, em detrimento da assunção da TB também como urgência de medidas de controle, reflete na sustentabilidade das ações e na resolubilidade dos serviços de AB relacionada à integralidade das ações de controle da TB. ⁽²⁾

Os depoimentos reforçam a priorização de outros agravos ou situações que possuem maior repercussão política e requerem interferência mais imediata, como é o caso da dengue.

(...)Na implantação nós tivemos um bom compromisso, depois... não foi muito envolvido ...porque estava muito alterada a questão da Dengue... (Ent.2)

(...) A Tuberculose passou a ser prioridade... Quando nós conseguimos elevar o índice da dengue quase a nível zero. Aí sim, sobrou Tuberculose... (Ent.5)

Esta situação resulta em obstáculos para o gerenciamento das ações de controle da TB no âmbito da gerência intermediária (da coordenação do PCT), quando esta atividade se depara com situações que dependem da vontade política de outros atores hierarquicamente superiores. Existe desinteresse dos gestores municipais pelas políticas e estratégias de controle da TB, dentre elas, o DOTS, o que leva à falta de compromisso destes atores com as políticas de controle da doença. A TB se encontra entre aquelas doenças que não promovem visibilidade política, portanto, não representam prioridade.⁽²⁾ Muitas vezes, o coordenador necessita lançar mão de sua habilidade de comunicação para convencer o gestor da magnitude da doença.

(...) estou sempre cutucando, pra mostrar que a tuberculose tá aí, (...) mas a pessoa não vê(o gestor) ...as autoridades deviam dar mais importância para a tuberculose (Ent.4)

Embora muitos investimentos estejam sendo feitos, ainda é difícil encontrar uma saída efetiva, pois esses investimentos privilegiam o tratamento, não a prevenção. Não que essa não exista. Existem medidas para a prevenção e controle, estratégias inovadoras e eficazes como a estratégia DOTS, porém, o financiamento e envolvimento político nesse âmbito são deficientes ⁽¹¹⁻¹²⁾.

Conclusão

Foi possível identificar a fragilidade do compromisso político assumido pelo gestor diante da dificuldade em captar e manter recursos financeiros, materiais ou humanos. As entrevistas instigam a reflexão sobre a importância e a imagem que a TB tem para os diversos atores envolvidos no manejo da doença, direta ou indiretamente e sobre até que ponto o coordenador do PCT dos municípios encontra motivação para enfrentar e superar os problemas políticos que dificultam o gerenciamento das ações de controle da TB.

Os coordenadores dos PCT assumem a importante tarefa de viabilizar as ações de controle da doença, nem sempre com recursos adequados e suficientes para tal, tendo, na maioria das vezes, que lançar mão do que tem disponível, assumindo um papel de articuladores entre os vários níveis do Sistema de Saúde. Necessitam ter conhecimentos, habilidades técnicas e políticas de negociação, enfrentamento, persuasão, criatividade, conhecimento técnico-científico e epidemiológico atualizados, para ampliar possibilidades de captar recursos, estimular a vontade política dos governantes e assim, darem conta do manejo da TB de forma a apresentá-la na sua complexidade social, política, econômica e até histórica.

Fica evidente o empenho dos coordenadores dos PCT para sensibilizar e envolver os gestores para a superação das dificuldades relacionadas à TB.

Este estudo evidencia que os recursos financeiros destinados ao controle da TB deveriam ser repassados diretamente a gerência local do PCT, o que permitiria maior agilidade e autonomia na tomada de decisões técnicas e gerenciais.

Referências Bibliográficas

1. Dalcolmo MP, Andrade MKN, Picon PD. Tuberculose multirresistente no Brasil: histórico e medidas de controle. *Rev Saúde Pública* 2007; 41 (1):34-42.
2. Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino-Netto A, Vendramini SHF et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42 (2):262-7.
3. Aguiar AB, Costa RSB, Weirich CF, Bezerra ALQ. Gerência dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2005; 7(3): 319-27.
4. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Tuberculose no Estado de São Paulo: indicadores de morbimortalidade e indicadores de desempenho. *Boletim Epidemiológico Paulista*, v3 sup. 4. 2006.
5. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3ªed. Lisboa: Edições 70, 2004. p.223.
6. Villa TCS, Ruffino-Netto A, Arcêncio RA, Cardozo-Gonzales RI. As políticas de controle de tuberculose no sistema de saúde no Brasil e implantação da estratégia DOTS (1980-2005). In: Ruffino-Netto A, Villa TCS (orgs.). *Tuberculose - Implantação do DOTS em Algumas Regiões do Brasil. Histórico e Peculiaridades Regionais*. Ribeirão Preto: FMRP/REDE TB-USP, 2006, cap. II, p.29-48.

- Ruffino-Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2002; 35(1):51-58.
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. Centro Nacional de Epidemiologia. Centro de Referência Hélio Fraga. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
- André AM, Ciampone MHT. Desafios para a Gestão de Unidades Básicas de Saúde. Rev Adm Saúde 2007, 9; (34):16-21.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- Vendramini SHF, Villa TCS, Santos MLSG, Gazetta CE. Aspectos epidemiológicos atuais da tuberculose e o impacto da estratégia DOTS no controle da doença. Rev Latino-Am Enfermagem 2007; 15 (1): 171-3.
- Weiss KB, Addington WW. Tuberculosis Poverty's Penalty. Am J Respir Crit Care Med 1998; 157(4):1011.

8.2 TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (DOT): SUSTENTABILIDADE NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1998-2004.

*Pedro Fredemir Palha¹, Tereza Cristina Scatena Villa¹,
Antonio Ruffino Netto², Simone Teresinha Protti¹, Laís Mara Caetano da Silva¹,
Terezinha Heck Weiller³, Maria Catarina Salvador da Motta⁴*

Introdução

A descentralização introduziu componentes essenciais e centrais para a análise dos desenhos das políticas públicas e de saúde no Brasil, a partir da transferência de poder e decisão para o âmbito local, reservando ao governo central a tarefa de realizar o monitoramento das diretrizes gerais.⁽¹⁻²⁾

Com relação à Política de Controle da Tuberculose (PCT) é a partir do final da década de 1990 que os governos locais passam a assumir responsabilidades pela implantação da estratégia Directly Observed Treatment Short-Course (DOTS) na rede de Atenção Básica (AB).⁽³⁾ Em 2000 a TB passa a compor o rol das atividades do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS).⁽⁴⁾

1 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. EERP/USP.

2 Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. FMRP/USP.

3 Universidade de Ijuí – UNIJUÍ

4 Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

e-mail: palha@eerp.usp.br

Muitos fatores concorrem para a manutenção e sustentabilidade do Tratamento Diretamente Observado (DOT) junto aos governos municipais. Considera-se, neste trabalho, que a sustentabilidade aparece como uma resposta à continuidade de uma dada política pública, como as expressões práticas de sua aplicação, portanto, como um propósito político de governo.

Partindo do pressuposto que as dimensões relacionadas ao porte populacional, à região de pertencimento e a fatores de natureza socioeconômicas, culturais e demográficas da realidade do município interferem na estabilidade do componente DOT da estratégia DOTS, o presente estudo teve como objetivo analisar a sustentabilidade do DOT em municípios prioritários para o controle da TB no Estado de São Paulo (ESP), Brasil, no período de 1998 a 2004.

Material e métodos

Essa pesquisa de natureza quantitativa identificou fatores explicativos sobre a sustentabilidade do DOTS no ESP, a partir de indicadores de cobertura do DOT e fatores sobre a estrutura e o contexto geopolítico de dois municípios prioritários para o controle da TB. Foram utilizadas as seguintes fontes de dados secundários: taxa de cobertura do DOT disponíveis no Banco de Dados EPI-TB para o período de 1998 a 2004, Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) e Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) da Fundação SEADE (2004), Dados do Departamento de Apoio a Descentralização (DAD) e do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (2006).

O índice paulista de responsabilidade e vulnerabilidade social

O IPRS é um indicador que permite mensurar o grau de desenvolvimento humano em todos os municípios paulistas, possibilitando conferir performances econômicas e sociais dos municípios. Leva em conta as três dimensões do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): renda, escolaridade e longevidade.⁽⁵⁾ Por ser um índice relativo e não normativo, é possível considerar as variações que ocorrem conjuntamente e que afetam o padrão dos indicadores municipais (Quadro 1).

O IPVS revela com mais detalhes as condições de vida, com identificação e localização espacial das áreas que abrigam os segmentos populacionais mais vulneráveis à pobreza, por meio da combinação entre as dimensões, socioeconômica e demográfica, pelas quais se classificam as áreas geográficas intramunicipais em seis grupos distintos. (Quadro 2).⁽⁵⁾

A noção de vulnerabilidade se refere à combinação de fatores que produzem deteriorização das condições de vida e de saúde de pessoas, famílias e comunidades, pela exposição a determinados tipos de riscos, adquirindo, portanto, uma

Quadro 1 - Índice Paulista de Responsabilidade Social.

Grupo	Característica
Grupo 1	Municípios mais ricos e populosos do Estado, onde parcelas significativas de sua população se beneficiam desse dinamismo econômico.
Grupo 2	Municípios com bons indicadores de riqueza, mas incapazes de garantir à maior parte da sua população o desfrute de seu padrão econômico.
Grupo 3	Pequenos municípios com baixos níveis de riqueza, mas cujas populações apresentam bons indicadores sociais, em consequência do melhor acesso a serviços de saúde e educação.
Grupo 4	Um grupo intermediário de municípios que vêm conseguindo melhorar seus indicadores sociais, apesar da pouca riqueza ali existente.
Grupo 5	Municípios que se mantêm em situação de pobreza. Fonte: Fundação Seade, 2004.

Quadro 2 - Construção do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social.

Fator 1 Socioeconômico	Fator 2 Ciclo de Vida das Famílias		
	Famílias Jovens (até - 0,5)	Famílias Adultas (até - 0,5)	Famílias Idosas (até - 0,5)
Baixo (até - 0,5)	(6) Vulnerabilidade Muito Alta	(5) Vulnerabilidade Alta	
Médio (-0,5 a 1,0)	(2) Vulnerabilidade Muito Baixa	(4) Vulnerabilidade Média	
		(3) Baixa Vulnerabilidade	
Alto (1,0 a 1,5) Muito alto (maior que 1,5)	(1) Nenhuma Vulnerabilidade		

Fonte: Fundação Seade, 2004.

noção multidimensional, na medida em que afeta os segmentos sociais em planos distintos de seu bem-estar.⁽⁵⁾

Para análise deste trabalho foram escolhidos dois municípios com diferentes portes populacionais. Bertioga, da Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS), com 42.945 habitantes e Ribeirão Preto, da Região Administrativa de Ribeirão Preto (RARP), com 558.136 habitantes.⁽⁶⁾

Resultados

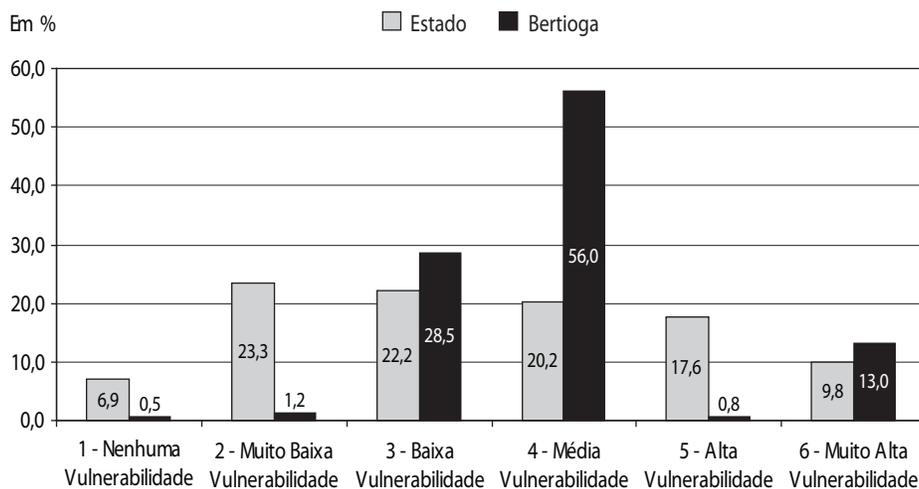
Municípios de pequeno porte populacional – Bertioga

A RMBS se destaca pela alta densidade demográfica, ocupando a segunda posição no ESP, com 645 hab/Km². A taxa de urbanização do município é de 99%, e apresenta a menor densidade demográfica da região citada, 62,3 hab/Km². Para o período de 2000 a 2002 apresentou a maior taxa de crescimento populacional do ESP, 8,4%, enquanto que para a RMBS ficou em 2,0% e para o ESP em 1,6%. Percebe-se, portanto, que o município atingiu índice de crescimento populacional superior a qualquer outro município paulista, passando de 17.718 em 1998 para 35.739 habitantes no ano de 2004.⁽⁷⁾

Todos os municípios que compõem a RMBS estão classificados no Grupo 2 do IPRS (Quadro 1) que confere às cidades bons níveis de riqueza, mas que apresentam parcelas significativas da população sem acesso a benefícios da área social.⁽⁵⁾ A RMBS encontra-se na 12ª colocação em relação à escolaridade e no 15º lugar em longevidade, assim, não obstante a sua importância econômica, não tem conseguido promover um desempenho satisfatório na área social.⁽⁵⁾ Os dados referentes ao município em relação à Dimensão Socioeconômica (Quadro 2), indicam que, para o ano de 2004, 49,8% dos responsáveis pelos domicílios ganhavam no máximo três salários mínimos. A média da renda ficou bastante abaixo da média do Grupo 1, considerado o grupo mais privilegiado.⁽⁴⁾

Observamos o Gráfico 1 do IPVS do município de Bertioga comparativamente com o ESP.

Gráfico 1 - Distribuição da população segundo IPVS no ESP e município de Bertioga, ano 2000.



Fonte: IBGE. Censo Demográfico; Fundação Seade (2004).

O município de Bertioiga apresenta uma vulnerabilidade importante, uma vez que 69,84% da população se situa nos grupos 4, 5 e 6 do IPVS. Segundo o IPRS a RMBS é a que apresenta os índices mais elevados para os indicadores de riqueza, embora conviva com os piores índices de longevidade e os menores indicadores de escolaridade. A indústria de transformação e o setor terciário, baseados nas atividades portuárias e no turismo, destacam-se como principal eixo de desenvolvimento da RMBS, justificando a alta urbanização e o acentuado crescimento demográfico da região, sendo, portanto, um pólo empregatício atrativo.

Um fato interessante é com relação ao indicador riqueza[§] do IPRS para a RMBS, já que se observam patamares superiores no ESP, em 3 dos 4 indicadores[‡], o que deveria conferir à população um status diferenciado em relação ao padrão sócioeconômico, cultural e sanitário, o que não é percebido quando analisamos a distribuição de renda, escolaridade e a incidência de doenças, no caso a TB.

Tabela 1 - Municípios prioritários para o controle da TB no ESP, com população entre 41 e 96 mil habitantes, segundo tipo de gestão, cobertura do DOT, ESF e PACS e população total.

Municípios	Tipo Gestão Plena - 2006			Cobertura DOT 2004	Cobertura ESF 2004	Cobertura PACS 2004	População Total 2004
	NOB	NOAS	GPABA				
Itanhaém	x			74%	34,5%	71,9%	88.235
<i>Bertioiga</i>	x			58%	0,0%	0,0%	41.672
São Sebastião	x			20%	100%	100%	73.167
Ubatuba	x			19%	100%	100%	79.055
Caraguatatuba	x			1%	79,4%	100%	95.237

Fontes: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo – Banco EPI-TB, outubro/2005 (SÃO PAULO, 2005). Ministério da Saúde, DAD, e DAB 2006.

Segundo a Tabela 1, existe homogeneidade, entre os municípios, em relação ao tipo de gestão municipal, no entanto, há heterogeneidade quanto à adoção das políticas sociais e de saúde. Estudo desenvolvido em 2004 indicava que as inovações institucionais sobre a gestão das políticas universais e de saúde traziam implicações para os gestores locais e seguramente em relação à própria sustentabilidade.⁽⁸⁾

§ Os indicadores do IPRS que mensuram a riqueza dos municípios são: consumo anual de energia elétrica por ligação no comércio, agricultura e serviços; consumo de energia elétrica por ligação residencial; rendimento médio do emprego formal; valor adicionado fiscal per capita.

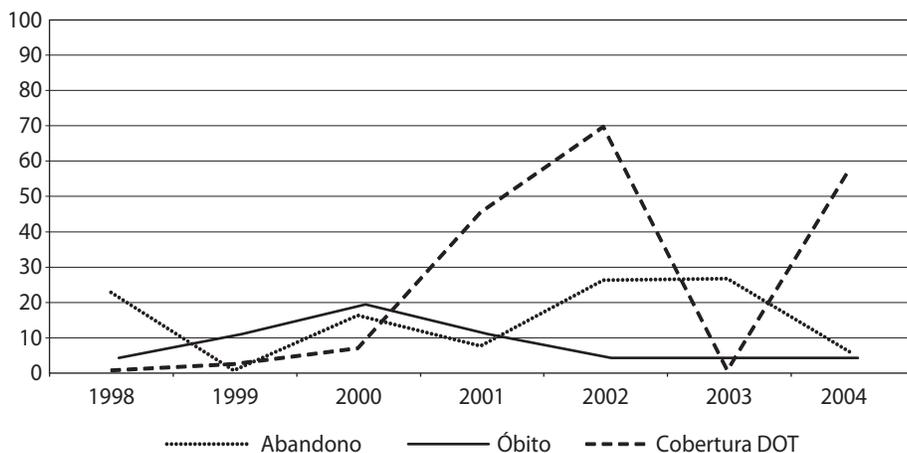
‡ Os indicadores do IPRS são: consumo de energia elétrica no comércio, agricultura e serviços; consumos de energia elétrica por ligação residencial e valor adicionado fiscal per capita.

Nesse sentido, a assunção de políticas sociais e de saúde é complexa e definidora de prerrogativas que podem tanto potencializar quanto fragilizar os entes federados subnacionais, em especial os municípios de pequeno porte populacional, dado o pouco aprendizado institucional e a baixa capacidade regulatória e de articulação com prestadores de serviços. Estudos afirmam que os recursos transferidos através das Ações Estratégicas, em contas separadas, trazem dificuldades para os municípios, pois exigem uma boa estrutura administrativa e contábil para dar conta de registros mais específicos que compõem as alíneas de programas/subprogramas, projeto/atividade financiados pelo governo federal.⁽⁹⁾

Embora Bertioiga esteja numa posição privilegiada, no grupo 2 do IPRS, este fator por si só não define a possibilidade de manutenção de autonomia em relação a uma política social, dado que o gestor estadual não foi pró-ativo em relação à implantação das políticas universalizantes ⁽¹⁰⁾, aspecto que pode ter sido decisivo para que a cobertura do DOT se apresentasse instável.

A seguir no gráfico 2, o comportamento dos indicadores de abandono e óbito em relação à cobertura do DOT no município de Bertioiga.

Gráfico 2 - Percentual de abandono e óbito por tuberculose em relação à cobertura do DOT no município de Bertioiga, período de 1998-2004.



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo – Banco EPI-TB, outubro/2005 (SÃO PAULO, 2005).

Fica evidente a variabilidade entre os indicadores de abandono do tratamento, óbito e cobertura do DOT. O percentual de abandono em 1998, 1999 e 2004 foi, respectivamente de 23,8%, 0% e 5,3%. Em relação ao óbito, em 1998 havia um percentual de 0%, e em 2000, 2001, 2003 e 2004 foi de 16,3%, 7,1%, 0% e 0% respectivamente. Para a cobertura do DOT houve baixa adesão à política

nos três primeiros anos, no entanto, para o ano de 2002 apresentou uma cobertura de 70%. Em 2003 a cobertura sofreu uma queda considerável 0%, e em 2004 alcançou uma cobertura de 58%.

A operacionalização e a sustentabilidade dessas políticas sociais (DOT, ESF, PACS) se dão de forma desigual entre os municípios, o que interfere tanto na gestão como na oferta dos serviços de saúde.⁽⁸⁾ Uma das razões diz respeito à forma como os municípios são compreendidos pelo governo federal, uma vez que a definição de município tem sido uma ferramenta meramente administrativa dado que não incorporam variáveis como: tamanho do município, região de pertencimento, riquezas naturais presentes em seu solo. Assim, submete todos os municípios à mesma regra de distribuição de recursos, independentemente da complexidade das tarefas que lhes são atribuídas, influenciando no padrão de sustentabilidade das políticas sociais.

É interessante observar esse comportamento da política de indução via transferências de recursos, pois no caso, Bertioga vai responder positivamente à proposta formulada pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose - PNCT. Para o ano de 1999, a taxa de cobertura do DOT ficou em 2,0% e a de abandono caiu de 23,8% para 0%, embora para o ano seguinte o comportamento não seja o mesmo. A introdução de incentivos interfere decisivamente nos indicadores locais, corroborando os estudos que comentam que a partir da implantação do DOTS, a taxa de abandono começou a declinar, caindo de 14% para 12% no período de 1998 a 2004, assim como houve um aumento de 50% na busca de Sintomáticos Respiratórios.⁽⁴⁾

A capacidade fiscal é outro indicador que define a autonomia dos municípios.⁽¹⁰⁾ O Brasil possui 91% dos municípios com menos de 50.000 habitantes. Destes, 74,8% possui menos de 20.000 habitantes e apresentam baixa capacidade de tributação de bens e serviços.⁽¹⁰⁾ Os cálculos realizados pelo Instituto Brasileiro de Administração Municipal para o período de 1980 a 2001 revelaram que a média da receita própria deles representava 7% do total de seus recursos. Lembrando que os dados informam que somente municípios com 50.000 habitantes ou mais estão acima da média encontrada no país.

Com relação aos impostos próprios locais, dois deles são considerados importantes, o Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN) e o Imposto Predial Territorial Urbano (IPTU).⁽⁸⁾ O primeiro é um imposto de grande índice de evasão. Segundo o IBGE, em 1998 somente 12,6% dos municípios brasileiros conseguiram cobrar 80% do imposto devido, sendo que a maioria coleta apenas 50%. A exceção fica por conta daqueles com mais de 100.000 habitantes, que conseguem manter banco de dados, cadastros e atualizações constantes, pois demandam custos e mão de obra especializada.^(8,10)

Outro fator relativo aos de pequeno porte é com relação às transferências estaduais: Imposto de Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Trans-

porte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS), onde eles também são penalizados, dado que o volume de recursos também é de acordo com a capacidade da arrecadação municipal.

O mecanismo de transferência do ICMS é determinado pela Constituição, onde cada município recebe $\frac{3}{4}$ do total arrecadado em sua jurisdição e o Estado pode determinar, por lei ordinária, os critérios de transferência para o percentual restante. Com relação às transferências constitucionais via Fundo de Participação dos Municípios (FPM), pela fórmula adotada, são beneficiados os municípios pequenos e médios, aqueles que possuem populações mais pobres e rarefeitas; em contrapartida o ICMS beneficia os mais desenvolvidos. As transferências constitucionais do Fundo de Participação dos Municípios se dão por meio do IR e do IPI, no percentual de 22,5% do total arrecadado, destes, 10% são para as capitais, 86,4% para os municípios do interior e 3,6% para os com mais de 156.216 habitantes.

Além das transferências constitucionais, os municípios também recebem outros incentivos (via sistema de transferências fundo a fundo) para operar políticas sociais e de saúde.⁽¹⁰⁾ Estas modalidades de transferências foram impulsionadas junto ao processo de municipalização das ações de saúde, revelando já em 2000 que os governos locais eram os principais provedores dos serviços de atenção à saúde pública.

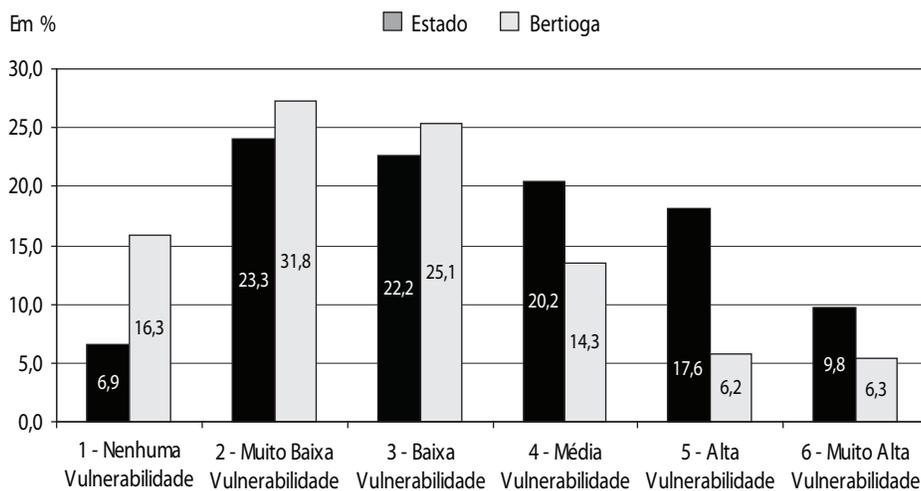
Municípios de grande porte populacional – Ribeirão Preto

O município de Ribeirão Preto pertence à RARP, apresenta uma das maiores densidades demográficas do ESP com 117 hab/Km², e uma taxa de urbanização de 96,6%. A região teve um crescimento populacional de 1,6%, no período de 2000 a 2002, em 1998 tinha um total de 462.579 passando em 2004 para 527.733 habitantes. Ao ser analisada a Dimensão Socioeconômica da RARP, a partir do IPVS, é possível identificar que a renda média do grupo 1 (Quadro 2) é de R\$ 2.887,00. Quanto à escolaridade dos responsáveis pelos domicílios de Ribeirão Preto, a média é de 7,8 anos, sendo que 51,5% concluíram o ensino fundamental, e 4,6% eram analfabetos.

Frente ao exposto, em relação à vulnerabilidade, apresentamos o Gráfico 3 do IPVS a partir de um gradiente das condições socioeconômicas e de perfil demográfico.

Ribeirão Preto apresenta um bom desempenho em relação à vulnerabilidade (87,5% e se situa entre os grupos 1 e 4). Na avaliação do IPRS a RARP ocupa o segundo lugar do ESP em relação aos indicadores de longevidade, o quinto em riqueza e o nono em escolaridade. O município está classificado no Grupo 1 (Quadro 1) do IPRS, o qual reúne bom desempenho nas três dimensões supracitadas, embora apresente indicadores sociais heterogêneos.⁽⁵⁾

Gráfico 3 - Distribuição da população, segundo Grupos do IPVS o ESP e no município de Ribeirão Preto, ano 2000.



Fonte: IBGE. Censo Demográfico; Fundação Seade (2004).

Quando comparada à RMBS, o processo de crescimento demográfico é bastante inferior para o mesmo período, sugerindo que a base da economia, ancorada na cana de açúcar, é pouco atrativa para o processo migratório, e não fixa mão de obra permanente na região.

Quanto ao indicador de riqueza do IPRS para a RARP, todos os quatro indicadores ficaram abaixo da média do ESP, diferentemente da RMBS, na qual se observou melhor desempenho em 3 dos 4 indicadores. Isso poderia se constituir num componente de fragilidade, para que a região tivesse comprometimento em relação ao seu padrão socioeconômico, cultural e sanitário. Quanto ao indicador longevidade tanto para a RARP como para o próprio município, ele apresentou um melhor desempenho em relação à média do ESP.

Para o indicador de escolaridade, na RARP, identificou-se que em 86,3% a escolaridade está presente entre os chefes de domicílios do grupo 1, pois concluíram o ensino fundamental, enquanto no grupo 6, essa proporção é de apenas 15,4%. Por decorrência também, a média de anos de estudo dos chefes dos domicílios apresenta a mesma tendência, sendo que no grupo mais privilegiado a média foi 12,2 anos, 3 vezes maior que a do grupo 6, que foi de 3,9 anos.

Ao considerar a temática que permeia este estudo, a TB, identifica-se que a alta urbanização associada aos indicadores sociais são fatores preponderantes para a manutenção desta doença, o que talvez em parte, explique a sua incidência no município de Ribeirão Preto, no período de 1998-2004, que foi de 676 casos novos.

Em relação à gestão de políticas sociais e de saúde em municípios de grande porte populacional, acima de 500.000 habitantes serão apresentadas considerações em relação ao caso de Ribeirão Preto.

Tabela 2 - Municípios prioritários para o controle da TB no ESP, com população entre 551 e 601 mil habitantes, segundo tipo de gestão, cobertura do DOT, ESF e PACS e população total.

Municípios	Tipo Gestão Plena - 2006			Cobertura DOT 2004	Cobertura ESF 2004	Cobertura PACS 2004	População Total 2004
	NOB	NOAS	GPABA				
São José dos Campos	x			88%	0,0%	9,2%	600.049
Ribeirão Preto	x			70%	11,1%	32,5%	551.312
Sorocaba	x			42%	5,9%	3,9%	565.180

Fontes: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo – Banco EPI-TB, outubro/2005 (São Paulo, 2005); Ministério da Saúde, DAD e DAB, 2006.

Identificou-se três políticas sociais implementadas pelos municípios de grande porte no ESP: o DOT, a ESF e o PACS. Também pode-se constatar que, quanto à adesão, as políticas sociais não seguem o mesmo padrão para o tipo de gestão, sendo possível identificar diferentes índices de cobertura para as três políticas, portanto, há heterogeneidade entre municípios de portes populacionais semelhantes.

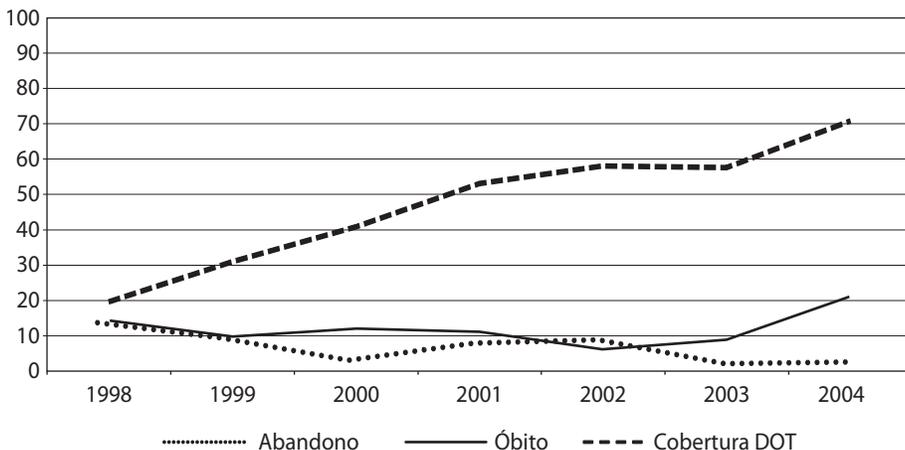
A abordagem sobre a efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade dos modelos de atenção nos municípios paulistas acima de 100.000 habitantes, trouxe importantes contribuições e reflexões para este trabalho sobre distribuição e sustentabilidade da cobertura do DOT. Um aspecto diz respeito à baixa razão de dependência nos municípios acima de 500.000 habitantes, 40,8%, sendo que a média para o ESP ficou em 46,2% e a nacional, em 51,1%.⁽¹¹⁾

Pode-se sugerir uma relação entre a razão de dependência e o porte do município, revelando, portanto, que nos municípios acima de 500.000 habitantes, como Ribeirão Preto, a população economicamente ativa é bastante superior à inativa.⁽¹¹⁾ Este, seguramente, é o contexto que se encontra os municípios de grande porte populacional, em relação à sustentabilidade do componente do DOT.

Observa-se no gráfico 4, o comportamento do abandono e do óbito em relação à cobertura do DOT no município de Ribeirão Preto.

Em relação às taxas de abandono, Ribeirão Preto apresentou, em 1998, 1999 e 2000, 12,07%, 8,3% e 2,5% respectivamente. Em 2001 e 2002 voltou a apresentar taxas elevadas em relação ao ano anterior, voltando a declinar em 2003 com 1,4% e em 2004 com 2%. Em relação ao óbito, em 1998, apresentou um percentual de 13,8%, passando no ano seguinte para 9,3%, subindo em 2000 para 11,1% e decli-

Gráfico 4 - Percentual de abandono e óbito por tuberculose em relação à cobertura do DOT no município de Ribeirão Preto, período de 1998-2004.



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo – Banco EPI-TB, outubro/2005 (SÃO PAULO, 2005).

nando nos três anos seguintes, 2001, 2002 e 2003 para 10,4%, 5,6% e 8,1%, respectivamente. Apresentou em 2004 um percentual de 20,6%, situação que mereceria uma análise específica para averiguar outros fatores associados, dentre eles o componente HIV, conforme discutido por outros autores.⁽¹²⁾ Quanto à cobertura do DOT, em 1998, despontou com 19% de cobertura, mantendo crescimento exponencial durante o restante do período, com uma pequena queda de 1%, em 2003 em relação ao ano de 2002, fechando o período em 2004 com uma cobertura de 70%.

Estudo realizado mostra que os municípios que possuem porte populacional acima de 500.000 habitantes apresentam melhores condições para implementar políticas públicas, pois têm maior capacidade institucional para formular e executar diferentes tipos de intervenções.⁽¹¹⁾

Os municípios com porte populacional acima de 500.000 habitantes, como Ribeirão Preto, apresentaram maior aprendizado institucional, mostrando que a trajetória tende a ser a mais qualificada e menos incipiente, ao contrário dos municípios de menor porte populacional.⁽¹¹⁾ O mesmo estudo analisou, também, aspectos referentes à eficácia de gestão utilizando para isso 4 indicadores: planejamento, sistema de informação, monitoramento e avaliação, controle e regulação, e os resultados da pesquisa demonstraram que os municípios de grande porte populacional têm uma tendência maior a ter um sistema de gestão com alta capacidade de organização e de avaliação e pode garantir a integralidade e o acesso universal. Na análise em relação à sustentabilidade (capacidade estrutural), os autores tomaram três componentes analíticos: autonomia, qualificação profissional e estabilidade da equipe técnica, além de revelar

que os municípios de grande porte populacional, acima de 500.000 habitantes, apresentam profissionais com alta qualificação e com muita estabilidade.⁽¹¹⁾

As análises sobre o processo da descentralização do setor saúde têm mostrado que há despreparo dos municípios no âmbito técnico-administrativo, especialmente, no que se refere à prestação de serviços e na dimensão político-gerencial.^(4,13) Os resultados destas análises evidenciaram que os municípios com maior tradição na média e alta complexidade de atenção a saúde apresentam menos conflitos, no âmbito técnico-administrativo, dos que os que possuem somente alta complexidade. Da mesma forma, em relação aos indicadores sociais, os que possuem indicadores mais favoráveis têm menos conflitos do que aqueles possuem indicadores menos favoráveis. Os municípios que apresentam sistema de planejamento, monitorização e avaliação elevados, têm menos conflitos do que os que apresentam um baixo desempenho neles. Esta análise evidencia que os municípios de grande porte populacional têm melhor desempenho para o manejo e resolução dos conflitos inerentes aos seus sistemas locais de saúde.

À guisa de considerações

Identificou-se que municípios como Bertoga e Ribeirão Preto sofrem influências do contexto geopolítico onde estão inseridos. Embora não seja regra, o município de grande porte populacional apresentou maior autonomia, melhor desempenho gerencial, regulatório e de avaliação, melhor capacitação e qualificação profissional de seus recursos humanos, assim como maior capacidade estrutural e fiscal conferindo mais estabilidade na manutenção de suas políticas sociais e de saúde. Quanto ao município de pequeno porte, geralmente tendem a se habilitar em processos de gestão em saúde mais incipientes, limitando o seu aprendizado institucional, interferindo no aprimoramento dos seus sistemas locais de saúde. A política indutora de financiamento provoca iniquidades em relação à oferta das ações de saúde, além de não responder à realidade sanitária do município, pois incentiva a cultura de valorização de algumas políticas de saúde em detrimento de outras. Este fato é importante, dado que desde 2001 o DOT foi incorporado pela AB e deveria responder positivamente a este aspecto, o que nem sempre é identificado.

Em relação à vulnerabilidade social, observou que o município de grande porte populacional têm maior capacidade de ofertar proteção social à sua população, o que pode reduzir os índices de vulnerabilidade, ao contrário do que ocorre com os pequenos municípios, o que corrobora a precariedade das condições de vida e de saúde, fator condicionante para que a TB se mantenha alta entre a população.

Portanto, a natureza e as especificidades dos municípios com relação aos aspectos da vulnerabilidade e do padrão socioeconômico/ciclo de vida conferem a estes, particularidades próprias que os gestores locais devem considerar na elabo-

ração e na avaliação das políticas de saúde. Portanto, há que se considerar cada realidade, pois municípios que apresentam média e alta vulnerabilidade, com indicadores de riqueza baixos, merecem um olhar diferenciado por ocasião da pactuação das ações de saúde pelas instâncias gestoras do SUS.

Referências Bibliográficas

1. Viana ALA, Heimann LS, Lima LD, Oliveira R G, Rodrigues SH. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro 2002; 139-51.
2. Ugá MA, Piola SF, Porto SM, Vianna SF. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc saúde coletiva*. 2003; 8 (2): 417-37.
3. Ruffino Netto A, Villa TCS. Tuberculose: implantação do DOTS em Algumas Regiões do Brasil, histórico e Peculiaridades Regionais (2006). Ribeirão Preto: FMRP/ REDE TB -USP. 210 p.
4. Villa TCS, Ruffino Netto A, Arcencio RA. O impacto da descentralização do sistema de saúde na prevenção e controle da tuberculose: o caso do Brasil (1980 -2005) In: Yadón ZE, Gütler RE, Tobar F, Médici AC. Descentralização e gestão do controle das enfermidades transmissíveis na América Latina (2006). Organización Panamericana de la Salud: 151-64.
5. Fundação Seade. Secretaria de Economia e Planejamento. **Índice de Paulista de Responsabilidade Social e Índice Paulista de Vulnerabilidade Social**. 2004. <<http://www.seade.gov.br>>. Acesso em: 20 mai.2007.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas das populações residentes, em 1º de Julho de 2008, segundo municípios. <<http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/estimativa2008/estimativa.shtm>>. Acesso realizado em 5 de Setembro de 2008.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de apoio à descentralização. 2007. <www.dtr2001.saude.gov.br/dad/CgalP>. Acesso em 20 mai.2007
8. Souza C. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. *São Paulo em Perspectiva* (2004); 18 (2): 27-41.
9. Mendes NA, Marques RM. O papel e as conseqüências dos incentivos como estratégia de financiamento das ações de saúde. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. *Série Técnica*, Brasília. 2003.
10. Arretche MTS, Marques E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. Programa de Políticas Públicas e Saúde. Divisão de Saúde e Desenvolvimento Humano. Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde. *Série Técnica*, Brasília, 2001.
11. Viana AL, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Novaes MHD. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciênc saúde coletiva* (2006); 11(3): 577-606.
12. Ducati RG, Ruffino-Netto AR, Basso LA, Santos DS. The resumption of consumption – A review on tuberculosis. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro. 101(7). November, 2007; 697-714
13. Villa TCS, Assis EG, Oliveira MF, Arcêncio RA, Cardozo-Gonzales RI, Palha PF. Cobertura do tratamento diretamente observado (DOTS) da Tuberculose no Estado de São Paulo (1998 a 2004). *Rev Esc. Enfermagem USP* . 2007; 42(1): 98-104.

8.3 A gerência das unidades básicas de saúde na gestão e controle da tuberculose em município prioritário do Estado de São Paulo.

Simone Teresinha Protti¹, Pedro Fredemir Palha¹, Tereza Cristina Scatena Villa¹, Antônio Ruffino Netto², Laís Mara Caetano da Silva¹, Rúbia Laine de Paula Andrade¹, Lúcia Marina Scatena.³

Introdução

A transferência da execução das ações de controle da Tuberculose (TB) para os entes subnacionais ocorreu após a década de 80, por meio da celebração de convênios,⁽¹⁾ tornando o componente gerencial fator primordial no desenvolvimento do controle da TB.

É a partir do planejamento, organização, direção e controle que a gerência assume a responsabilidade na execução dos programas de saúde ⁽²⁾ para a reorganização do modelo assistencial e produção social em saúde. Estudos mostram que investir na melhoria do gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e também nas Unidades de Referência (UR) contribui para uma assistência de qualidade na Atenção Primária.⁽³⁾

Buscou-se compreender o tema da gerência como um instrumento do trabalho em saúde capaz de contribuir para a transformação da prática assistencial e melhoria da atenção à TB. O estudo discute a participação da gerência em UBS na gestão da atenção à TB em um município prioritário para o controle da TB no Estado de São Paulo.

Material e métodos

Pesquisa de natureza qualitativa, que utilizou um questionário fechado e aberto, direcionado aos gerentes das UBS com enfoque para a dimensão: “A TB na agenda municipal”. No instrumento incluiu-se uma questão norteadora: “Quais as dificuldades que você, gerente de uma UBS, enfrenta no dia-a-dia para desenvolver as ações de controle da TB?” O cenário foi um município do interior do estado de São Paulo, com população acima de 550.000 habitantes. A população de gerentes das Unidades de Saúde era de 37 gerentes. Os sujeitos do estudo constituíram-se de 14 gerentes das UBS que aceitaram participar da entrevista. Os dados foram analisados por métodos estatísticos e

1 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP).

2 Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP).

3 PRODOC – CAPES do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Saúde Pública – EERP-USP.

e-mail: simoneprotti@yahoo.com.br

as entrevistas segundo a Análise do Discurso modalidade Temática, de acordo com as orientações de Minayo. ⁽⁴⁾

Resultados

Neste estudo, abordou-se a compreensão dos gerentes das UBS em relação à visibilidade do controle da TB na agenda da AB. Quando da pesquisa de campo uma das questões presentes era em relação à TB como prioridade no contexto sanitário municipal.

Para a maioria dos gerentes, 81,3% a consideram como uma doença prioritária. A descentralização da TB é resultante de um conjunto jurídico-legal que vem sendo consolidado desde o final da década de 80, que torna o município gestor das ações de saúde.⁽⁵⁻⁶⁾ Entretanto, a descentralização administrativa encontra barreiras na sua operacionalização como: falta de preparo técnico e baixa capacidade fiscal dos municípios para assumirem tais responsabilidades, dentre outros.^(1,7) Problematiza um gerente:

Considero que a forma (verticalizada) de alguns serviços dificulta a instalação de vínculo e a organização dos serviços de saúde. Penso que a atenção básica proporciona outro caráter visando outras formas de construção do trabalho. (EG1)

O gerente comenta os limites dos programas tradicionais na qualidade das ações em saúde; assim, quando o planejamento dos programas é elaborado por outras esferas, nem sempre se coaduna com a realidade local, comprometendo a qualidade técnico-científica das ações. O campo do planejamento em saúde exige mudanças constantes e, neste sentido, a organização, gestão e avaliação do cenário devem ser revisitados pelo gestor local.⁽⁸⁾ Destaca-se que as metas definidas pelo PCT alinham-se com as críticas realizadas em relação à normatização do planejamento em saúde. Nesse sentido, a BSR encontra limites na sua incorporação de forma contínua e rotineira na AB.⁽⁹⁾ Os depoimentos remetem para aspectos que dizem respeito à focalização das ações.

Quando eu era gerente no Jardim Aeroporto nós dávamos ênfase à semana de TB, depois ficavam os cartazes (na Unidade de Saúde), aí se o paciente tinha algum sintoma, lia os cartazes, e então, procurava a enfermeira e falava (dos sintomas da TB). (EG2)

Há mais ênfase à Dengue, por exemplo, e deixa as outras doenças de lado, como a TB e HIV. (EG6)

O problema maior é que nas campanhas de TB todos se envolvem, funcionários, até a faxineira, mas depois todo mundo esquece. Tanto que se você olhar os gráficos de maior coleta é porque é campanha, é baixo é porque está fora de campanha. Isso é muito complicado. (EG10)

As falas mostram que a TB na AB é abordada de uma forma ainda restrita, o que se contrapõe à visão dos gerentes de que a TB é considerada uma doença prioritária no município. Em termos de prioridade essa *pontualidade* e *valorização* do enfoque da doença revela as peculiaridades da descentralização discutidas em outros estudos.⁽⁹⁾ Essas características remetem à permanência da cultura do *movimento campanhista* na organização dos sistemas locais, com atenção fragmentada nos programas de saúde, com distorções e baixo impacto na produção da saúde,⁽¹⁰⁾ especialmente no caso da TB, que exige um acompanhamento longitudinal. Observemos os depoimentos abaixo:

Outro fato é que os pacientes não se responsabilizam pelo cuidado à sua saúde, nós não podemos ficar sempre atrás. A maioria da população daqui é trabalhadora, penso que nosso horário de funcionamento possa ser limitante para eles. (EG14)

Mas eu acho que ainda falta mais esclarecimento para os profissionais de saúde, porque às vezes (os usuários) vêm aqui com algum sintoma e eles (profissionais) não pensam que pode ser TB. (EG5)

Aspectos como a focalização, unilateralidade na responsabilização e as dificuldades na organização do acesso dos serviços de saúde comprometem a atenção à TB.⁽¹¹⁾ As ações presentes nos diferentes níveis de atenção à saúde devem estar integradas e articuladas possibilitando uma ampla cobertura e acesso da população.⁽¹²⁻¹³⁾ Percebe-se, na fala dos gerentes, resquícios de práticas do modelo hegemônico da saúde e pouca ação pró-ativa no sentido da mudança e das inovações. Na fala do gestor parece permanecer a idéia da responsabilidade do usuário pelo autocuidado, desconhecimento da doença e dos recursos financeiros pela manifestação do gerente.

Vou pedir para os agentes e a enfermeira me ajudar (responder o questionário), pois eles têm maior contato do que eu com esta realidade (da TB). (EG13).

Sou gerente apenas da unidade básica e não tenho conhecimento sobre aspectos relacionados ao gerenciamento de recursos destinados ao programa de controle da TB. Vocês deveriam procurar quem trabalha com a TB. Aqui nós nem temos

muitos casos, e eu não tenho que saber se há ou não recursos para isso. Minha competência é gerenciar a unidade básica em que estou. (EG11)

Esses depoimentos remetem à idéia de que o sujeito toma o desempenho da gerência do ponto de vista técnico-burocrático, contrapondo-se à idéia do Planejamento Estratégico.⁽¹⁴⁾ Este aspecto já foi campo de análise de outros autores⁽¹⁴⁾, demonstrando que os gerentes têm pouca participação no planejamento de ações de suas UBS, requerendo maior envolvimento participativo para repensar a produção e reprodução dos aspectos da gerência.^(9,15)

No que se refere à participação dos gerentes na discussão e definição de ações para o controle da TB no município, 31,3% dos gerentes revelaram participar **às vezes**, enquanto 18,8% revelaram **quase nunca** participar. Isso nos indica que mais de 50% dos gerentes têm pouca participação, havendo inclusive os que desconhecem tal sistemática. Tal situação parece coadunar com as questões trazidas anteriormente, quando da discussão em relação à falta de adesão às ações de BSR, indicando pouco compromisso político na manutenção e continuidade destas ações na AB.⁽⁹⁾ A fala do gerente remete à discussão da busca de parcerias.

Deveria acontecer aqui (no município) a mesma coisa que aconteceu em Campinas, pois a chegada de indústrias traz mais dinheiro e tenta melhorar as condições de vida da população, já que a TB é uma doença de cunho social que afeta as camadas desfavorecidas da população. (EG6)

A fala do gerente parece apontar para novas formas de organização do trabalho assistencial na medida em que, revela a necessidade de construir parcerias com outros setores, no caso a indústria, para ampliar as potencialidades da resolutividade da atenção a TB, aspecto já abordado em outros estudos⁽⁹⁾, dado o caráter social da doença que exige organização do trabalho, participação social e incorporação das organizações não governamentais (ONG).^(11,16-17) Essas questões se coadunam com a política de descentralização das ações de TB, bem como com o trabalho da gerência na formulação, decisão política, postura pró-ativa e inovadora, melhoria do acesso, adesão ao tratamento e vínculo com os profissionais de saúde.⁽¹⁷⁻¹⁸⁾

O estudo revelou que 52,6% dos gerentes responderam atuar há até cinco anos no cargo de gerência, 26,3%, de cinco a dez anos e 5,3%, de quinze ou mais anos. Este cenário indica que há acúmulo de experiência nesta função. Portanto, a pouca participação nessas discussões parece não ter relação com o tempo de ocupação neste cargo. Quando reconhecemos a TB como uma doença negligenciada⁽¹⁹⁾, deparamo-nos com um contexto complexo no qual os profissionais da AB têm dificuldades para realizar o diagnóstico da TB e os serviços de saúde carecem de organização gerencial adequada para o atendimento aos doentes.⁽¹⁾

Os profissionais da saúde ainda são muito despreparados em relação à TB. Há casos que o doente chega à unidade com queixas como tosse, escarro com sangue, passa pelo clínico e este apenas encaminha para o pneumologista, então demora muito para ser diagnosticado. (EG4)

Aqui temos poucos casos de TB, que eu lembre apenas 01, porque eles vão ao Centro de Referência, são acompanhados lá e não aqui. (EG5)

Neste sentido, a reorganização do sistema de atenção, aliado ao desempenho gerencial, tornam-se condições imprescindíveis na produção social em saúde na TB. Estudos envolvendo aspectos gerenciais têm evidenciado o despreparo da esfera municipal, a deficiência de sua estrutura técnico-administrativa e os limites da própria descentralização como obstáculos no avanço do controle da TB.^(5,17,20) A fala do gerente revela alguns desses obstáculos.

Teve um usuário aqui que levou 09 meses até descobrir que era TB. Vinha com queixa de tosse, passava no médico, receitava xarope, vinha novamente e, assim, foi até ao final de vários meses quando o pneumologista diagnosticou TB. (EG4)

Pode ser que “passam” alguns casos que a gente não diagnostique, mas quando tem o diagnóstico nós acompanhamos, pedimos para a família vir até o posto, os comunicantes. (EG5)

Esses aspectos demonstram que existe uma despersonalização dos serviços de saúde em relação à atenção a TB. O usuário é penalizado e necessita peregrinar pelos serviços até a obtenção do diagnóstico da doença, que nem sempre é realizado na AB. Esta sujeição e impessoalidade na atenção realçam o estigma da doença, e torna-o apenas parte das estatísticas de saúde.^(21, 22) Esses são alguns dos elementos que ampliam e problematizam as discussões sobre o trabalho gerencial no controle da TB.

Considerações finais

Apesar do contexto legislativo-normativo da descentralização de ações de controle da TB, observamos na prática a não valorização da TB na agenda municipal de saúde e este fato pode se relacionar ao desinteresse pelas políticas e estratégias de controle da TB, bem como à outras prioridades de saúde com caráter emergencial do município estudado. Este desinteresse aponta para o desconhecimento dos gerentes em relação ao PCT, mostrando-os alienados em relação à problemática da

TB na sua área de competência. O compromisso político dos gerentes fica comprometido, dado que eles são responsáveis pelo planejamento, organização direção e controle dos programas. Isso pode estar relacionado ao fato de que os gerentes não se vêem no papel de gestores, responsáveis pelas tomadas de decisões de sua unidade e também pela incorporação e viabilização das ações de TB na AB.

Referências Bibliográficas

1. Villa TCS, Assis EG de, Oliveira MF, Arcêncio RA, Cardozo Gonzales RI, Palha PF. Cobertura do tratamento diretamente observado (DOTS) da tuberculose no Estado de São Paulo (1998 a 2004). *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(1):98-104.
2. Ermel RC, Fracolli LA. Processo de trabalho de gerência: uma revisão de literatura. *Rev Esc Enfermagem USP* 2003; 37(2): 89-96.
3. Ramires EP, Lourenção LG, Santos MR. Gerenciamento em Unidades Básicas de Saúde: conhecendo experiências. *Arq Rev Cienc Saude* 2004; 11(4):205-9.
4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec. 2004.
5. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc e saúde coletiva* 2002; 7(3):401-12.
6. Arcêncio RA, Oliveira MF de, Villa TCS. Internações por tuberculose pulmonar no Estado de São Paulo no ano de 2004. *Ciênc saúde coletiva* 2007; 12(2): 409-17.
7. Fracolli LA, Maeda ST. A gerência nos serviços públicos de saúde: um relato de experiência. *Rev Esc Enfermagem USP* 2000; 34(2): 209-12.
8. Cohn A, Westphal MF, Elias PE. Informação e decisão política em saúde. *Rev saúde publica* 2005; 39(1): 114-21.
9. Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Cardozo Gonzales RI, Ruffino-Netto A, Villa TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. *Ciênc saúde coletiva* 2005; 10 (2): 315-21.
10. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade. Tomo II. 2001.
11. Hajar MA, Gerhardt G, Teixeira GM, Procópio MJ. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. *Rev saude publica* 2007; 41(Supl 1):50-8.
12. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciênc saúde coletiva* 2007; 12 (2): 335-42.
13. Passos JP, Ciosak SI. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enfermagem USP* 2006; 40 (4): 464-8.
14. Barbieri AR, Hortale VA. Desempenho gerencial em services públicos de saúde: estudo de caso em Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(5): 1349-56.
15. Vanderlei MIG, Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Ciênc saúde coletiva* 2007; 12 (2): 443-53.
16. Ducati RG, Ruffino-Netto A, Basso LA, Santos DS. The resumption of consumption – A review on tuberculosis. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro 2006; 101 (7): 697-714.
17. Villa TCS, Ruffino-Netto A, Arcêncio RA, Cardozo Gonzáles RI. As políticas de controle da tuberculose no sistema de saúde no Brasil e a implantação da estratégia DOTS (1980-2005).

In: Ruffino-Netto A, Villa TCS (orgs). Tuberculose. Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais; 2006. p. 30-47.

18. Merhy EE, Onocko R. (orgs). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec. 1997.
19. Ruffino-Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. Rev da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2002; 35 (1): 51-8.
20. World Health Organization. An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control. Geneva: WHO. 2002.
21. Villa TCS, Brunello MEF, Arcencio RA, Sasaki CM, Assis EG, Cardozo-Gonzales RI. Fatores preditivos aos resultados desfavoráveis no tratamento da TB: revisão integrativa da literatura (2001-2005). Online Brazilian Journal of Nursing. 2008.
22. Arcêncio RA, Oliveira MF, Cardozo Gonzales RI, Ruffino-Netto A, Pinto IC, Villa TCS. City tuberculosis control coordinators perspectives of patient adherence to DOT in São Paulo State, Brasil, 2005. Int J Tuberc Lung Dis 2008; 12 (5): 527-31.



Capítulo IX:

Humanização do cuidado no SUS e os direitos dos doentes de tuberculose



HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NO SUS E OS DIREITOS DOS DOENTES DE TUBERCULOSE

Lenilde Duarte de Sá¹, Jordana de Almeida Nogueira¹, Rosa Maria Godoy Silveira¹, Tereza Cristina Scatenna Vila², Anna Luiza Castro Gomes¹, Rafaela Gerbasi Nóbrega³, Antonio Ruffino-Netto⁴.

Nos dias atuais, quando a tuberculose (TB) é considerada um dos mais graves problemas de saúde no mundo, o espectro da fome e o atavismo do estigma realçam a TB como uma metáfora ofensiva quando nela se encerra a negação de direitos fundamentais que são assegurados pela Declaração Universal dos Direitos Humanos. Essa Declaração, em seu Artigo XXV, § 1º, garante que “Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em casos de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência e circunstâncias fora de seu controle.”⁽¹⁾

Quando se trata da discriminação, observa-se no documento máximo que assegura os direitos dos homens, mulheres e crianças, em seu Artigo XVII: “Todos são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei. Todos têm direito a igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação.”⁽¹⁾

É na perspectiva do conceito de promoção da saúde que procuramos discutir o problema da TB, não apenas uma doença infecciosa e bacteriana, mas como um agravo que, para o seu controle, necessita ser pensada na perspectiva da afirmação dos Direitos Humanos, devidamente articulada com a política de Humanização do Sistema Único de Saúde (HUMANIZA SUS), já que esta última assim se define: “aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho.”⁽²⁾ Na intenção da política de humanização do SUS, “tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu tra-

1 Universidade Federal da Paraíba-UFPB

2 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP);

3 Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ.

4 Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP).

e-mail: lenilde_sa@yahoo.com.br

balho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho”.⁽²⁾

Quando se fala de co-gestão, significa que, pela dimensão que a TB alcança atualmente não apenas pelos índices alarmantes e pela falência química frente aos casos de multirresistência, que, estamos diante de um agravo por cujo controle o setor saúde não é mais o único responsável. Os recursos terapêuticos apenas tendem a atenuar as necessidades dos doentes em busca da cura. Necessário se faz empoderar os usuários para o exercício do controle social. O controle da TB só é possível com a sensibilização e participação da sociedade organizada. É preciso que se enfatize a construção de uma rede solidária em função dos Direitos Humanos de uma sociedade exposta às bactérias e também às mazelas econômicas, sociais e culturais à doença relacionadas.

Assim, a Estratégia DOTS (Directly Observed Treatment Short-Course), em que pese toda a sua potencialidade para controlar a TB, não pode ter reduzida à observância de seus pilares – Compromisso político em garantir os recursos para o controle da TB; Organização da rede laboratorial para diagnóstico e acompanhamento dos casos; Garantia do fornecimento regular de medicamentos; Tratamento supervisionado (TS); Alimentação e análise das bases de dados para tomada de decisão. Para além da observância do conjunto da estratégia recomendada pela OMS para combater a TB, há de se discutir a qualidade de vida da maioria das pessoas e coletivos expostos à doença e suas conseqüências.

Portanto, a sustentabilidade da estratégia requer, em primeiro lugar, que gestores de saúde de cada município desse país se comprometam politicamente em garanti-la. Requer a formulação de políticas públicas que não garantam apenas a concretude de alguns de seus pilares, mas que estes sejam pensados em função de ações intersetoriais para que se possa se falar de um cuidado humanizado e de qualidade ao doente de TB e à comunidade no SUS.

Na atualidade, a globalização sistêmica tende a direcionar as políticas públicas em função do neoliberalismo. Desse modo, admite-se que tanto o mercado quanto a acumulação capitalista são considerados limites à universalização dos direitos humanos.⁽³⁾ Com relação à saúde, a política neoliberal “afronta, de uma só vez, quatro dos princípios constitucionais básicos do SUS: contra a universalidade, uma política focalista; contra a integralidade, uma “cesta básica”; contra a igualdade, o favor e a porta do fundo de alguns hospitais; contra o controle público, as leis do mercado...”⁽⁴⁾

Uma vez que o Brasil também é um país ameaçado pela TB, a discussão pelo direito do doente de TB a um cuidado humanizado no SUS não pode ser descolada dessa questão central que é a influência devastadora do neoliberalismo na saúde como política pública. O fato concorre para que, com base na realidade, frente aos problemas identificados, se aponte ações de enfrentamento.

A realidade mostra que direitos humanos negados aos doentes de TB contrariam os princípios dos SUS e ameaçam a vida humana.

Alguns estudos⁽⁵⁻⁶⁾ de abordagem qualitativa que privilegiaram a subjetividade da pessoa com TB, revelaram a afronta feita à saúde como direito de cidadania e como são ameaçados os direitos humanos e os princípios doutrinários do SUS, ou seja, a universalidade, a integralidade e a equidade.

Consoante o princípio da universalidade, se reconhece que, embora a sua definição afirme que todas as pessoas têm direito ao atendimento, nesse caso, focalizando o acesso, observa-se que o atendimento que possa ser sinônimo de cuidado humanizado, deixa a desejar, quando se trata de relacioná-lo com a política do Humaniza SUS.

Reconhecemos os esforços do Ministério da Saúde no que tange à implantação do DOTS e à descentralização das ações de controle da TB para as Unidades de Saúde da Família. Confirmamos que no SUS não falta a medicação a ser dispensada aos doentes. Porém, reconhece-se que, mesmo eficaz, a terapêutica medicamentosa é impactada pelas singularidades do doente em correlação com sua inserção na sociedade.⁽⁷⁾

Faltam insumos para outras necessidades dos doentes da TB, surgidas como consequência dos efeitos colaterais devido à medicação específica e à falta de resolutividade por parte dos profissionais das Equipes de Saúde da Família já que, não se levando em conta a especificidade do doente de TB, não se dispõe de medicamentos que possam auxiliar no processo de cuidado. Alguns doentes, em decorrência da medicação específica, queixam-se de “dor de estômago” e, quando procuram a Unidade de Saúde da Família, os profissionais informam a falta de insumos farmacêuticos.⁽⁵⁾ Nesse caso, ressaltamos que o acesso universal a medicamentos é compreendido como um direito à vida, e a restrição desse direito deve ser combatida, pois não pode estar acima dos direitos dos cidadãos.⁽⁸⁾

A qualidade do serviço de saúde é outro problema enfrentado pelo doente de TB. Observa-se que, na maioria das vezes, o serviço carece de qualidade e nele não se acolhe o usuário⁽⁹⁾, o que compromete o enfoque de cuidado humanizado. O doente leva seis meses para realizar o tratamento e há casos em que a pessoa vem se tratando há quatro meses e o profissional médico ainda não a conhece.⁽⁵⁾ Consideramos que o acolhimento e o vínculo constituem importantes princípios no acompanhamento dos casos de TB, haja vista que estabelecem uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o paciente, que passa a compreender a significância de seu tratamento.⁽¹⁰⁾

Um outro exemplo que reflete o problema do acesso, diz respeito à população carcerária. O jornal A Tarde, do Município de Salvador-BA, noticiou que, em um presídio, havia 19 casos de TB e que os doentes são mantidos na “cela de infectados”. Alguns doentes informaram ter interrompido tratamento por falta de

medicamentos.⁽¹¹⁾ Tal situação mostra que o problema do acesso, no que tange às diversidades, deve ser visto em função daqueles que não podem se deslocar aos serviços de saúde. A Lei de Execução Penal, nº 7.210 determina que não se devam restringir os direitos do detento, senão aquele da sentença, que se refere à sua liberdade. Neste caso, considerando o direito à saúde, constitucionalmente garantido, deve-se buscar assegurar a assistência à saúde às pessoas que vivem em cárcere, albergues, asilos e que estão impedidos do direito de ir ou vir por questões legais, limitações físicas etc.

Com relação ao acesso, há duas situações: uma em que o acesso é comprometido pela qualidade do serviço, sobretudo pela qualidade da atenção dispensada pelos profissionais e pelas condições estruturais e organizativas. A outra situação se relaciona a impossibilidade de acesso ao SUS, como é o caso da população carcerária. Mas, por direito, pelo princípio da universalidade, todos têm direito à saúde e ao SUS. Portanto, como disse Betinho, “é importante ver, com os dois olhos, os dois lados - para mudar uma única realidade, a que temos”.⁽¹²⁾

A falta de acesso ao alimento é um dos maiores problemas enfrentados pelos doentes de TB. Como exemplo, pode ser citado o caso de um usuário que havia desistido do tratamento em virtude do desconforto gástrico provocado pela medicação específica e o referido desconforto ser acentuado pela fome que o mesmo passava já que lhe faltava comida.⁽⁵⁾

A situação acima denuncia, também, a condição sócio-econômica desfavorável em que se encontram muitas pessoas portadoras de TB. Reconhece-se que os problemas econômicos e sociais enfrentados pelo doente de TB é um indicativo da qualidade da atenção à saúde, mas também da justiça social de um país.⁽¹³⁾

Verifica-se que a pobreza e a fome contribuem para abandono do tratamento da TB, o que se constitui, atualmente, o mais grave problema relacionado ao controle da doença. Mesmo garantida a medicação específica, as condições nutricionais das pessoas não favorecem a ação do medicamento e deixam o tratamento mais demorado e sofrido para o usuário.⁽¹⁴⁾

A falta de alimentação fere os direitos do ser humano em uma das suas necessidades básicas e nos leva a uma indignação a ser superada com base no Artigo IX do Estatuto do Homem, no qual o poeta Thiago de Melo decreta: “Fica permitido que o pão de cada dia tenha no homem o sinal de seu suor. Mas que, sobretudo tenha sempre o quente sabor da ternura.”⁽¹⁵⁾

A ternura de que fala o poeta, deve ser sentida pelo doente de TB no momento do encontro entre ele e o profissional de saúde. Deve ser sentida quando os profissionais deixarem de cuidar apenas dos aspectos clínicos da doença, da entrega e da supervisão da medicação e mostrarem-se solidários em fazerem valer os seus direitos cidadãos. Na perspectiva do conceito de fusão de horizontes, à luz de Gadamer, Ayres⁽¹⁶⁾ diz que, no diálogo que se estabelece

entre profissional e usuário, não basta “apenas fazer o outro falar sobre aquilo que eu, profissional de saúde, sei que é relevante saber. É preciso também ouvir o que o outro que demanda o cuidado, mostra ser indispensável que ambos saibamos para que possamos colocar os recursos técnicos existentes a serviço dos sucessos práticos almejados”.

Desse modo, considera-se o apoio social como um dos fatores imprescindíveis para melhorar a qualidade de vida, a auto-estima e a autonomia dessas pessoas, principalmente quando se trata da inserção desse doente na sociedade pelo direito ao trabalho. A precariedade da sobrevivência de grande parte dos doentes é verificada quando profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) associam o desemprego do usuário com a falta de condições de adquirir alimentos.⁽⁵⁾ Neste caso, mais uma vez se constata a falta de observância aos direitos humanos, principalmente do Artigo XXIII, § 1º, da Declaração Universal, que garante que “Todo homem tem direito ao trabalho, à livre escolha de emprego, a condições justas favoráveis de trabalho e à proteção contra o desemprego”.⁽¹⁾

O trabalho é um dos direitos essenciais e sua supressão significa também a privação da dignidade.⁽⁶⁾ O salário que do trabalho resulta, é o instrumento de acesso às condições materiais para uma vida digna, e ainda, porque o salário “gera sentimentos de diminuição moral e repercute na inserção social do trabalhador, visto que se tem disseminada a cultura do trabalho como valor ético e social”.⁽⁶⁾

No que concerne ao cuidado ao doente de TB, observa-se que há falta de continuidade à atenção na rede de serviços. A integração da atenção básica aos demais pontos da rede de cuidados pressupõe articulação entre os mesmos. Os profissionais de saúde informam que o sistema de saúde apresenta fragilidades no tocante à continuidade da atenção iniciada na atenção básica. Este problema também foi mencionado por profissionais que atuam na saúde da família indígena. Falam que não há contra-referência dos casos encaminhados e que informações sobre usuários que seguiram para receber o cuidado em um maior nível de complexidade na rede de serviços, só ocorrem quando a ESF insiste.⁽¹⁷⁾

Outra situação marcante e de cunho social, que fragiliza o combate à disseminação da TB, é a co-morbidade desta com o alcoolismo. A dependência ao álcool surge como um dos agravos mais importante em termos de saúde mental no Brasil, onde cerca de 8% da população adulta masculina necessita de algum cuidado médico face ao uso nocivo de álcool.⁽¹⁸⁾ O problema que envolve a TB e álcool estimula a tomada de decisão de modo a construir um diálogo permeado pela intersectorialidade. Entre os principais recursos que os serviços de saúde poderiam recorrer para tratar a co-infecção álcool-TB, incluem-se: os Alcoólicos Anônimos (AA), as Pastorais e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que adotam a abordagem da atenção psicossocial e estratégias de acolhimento e vínculo com as pessoas em abuso de drogas.

A educação em saúde, para a promoção do cuidado para os doentes de TB, também é necessária para combater outra doença relacionada à TB: o estigma. Sobre esses e outros problemas tratados, consideramos que a sociedade civil não precisa somente ser esclarecida sobre o que é doença, como ela é transmitida etc. Ela deve ser informada da sua responsabilidade como co-participante do controle da TB; que se veja vulnerável ao problema da doença que cresce e que se configura como um dos maiores problemas de saúde pública do planeta.

Contribuições para o que deve ser recomendado e reafirmado como direitos dos doentes, ex-doentes de TB e da sociedade no SUS

A TB é uma calamidade negligenciada, sobretudo, porque extrapola o próprio sentido primário de ser uma enfermidade e encerra aspectos que estão relacionadas à violação aos direitos humanos e à cidadania.

É se posicionando em defesa da vida das pessoas com TB que se reconhece a responsabilidade dos atores e dos movimentos sociais para garantirem os direitos dos doentes de TB no SUS. Nesse sentido, sugerimos a elaboração de um documento que seja significativo para empoderar principalmente as pessoas com história de TB. Assim, pensamos preliminarmente em elaborar a CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS COM HISTÓRIA DE TB. Este documento seria construído com base na Carta dos direitos dos usuários da saúde (2006) ⁽¹⁹⁾, na Carta do Paciente com TB ⁽²⁰⁾ e recursos legais que garantem direitos alusivos à esfera da seguridade social e direitos assegurados já a alguns grupos, como portadores de câncer e HIV/AIDS e que podem ser extensivos às pessoas com história de TB.

Faz-se necessário, também, tomar conhecimento sobre a tramitação na Câmara Federal do Projeto de Lei 6331/05, do deputado André Figueiredo (PDT-CE), que inclui os pacientes em tratamento de TB entre os beneficiários do Programa Bolsa Família.

A carta dos direitos dos usuários do sus com história de TB deverá se constituir em um documento que informe às pessoas com TB os seus direitos e deveres e que se constitua em uma referência que possa auxiliar na conquista e na ampliação de direitos.

Em síntese, a construção de novos referenciais para o tratamento e cuidados com os portadores de TB se insere, com suas especificidades, nos marcos de um amplo movimento em ocorrência no tempo presente. Ou seja, de crítica aos paradigmas de conhecimento e intervenção social lastreados pela razão instrumental erigida ao longo da modernidade e exacerbados com o processo de globalização sistêmica; e de proposição de novos referenciais epistemológicos e de ação social, baseados em uma razão aberta, em outros termos, que articule razão e sensibilidade. Essa nova visão de mundo, de sociedade, de ser humano, constituindo uma

moral estético-expressiva, na sua dimensão política significa contrapor discursos e práticas sociais contra-hegemônicas a um discurso único, apenas cognitivo-racionalista, que tem negado a milhões de pessoas, em todo o mundo, a sua condição como sujeitos de dignidade.

Referências Bibliográficas

1. Declaração Universal dos Direitos Humanos. [citado 18 ago 2008]. Disponível em: http://www.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm.
2. Humaniza SUS. Política nacional de humanização. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde de Brasília: 2004. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/04_0923_FL.pdf
3. Silveira RMG. Educação em/para os direitos humanos: entre a universalidade e as particularidades, uma perspectiva histórica. In: Silveira RMG. et al. Educação em direitos humanos: fundamentos teórico-metodológicos. João Pessoa: Editora Universitária; 2007. p. 245-73.
4. Gouveia R, Palma JJ. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. Estudos Avançados. 1999;13 (35): 103-4014. [citado 16 ago 2008]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-0141999000100014&script=sci_arttext&tlng=en
5. Gomes ALC. Avaliação do desempenho das Equipes de Saúde da Família no controle da Tuberculose no município de Bayeux – PB: o vínculo e o processo de trabalho na Atenção Primária À Saúde. [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba. 2007.
6. Cecato MAB. Direitos Humanos do Trabalhador: para além do paradigma da Declaração da de 1998 da O. I. T. In: Silveira RMG. et al. Educação em direitos humanos: fundamentos teórico-metodológicos. João Pessoa: Editora Universitária, 2007.p. 351-72.
7. Perini E. O abandono do tratamento da tuberculose: transgredindo regras, banalizando conceitos. [tese]. Belo Horizonte: Escola de Veterinária/UFMG; 1998.
8. Lotrowska M, Zackiewicz C. Saúde e direitos humanos no acesso a medicamentos. Saúde e Direitos Humanos. Ano 02, n 2, 2005. Brasília 2006. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. [citado 11 ago 2008]. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/publicacoes/saude-e-direitos-humanos/pdf/sdh_2005.
9. Alves EF. O tratamento da tuberculose a partir de uma visão multiprofissional e pautada pelos princípios dos SUS. Prefeitura Municipal de Camboriú. Sistema Único de Saúde. Secretaria Municipal da Saúde e Saneamento Programa Municipal para o Controle da Tuberculose. Camboriú; 2007.
10. Arcêncio RA, Oliveira MF, Cardoso Gonzáles RI, Pinto IC, Ruffino Netto A, Villa TCS. City tuberculosis control coordinators' perspectives of patient adherence to DOT in São Paulo State, Brazil, 2005. Int J Tuberc Lung Dis. 2008;12(5):527-31.
11. Presídio tem 19 casos de tuberculose.- A tarde – BA. 2005 set. 21. [citado 12 ago 2008]. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=67113>
12. Textos do Betinho. [citado 17 ago 2008]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/betinho/frases.htm>

13. Rodrigues L, Barreto M, Kramer M, Barata, RC. Barradas. Resposta brasileira à tuberculose: contexto, desafios e perspectivas. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(1): 1-2.
14. Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto contexto* 2007; 16(4): 712-8. Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto contexto* 2007; 16(4): 712-8.
15. Mello T. Os estatutos do homem. [citado 17 ago 2008]. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/desejos/textos/thmelo.htm>.
16. Ayres JRM. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. *Physis: Rev Saude Colet*. Rio de Janeiro 2007;17(1): 43-62.
17. Nóbrega RG. As ações de controle da tuberculose desenvolvidas pelas equipes de saúde indígena da Paraíba: análise da dimensão de coordenação. [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2007.
18. Zago MA. A pesquisa clínica no Brasil. *Ciêns saúde coletiva*. 2004; 9(2): 363-74.
19. Carta do usuário do sus. [citado 18 ago 2008]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_integra_direitos_2006.pdf.
20. The Patients' Charter for Tuberculosis. [citado 17 ago 2008]. Disponível em: [Carehttp://](http://)

Capítulo X:

Considerações Finais



Os trabalhos de investigação, seja no campo das ciências básicas ou das ciências aplicadas (investigação clínica, epidemiológica, etc.) sempre caminham para uma conclusão, descrevendo, analisando associações, correlações, testando hipóteses de eficácia terapêutica ou preventiva, apresentando novos produtos (kits diagnósticos, medicamentos, ou outros artefatos).

Para os estudos operacionais, a parte mais importante é saber o que resultou da aplicação dos conhecimentos das diferentes áreas do saber para curar a doença ou restaurar / promover saúde.

Bárbara Starfield numa esquematização do que entende sobre o sistema de serviços de saúde, assinala três componentes essenciais do mesmo: a capacidade do serviço, o seu desempenho e os resultados esperados de suas atividades. Para estes resultados, destaca o que se esperaria para o paciente (e por extensão para a comunidade) em termos de longevidade acrescentada, percepção do bem estar ou desconforto que ainda permanece, riscos ainda presentes, alcance das medidas propostas, capacidade de recuperação dos danos ocorridos, qual o grau de satisfação proporcionado aos usuários dos serviços de saúde, etc.

Estas perguntas são levantadas e perseguem continuamente a cabeça dos pesquisadores de problemas operacionais da área da saúde em geral, e obviamente também, os serviços que prestam atendimento ao tuberculoso ou participam de um programa de controle da tuberculose.

Julgamos que os trabalhos apresentados puderam fornecer subsídios para responder algumas perguntas específicas em si ou para suscitar novas outras questões, cumprindo assim o papel da ciência, que é buscar sempre modelos explicativos para o que ocorre, seja no campo pesquisa básica ou aplicada. Cumprimos nossa função, não respondendo a todas as perguntas, mas pelo menos apontando alguns caminhos de como respondê-las.

COLABORADORES

Afrânio Lineu Kritski - Faculdade de Medicina/Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Alessandra Alves Medeiros - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

Alessandra Miranda Moraes - Prefeitura Municipal de Santa Rita – PB.

Aline Ale Beraldo - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva - Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

André René Barboni - Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Anna Luiza Castro Gomes - Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Antonio Ruffino Netto - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP).

Arleusson Ricarte de Oliveira - Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Camila Neiva Lemos Silva - Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Celina Sayuri Nakano - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP).

Clarissa Mayumi Branco - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP).

Claudia Benedita dos Santos - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

Cláudia Eli Gazetta - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).

Denise Freitas Silva - Secretaria Municipal da Saúde de Itaboraí – RJ.

Dinalva Soares de Lima - Secretaria Estadual de Saúde (LACEM) – PB.

Elisângela Gisele de Assis - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

Elisângela Mascarenhas da Silva - Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Erenilde Marques Cerqueira - Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Érica Mayumi Watanabe - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP).

Fátima Grisi Kuyumjian - Fundação Faculdade de Medicina - FUNFARME.

Francisco Chiaravalloti Netto - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).

Iane Alves de Lemos - Secretaria Municipal de Saúde de Monteiro – PB.

Jordana de Almeida Nogueira - Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Juliana Ferreira Barbosa - Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Káren Mendes Jorge de Souza - Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Laís Mara Caetano da Silva - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

Lenilde Duarte de Sá - Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Lina Sayuri Mishima - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP).
Lucia Marina Scatena - PRODOC-CAPES - Departamento de Enfermagem Materno – Infantil e Saúde Pública da EERP-USP.
Marcel Oliveira Bataiero - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP).
Márcio Curto - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).
Maria Amélia Zanon Ponce - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).
Maria Ângela Alves do Nascimento - Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).
Maria Catarina Salvador da Motta - Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN-UFRJ).
Maria de Lourdes Sperli Geraldês Santos - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).
Maria Eugênia Firmino Brunello - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).
Maria Rita Bertolozzi - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP).
Maria Yaná Guimarães Silva Freitas - Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS); Secretária Municipal da Saúde de Feira de Santana - BA.
Marluce Maria Araújo Assis - Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).
Mayra Fernanda de Oliveira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).
Natália Sperli Geraldês Marin dos Santos - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).
Patrícia Pazini Góes – Bolsista Apoio Técnico CNPq - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).
Paula Hino - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP).
Pedro Fredemir Palha - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).
Rafaela Gerbasi Nóbrega - Centro Universitário de João Pessoa (UNIPE/PB).
Renata Ferreira Takahashi - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP).
Ricardo Alexandre Arcêncio - Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) - Barra do Garças.
Rosa Maria Godoy Silveira - Universidade Federal da Paraíba (UFPB).
Rosane Harter Griep - Fundação Oswaldo Cruz.
Roxana Isabel Cardoso Gonzáles - Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) - Barra do Garças.
Rubia Laine de Paula Andrade - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).
Sandra Aparecida de Almeida - Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACE-NE) - PB; Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Silvia Helena Figueiredo Vendramini - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).

Simone Teresinha Protti - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

Sônia Aparecida da Cruz-Oliveira - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).

Tânia Maria Monteiro Ribeiro de Figueiredo - Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) - Campina Grande.

Tarcísio Neves da Cunha - Ministério da Saúde – Brasil.

Tereza Cristina Scatena Villa - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

Terezinha Heck Weiller - Universidade de Ijuí (UNIJUÍ).

Tiemi Oliveira Arakawa - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

Uthania de Mello França - Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

RESULTADOS

Como resultado de
tratamento medicamentoso ou
pelo serviço de saúde ter passado
muito mais importante que
a cura , óbito, abandono
é saber qual é:

grau re-inserção social do
tuberculoso já tratado;

grau de satisfação, contentamento
almejado e alcançado;

grau de potencialidade
desenvolvida pós tratamento

Finalmente,
investigar com muita sabedoria
como vivendo está
o ex paciente:
tristeza ou alegria?

Antonio Ruffino Netto

12-03-2007

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo
Av.: Bandeirantes, 3900
CEP: 14040-902 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Tel.: +55 16 3602-3407 Fax: +55 16 3633-3271
www.eerp.usp.br/geotb
tite@eerp.usp.br; aruffino@fmrp.usp.br

Este livro foi impresso pela **Paym Gráfica e Editora Ltda.** para
FUNPEC-Editora em março de 2009.

A fonte utilizada no texto foi Calibri no corpo 10,5/13
e o papel do miolo é Off Set 75 g/m²