Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

**A Busca de Sintomáticos Respiratórios para o
controle da tuberculose nos municípios
prioritários do Estado de São Paulo (2005)**

Mayra Fernanda de Oliveira

Ribeirão Preto

2006

Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

**A Busca de Sintomáticos Respiratórios para o
controle da tuberculose nos municípios
prioritários do Estado de São Paulo (2005)**

Mayra Fernanda de Oliveira

*Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem em
Saúde Pública, junto ao Departamento de
Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública,
inserida na Área de Concentração de Enfermagem
em Saúde Pública, Linha de Pesquisa: Práticas,
Saberes e Políticas de Saúde.*

Orientadora: Prof^a Dr^a Tereza Cristina Scatena Villa

Ribeirão Preto

2006

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca Central do Campus - USP
Administrativo de Ribeirão Preto

Oliveira, Mayra Fernanda de

A Busca de Sintomáticos Respiratórios para o controle da tuberculose nos municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005)
105 f.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública.

Orientadora: Villa, Tereza Cristina Scatena

1. Tuberculose 2. Vigilância 3. Vigilância em Saúde Pública

FOLHA DE APROVAÇÃO

Mayra Fernanda de Oliveira

Título: A Busca de Sintomáticos Respiratórios para o controle da tuberculose nos municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005)

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública, junto ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, inserida na Linha de Pesquisa: Práticas, saberes e Políticas de Saúde.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

Esperança

Vamos dividir nossos problemas,
Vamos dividir nossos conhecimentos,
Vamos dividir nossas posses,
Vamos dividir nossos poderes,
Vamos dividir nossas inquietações,
Vamos dividir nossas experiências,
Vamos dividir tudo que somos.

E, ao assim dividir,
Vamos somar nossas esperanças,
Vamos somar nossas expectativas
Vamos somar nossas vidas
E poder perceber
Que o amor que daí resulta
É maior que a soma
De todos os divisores
Que poderão existir no Universo

Antônio Ruffino Netto

*Agradeço imensamente a esse grande homem (Dr. **Antônio Ruffino Netto**), pela simpatia, pela dedicação e pela colaboração em todos os momentos da minha caminhada.*

Dedico este trabalho às pessoas especialmente importantes para mim...

Minha maravilhosa mãe Neres, por todo amor, por me ensinar a enfrentar os obstáculos com sabedoria e por tudo que hoje sou.

Meus irmãos Ana Paula e Marquinho pelo exemplo de pessoas que são, pelo carinho, por acreditarem na minha capacidade e por tudo que sempre fizeram por mim.

Marco por todo amor, carinho, dedicação, pela presença constante em todos os momentos bons e ruins e por toda felicidade que tem me proporcionado.

Meu pai Canuto que mesmo ausente da terra, permanece sempre presente no meu coração. Por todos os ensinamentos que deixou.

Às minhas sobrinhas Halana e Talita... pelo sorriso de criança que ilumina nossas vidas. Que o futuro lhes reserve maravilhosas suspresas.

AMO MUITO VOCÊS!!!

Agradecimentos Especiais

Ao Albino por ser uma pessoa tão significativa não só na minha vida, mas de toda minha família. Pela dedicação de todos esses anos para conosco.

À Valéria sempre amiga, sempre presente. O meu eterno agradecimento por tudo que sempre fez por mim.

À Raquel com seu jeito sempre terno e carinhoso. Obrigada por sua presença em minha vida.

À Roxana, pela amizade, pela paciência, por agir de forma tão especial com cada pessoa.

Homenagem Especial

À Profª. Drª. Tereza "Tite" pelo apoio e

incentivo durante estes anos.

A você que me guiou com a arte e a

sabedoria de um mestre, meu muito

obrigada!

Agradecimentos

*A **DEUS** acima de tudo pela vida, pela eterna proteção e por sempre iluminar meu caminho.*

*Aos amigos **Aline, Camilla, Cinthia, Daniela, Danuza, Paula, Patrícia, Ricardo e Rúbia** pelo carinho e pela força que têm me dado sempre nesta caminhada e pelos momentos de descontração... Com vocês aprendo a cada dia o que é ser um grupo e o que é compartilhar da amizade.*

*Ao **Sr Matheus e Dona Lourdes** pelas pessoas encantadoras que são e pelo carinho com que sempre me recebem.*

*Ao **Toy**, que nos lembra sempre que não é preciso falar para demonstrar amor.*

*Ao **Jorge**, que acima de tudo é um grande amigo. Obrigada pelas oportunidades e pela força que sempre me deu.*

*À **FAPESP** pela oportunidade e incentivo à pesquisa.*

*À **Dra. Vera Nader Galesi** pelo auxílio a mim e à todo o grupo de pesquisa.*

*À **Suely** por acreditar sempre no meu potencial, pela doçura com que sempre me atendeu.*

*À minha tia **Valdete** pelo apoio e carinho.*

*Aos professores Dr **Antônio Ruffino Netto**, Dr^a **Maria José Bistafa Pereira** e Dr^a **Claudia Benedita dos Santos** pelas contribuições que auxiliaram a conclusão deste trabalho.*

*À **Cristina** pela correção gramatical.*

Aos colegas do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.

Aos colegas de Pós-graduação, com quem pude contar em muitos momentos.

Aos funcionários da Sala de Leitura pela presteza em sempre nos ajudar.

A todos que, de alguma forma contribuíram para o meu crescimento.

SUMÁRIO

	Pg
<i>APRESENTAÇÃO.....</i>	01
<i>CAPÍTULO 1. CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO.....</i>	03
1.1. Escolha e delimitação do tema.....	04
1.2. O cenário da tuberculose.....	09
1.3. A Estratégia DOTS para o controle da tuberculose.....	11
1.4. A Busca de Sintomáticos respiratórios enquanto estratégia para a detecção de casos de tuberculose.....	18
1.5. Objetivos.....	33
1.5.1. Geral.....	33
1.5.2. Específicos.....	33
<i>CAPÍTULO 2. QUADRO TEÓRICO.....</i>	34
<i>CAPÍTULO 3. PERCURSO METODOLÓGICO.....</i>	47
3.1. Campo de estudo.....	49
3.1.1. O Estado de São Paulo.....	49
3.1.2. Os trinta e seis municípios prioritários.....	56
3.2. Instrumento de coleta de dados.....	60
3.3. Seleção dos entrevistados.....	64
3.4. Coleta de dados.....	64
3.5. Análise de dados.....	66
<i>CAPÍTULO 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</i>	69
4.1. Contextualização: A Organização da Busca de Sintomáticos Respiratórios nos municípios prioritários para o controle da tuberculose do Estado de São Paulo.....	71
4.1.1. Forma de realização da Busca de Sintomáticos Respiratórios.....	72
4.1.2. Local de realização da Busca de Sintomáticos Respiratórios.....	74
4.1.3. Pessoal responsável pela realização da Busca de Sintomáticos Respiratórios.....	76

4.2. Unidade Temática: A Busca de Sintomáticos Respiratórios sob a óptica dos coordenadores/ membros de coordenação dos PCTs.....	79
4.2.1. Núcleo de Sentido 1: Envolvimento dos profissionais de saúde nas ações de Busca de Sintomáticos Respiratórios.....	79
4.2.2. Núcleo de Sentido 2: Estratégias utilizadas para as ações de Busca de Sintomáticos Respiratórios.....	83
4.2.3. Núcleo de Sentido 3: Retaguarda laboratorial e tempo de divulgação dos exames de baciloscopias.....	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95
APÊNDICES.....	102

LISTA DE QUADROS

	Pg
Quadro 1: Cobertura de pacientes em tratamento supervisionado – casos novosmunicípios prioritários do estado de São Paulo, 2003	17
Quadro 2 – Distribuição dos municípios prioritários para o controle da tuberculose do Estado de São Paulo de acordo com indicadores da doença, em 2004	59

LISTA DE FIGURAS

	Pg
Figura 1 – Diagrama da Vigilância da Saúde proposto por Paim (1994)	41
Figura 2 – Vigilância da Saúde e outras propostas alternativas de modelos de atenção e de organização de serviços	44

LISTA DE GRÁFICOS

	Pg
Gráfico 1: Cobertura do DOTS em Municípios do Estado de São Paulo 1997 - 2001	16
Gráfico 2 – Distribuição do número de casos novos de tuberculose e coeficientes de incidência no Estado de São Paulo nos anos de 1998 a 2004 pg 49	54
Gráfico 3 – Distribuição dos resultados de tratamento no Estado de São Paulo nos anos de 1998 e 2003 pg 50	55
Gráfico 4 – Número populacional dos municípios prioritários com menos de 1 milhão de habitantes no Estado de São Paulo (2005)	56
Gráfico 5 – Proporção de indivíduos alfabetizados nos 36 municípios prioritários do Estado de São Paulo (2000)	57
Gráfico 6 – Proporção dos domicílios com rede geral de esgoto nos municípios prioritários do estado de São Paulo no ano de 2000	58

Gráfico 7 – Distribuição da forma de realização da Busca de SR nos municípios prioritários do Estado de São Paulo no processo de implantação da estratégia DOTS, 2005	72
Gráfico 8 – Distribuição dos locais de realização da Busca de SR nos municípios prioritários do Estado de São Paulo no processo de implantação da estratégia DOTS, 2005	74
Gráfico 9 – Distribuição do pessoal responsável pela realização da Busca de SR nos municípios prioritários do Estado de São Paulo no processo de implantação da estratégia DOTS, 2005	76
Gráfico 10 – Distribuição do tempo para divulgação dos resultados de baciloscopias nos municípios prioritários do Estado de São Paulo no processo de implantação da estratégia DOTS, 2005	91

Lista de Abreviaturas e Siglas

AIDS/SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Humana
APS – Atenção Primária à Saúde
DOT – Directly Observed Therapy ou Tratamento Supervisionado
DOTS - Directly Observed Therapy Short-Course ou Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração
EPI-TB – Programa informatizado para casos de tuberculose
GEO-TB – Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose
OMS – Organização Mundial de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT – Programa de Controle da Tuberculose
PSF – Programa Saúde da Família
PNCT – Plano Nacional de Controle da Tuberculose
REDE-TB – Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SR – Sintomático respiratório
SUS – Sistema Único de Saúde
TB – Tuberculose
TS – Tratamento Supervisionado
UBS - Unidade Básica de Saúde
UBDS – Unidade Básica Distrital de Saúde
VE – Vigilância Epidemiológica
WHO – World Health Organization

RESUMO

OLIVEIRA, M.F. A Busca de Sintomáticos Respiratórios nos municípios prioritários para o controle da tuberculose do Estado de São Paulo (2005). (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Esta investigação teve como objetivo analisar as ações de Busca de Sintomáticos Respiratórios nos municípios prioritários para o controle da tuberculose do Estado de São Paulo no ano de 2005, sob a óptica de coordenadores/ membros coordenação de PCTs municipais. Para a realização do estudo optou-se pela utilização da abordagem metodológica qualitativa. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os coordenadores/ membros de coordenação dos municípios prioritários do Estado. No total foram coordenadores de 22 municípios. Para a análise dos dados utilizou-se a técnica da Análise de Conteúdo, Modalidade Temática, a qual permitiu a definição da Unidade Temática: *A Busca de Sintomáticos Respiratórios sob a óptica dos coordenadores/ membros de coordenação dos PCTs*. Quanto à organização da Busca de SR, observou-se que esta atividade tem sido fortemente descentralizada para as unidades básicas de saúde, com uma tendência inicial a descentralizar-se para os PSFs. É uma atividade reconhecidamente de responsabilidade de todos os profissionais de saúde das unidades e vem sendo realizada como rotina nos serviços e através de campanhas, porém observando que a rotina focaliza-se fortemente na demanda espontânea. Quanto ao envolvimento dos profissionais observou-se através das entrevistas que o adequado envolvimento e a falta de envolvimento aparecem em igual proporção nos municípios estudados. Observou-se também que os municípios têm utilizado diferentes estratégias para ampliar as ações de Busca de SR nas unidades, incluindo a aplicação do livro de SR, um carimbo de SR, treinamento das equipes de saúde e mobilizações ou divulgações da Busca de SR. Quanto aos laboratórios que realizam baciloscopias observou-se que os municípios possuem uma rede laboratorial estruturada, que possibilita o fortalecimento das ações de Busca de SR.

Descritores: Tuberculose, Vigilância e Vigilância em Saúde Pública.

ABSTRACT

OLIVEIRA, M.F. The respiratory symptomatics finding in priority cities for tuberculosis control in the state of São Paulo(2005). (Dissertation in Public Health Nursing – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing).

The objective, of this research, was to analyze the actions taken to respiratory symptomatic finding, in the counties that have priority in the program to control the tuberculosis, in São Paulo state, in 2005; the study was carried out considering the perspective of the coordinators/ coordination members belonging to the municipal PCTs. To realize the study, it was adopted the qualitative methodological approach. The semi-structured interviews were accomplished with the coordinators/ coordination members belonging to the São Paulo counties that have priority. The coordinators of 22 counties were interviewed. The data was analyzed using the Content Analysis method - Thematic Mode; this type of analyses allowed to name the thematic Unit: The Respiratory Symptomatic Finding under the optical of coordinators and PCTs coordination members. Related to the organization created to SR Finding, it was found that, this activity, in the basic health units, was highly decentralized; with a initial tendency to decentralize the PSFs. Without doubt, the responsibility for this activity, belongs to the health professionals allocated to the units; among the services offered, in the units, this activity has been performed as a routine practice and also through periodical campaigns; however, this routine was mostly based in the spontaneous demand. In the studied counties, the interviews given by the professionals showed that the compromise – appropriated or not appropriated – appeared in the same proportion. Also, it was observed that the units, in the counties, used other strategies to widen the actions taken to SR Finding; such as: application of the SR book; use of a SR stamp; training the health team; and, mobilizations or publicity related to the SR Finding. Related to the bacilloscopies analyses, it was observed that the counties have a net of structured laboratories, that make possible to strengthen the actions taken to SR Finding.

Key words: Tuberculosis, Vigilance and Health Public Vigilance.

RESUMEN

OLIVEIRA, M.F. La Búsqueda de Sintomáticos Respiratorios en los municipios prioritarios para el control de la tuberculosis del Estado de São Paulo (2005). (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Esta investigación tiene por objetivo analizar las acciones de Búsqueda de Sintomáticos Respiratorios en los municipios prioritarios para el control de la tuberculosis del Estado de São Paulo en el año de 2005, sobre la óptica de coordinadores/miembros de la coordinación de los PCTs. Para la realización del estudio se optó por la utilización del abordaje metodológico cualitativo. Fueron realizadas entrevistas semi-estructuradas con los coordinadores/miembros de la coordinación de los municipios prioritarios del Estado. Participaron del estudio coordinadores de 22 municipios. Para el análisis de los datos se utilizó la técnica de Análisis de Contenido, Modalidad Temática, la cual permitió la definición de la Unidad Temática: *La Búsqueda de Sintomáticos Respiratorios sobre la óptica de los coordinadores/miembros de la coordinación de los PCTs*. En relación a la organización de la Búsqueda de SR, se observó que esta actividad fue fuertemente descentralizada para las unidades básicas de salud, con una tendencia inicial a se descentralizar para los PSFs. Es una actividad reconocidamente de responsabilidad de todos los profesionales de salud de las unidades y viene siendo realizada como rutina en los servicios y a través de campañas, sin embargo, se observó que esta actividad tiene como foco la demanda espontánea. Con relación al compromiso de los profesionales, se observó a través de las entrevistas que el adecuado compromiso y falta de compromiso aparecen en igual proporción en los municipios. Se observó también que los municipios vienen utilizando diferentes estrategias para ampliar las acciones de Búsqueda de SR en las unidades, incluyendo la aplicación del libro de SR, un sello de SR, entrenamiento de las equipos de salud y movilizaciones o divulgaciones de la Búsqueda de SR. Con relación a los municipios que realizan baciloscopia, se observó que los municipios que realizan baciloscopias tienen una red de laboratorio estructurada que posibilita el fortalecimiento de las acciones de Búsqueda de SR.

Descriptores: Tuberculosis, Vigilancia y Vigilancia en Salud Publica.

APRESENTAÇÃO

Este estudo faz parte do projeto de âmbito nacional denominado **“Situação da implantação da Estratégia DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades de acordo com características regionais”** desenvolvido pela Área de Estudos Epidemiológicos e Operacionais da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB), pelo Grupo de Estudos Epidemiológicos-Operacionais em Tuberculose (GEOTB), cadastrado e certificado no diretório de grupos do CNPq em 2002. Insere-se também no Projeto Temático Fapesp “Vigilância à Saúde das Famílias: Estratégias de Intervenção” (Processo 03/08386-3). É financiado pela Agência de fomento Fapesp como bolsa no país de nível Mestrado, processo 04/06499-8.

A problemática da tuberculose vem sendo abordada sob diferentes enfoques pelo grupo de pesquisa Estudos Operacionais em TB / CNPq, a partir das seguintes dimensões: a TB e o sistema de atenção à saúde (RUFFINO NETTO, 1999; 2001; 2002); adesão ao tratamento da tuberculose na visão do doente e família (VENDRAMINI et al., 2001; 2002); estratégias de implantação e extensão do DOTS (Directly Observed Therapy Short-Course) e a perspectiva de trabalho no território (MUNIZ, 1999; MUNIZ; VILLA, 1999; MUNIZ et al., 2003; MUNIZ et al.,

2005) e indicadores epidemiológicos da doença (WATANABE; RUFFINO NETTO, 1995; GAZETTA, 1999; HINO, 2004; SANTOS et al., 2002; SASSAKI, 2003; HINO et al., 2005).

A complexidade do objeto de estudo em pauta pressupõe considerar que é preciso ampliar e aprofundar as questões a serem abordadas em cooperação com outros pesquisadores de diversos campos científicos, discutindo e relacionando teorias, conceitos, noções, métodos e experiências de trabalho que permitam o aprofundamento teórico-metodológico da temática. Nesse sentido, considera-se necessário destacar a importância da participação dos pesquisadores na Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose no Brasil.

O presente estudo tem como foco um dos aspectos técnicos da estratégia DOTS, a Busca de Sintomáticos Respiratórios (SR), nos municípios prioritários para o controle da doença no estado de São Paulo.

A estratégia DOTS (Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração), uma combinação de componentes técnicos e gerenciais, rapidamente possibilita tornar casos infecciosos em não infecciosos, quebrando, assim, o ciclo de transmissão da Tuberculose. A Busca de SR se constitui num passo primordial para que isto se torne possível uma vez que possibilita a detecção dos casos de tuberculose (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999).

1. CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

1.1. Escolha e delimitação do tema

O interesse pela área de Saúde Pública esteve presente em minha formação acadêmica. Durante toda a graduação, tive a oportunidade de iniciar e desenvolver atividades relacionadas à pesquisa através da Iniciação Científica. Além disso, realizei estágios curriculares e extra-curriculares em Atividades de Controle da Tuberculose (TB), tanto em Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) quanto em Ambulatório de Referência no município de Ribeirão Preto – SP, como também em Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa de Saúde da Família (PSF) e Vigilância Epidemiológica (VE).

Minha primeira pesquisa desenvolvida como aluna de Iniciação Científica foi financiada pelo Pibic/CNPq, com vigência de 01 de agosto de 2001 a 31 de julho de 2002, intitulou-se “**Aspectos que influenciam a atuação da equipe frente à adesão ao tratamento da tuberculose**” e teve como objetivo identificar as ações prestadas pela equipe que atua diretamente no Programa de Controle da Tuberculose, frente aos aspectos que influenciam a adesão do paciente e ao tratamento da tuberculose. O estudo foi realizado no Programa de

Controle da Tuberculose do NGA-59 de Ribeirão Preto, através da técnica de observação direta. Observou-se que o número de orientações realizadas aos doentes durante a pré e a pós-consulta era reduzido e que, quando realizadas, essas orientações eram inconsistentes e muito rápidas. À maioria dos doentes era fornecido algum tipo de benefício/incentivo e era também realizada a atividade de controle de comunicantes. O atendimento de Enfermagem observado neste PCT (Programa de Controle da Tuberculose) está restrito às questões técnicas e muitas vezes é esquecida a necessidade de educação contínua ao paciente. O oferecimento de incentivos é um fator de adesão do paciente ao tratamento.

A segunda experiência com Iniciação Científica foi financiada pela Fapesp processo 03/0613-2, com vigência de agosto de 2002 a janeiro de 2003. Este estudo denominado **“O tratamento supervisionado em uma unidade de saúde do município de Ribeirão Preto: intermitência da supervisão do tratamento”** descreveu o DOT no NGA-59 de Ribeirão Preto–SP em 2001. Para tanto se utilizou o enfoque Estrutura-Processo-Resultado de Donabedian (1980). A amostra constituiu-se dos 19 doentes que participaram do DOT (Tratamento Diretamente Observado) naquele ano. O PCT conta com recursos humanos e materiais em número suficiente, porém o tempo despendido destes para o programa é reduzido, em função da divisão com outras atividades dentro e fora da unidade de saúde. O DOT é realizado pela visitadora sanitária no domicílio do doente e a supervisão é considerada

quando o profissional de saúde observa o paciente ingerir a medicação. A periodicidade da supervisão varia para cada doente de acordo com critérios utilizados pela própria equipe que variam de acordo com a Estrutura do Programa e o Perfil do doente. A periodicidade da supervisão adotada pela equipe do PCT resultou na cura de todos os doentes, sendo que em 84,2% o tempo de tratamento foi de 6 meses.

Durante a realização desses estudos aproximei-me de forma mais intensa das atividades realizadas no PCT e pude observar que muitos pacientes de tuberculose, ao receberem o diagnóstico da doença, já permaneceram por muito tempo com seus sintomas clínicos percorrendo diversos serviços de saúde, sem que estes fizessem a suspeita clínica da doença, e com a possibilidade deste doente transmiti-la para outras pessoas. Assim sendo, a detecção dos casos de tuberculose, apesar de ser uma importante ação para o controle da doença, ainda não é considerada como prioridade pelos serviços de saúde. E, por isso, torna-se necessário ressaltar a importância do diagnóstico precoce como meio de eliminar a fonte de infecção na comunidade, determinando assim a ruptura da cadeia de transmissão do bacilo.

De modo geral, a tosse não é considerada uma situação de urgência, não sendo, assim, prioridade de atendimento. Em contrapartida, quando valorizada, nem sempre é considerada como um sintoma de Tuberculose, confundindo-se com outras patologias. Em várias ocasiões observa-se a utilização de outros recursos diagnósticos, tais como RX,

considerado de maior custo e de difícil acesso. A baciloscopia, que é indicada como método prioritário ao diagnóstico, fica por vezes em segunda opção ou nem sequer é solicitada (MUNIZ, 2004). Essa deficiência dos serviços de saúde emerge em diversas áreas, despertando uma série de reflexões relacionadas ao modo de organização da assistência à saúde. Não obstante aos avanços advindos com o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada ao sistema de saúde, o modelo assistencial que vem predominando no Brasil, nos últimos anos, volta-se prioritariamente para ações curativas, privilegiando predominantemente a intervenção em quadros agudos (MENDES, 2001).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) traz que mesmo após cem anos de detecção de tuberculose por microscopia e cinquenta anos de tratamento com antibióticos, a Tuberculose mata hoje mais do que em qualquer outra época. E o problema não está nas formas de detecção e de tratamento e sim, na forma de organização dos serviços de saúde para detectar e tratar os casos de TB (WHO, 1999).

Sabe-se que o controle da TB depende de muitas ações que ultrapassam os componentes diretamente voltados à administração da quimioterapia, sendo necessárias mudanças qualitativas de natureza política, administrativa e organizacional, envolvendo os serviços de saúde. A detecção de casos de TB, apesar de ser contemplada como um dos pilares da estratégia DOTS (Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração) para o controle da TB, não é priorizada seja pelos

gestores ou mesmo dentro dos Programas de Controle da Tuberculose (PCT), por ser uma ação não inovadora dentro do programa.

Vários desafios impedem a execução sustentável e a expansão das atividades de controle da TB. Muitos provêm de uma débil vontade política para melhorar o sistema de saúde e a resposta social necessária para o controle da doença. Os serviços gerais de Saúde Pública necessitam melhorar sua capacidade de manter e ampliar a execução do DOTS sem comprometer a qualidade da detecção de casos e o tratamento. A participação comunitária na atenção à TB e a necessidade de enfatizar o enfoque da promoção no paciente são necessárias para melhorar tanto o acesso como a utilização dos serviços de saúde (WHO, 2002).

Os poucos trabalhos publicados sobre o DOTS no Brasil voltam-se para aspectos que analisam a eficácia/ eficiência da estratégia, com pouca ênfase nos aspectos operacionais, propriamente dito, no sentido de descrever suas fortalezas e dificuldades.

O estudo visa trazer contribuições para a produção de conhecimentos em relação à Busca de Sintomáticos Respiratórios que possam servir de exemplos para outras regiões do país e contribuir na sustentabilidade da estratégia DOTS de modo a melhorar o desempenho dos serviços de saúde, bem como os indicadores epidemiológicos da doença.

1.2. O cenário da Tuberculose

A TB é uma enfermidade antiga que persiste como problema sério de Saúde Pública, necessitando de uma urgente atenção. Segundo estimativas da OMS, dois bilhões de pessoas, correspondendo a um terço da população mundial estão infectadas pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis* que causa a TB. Destes, 8 milhões desenvolverão a doença e 2 milhões morrerão a cada ano (BRASIL, 2004). Entre as razões para tal cenário deve-se assinalar: desigualdade social e suas implicações; aglomerados humanos populacionais, advento da AIDS, movimentos migratórios e envelhecimento da população. Nas últimas décadas o controle da TB foi grandemente negligenciado pelas políticas públicas, pela sociedade e mesmo pela comunidade científica na falsa ilusão de que o problema estaria resolvido e/ou sob controle. Acrescenta-se a estes fatos o aumento progressivo de bacilos multirresistentes aos medicamentos disponíveis no mercado (WORKSHOP – REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM TUBERCULOSE, 2002).

A tuberculose é um problema sério de saúde pública e, portanto, merece especial atenção dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo, pois a magnitude do sofrimento e da morte causada pela doença é alarmante e inaceitável (AMSTERDAM..., 2000).

Atualmente, o Brasil ocupa o 15º lugar na lista da OMS entre os países que precisam intensificar as ações de diagnóstico e tratamento da TB (WHO, 2005). O país tem cerca de 50 milhões de pessoas

infectadas com o bacilo de Koch, mas que não desenvolveram o problema. A cada ano, 111 mil novos casos são registrados. A TB, que tem cura, ainda mata seis mil pessoas por ano no país (NO DIA..., 2004). Fontes do Ministério da Saúde estimam uma prevalência no país de 58/ 100.000 casos/ habitantes. Segundo dados consolidados em 2001 pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (SINAN/ MS), foram notificados 81.432 casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 47,2/ 100.000 habitantes. Com relação ao tratamento, 72,2% recebem alta por cura, com abandono de 11,7% e 7% de óbitos, distantes, portanto, das metas internacionais estabelecidas pela OMS e pactuadas pelo governo brasileiro, de curar 85% dos casos estimados (BRASIL, 2004).

O problema da TB no Brasil reflete o estágio de desenvolvimento social do país, onde os determinantes do estado de pobreza, as fraquezas de organização do sistema de saúde e as deficiências de gestão limitam a ação da tecnologia e, por consequência, inibem a queda sustentada de uma doença marcada pelo contexto social. Duas importantes causas concorrem para o agravamento do quadro da TB – a epidemia da aids e a multirresistência às drogas (DIRETRIZES..., 2004).

Diante dessa situação, há necessidade de investimentos na qualificação dos serviços de saúde, na capacitação dos recursos humanos para as atividades de vigilância, avaliação e controle, de modo a

ampliar a capacidade de diagnóstico por meio da baciloscopia, promover a cura, intensificar a Busca dos Sintomáticos Respiratórios (SR) e dos contatos dos pacientes, nos municípios brasileiros e especialmente nos municípios prioritários para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).

1.3. A estratégia DOTS para Controle da Tuberculose

Diante da situação da TB no mundo, e com o propósito de reverter seu quadro, em 1993 a OMS declarou a Tuberculose uma emergência Mundial, estabelecendo novas diretrizes de trabalho e recomendando estratégias globais para o controle efetivo da TB nos países (BRASIL, 1997).

O Programa de Controle da Tuberculose (PCT) necessita promover aumento na detecção dos casos de TB e garantir acesso amplo a um efetivo tratamento. Frente a esse contexto a OMS recomenda a estratégia DOTS para o controle da TB.

A Estratégia DOTS é a mais efetiva para o controle da TB, sendo ela, uma combinação de componentes técnicos e gerenciais para o controle da TB, que foi proposta pela OMS. Seus componentes são:

1- Comprometimento dos governos no suporte financeiro das atividades de controle da TB;

2- Detecção de casos pela baciloscopia de escarro entre pacientes sintomáticos que se apresentam espontaneamente aos serviços de saúde;

3- Regime de tratamento padronizado de seis a oito meses para no mínimo todos os casos confirmados a partir dos testes positivos de secreção, com tratamento direto observado (“DOT”) pelo menos nos dois meses iniciais;

4- Suprimento regular de todos os medicamentos essenciais antituberculose;

5- Sistema padronizado de registro e notificação que permita conclusões seguras sobre o resultado do tratamento para cada paciente e do programa de controle de forma geral (WHO, 2005).

A estratégia tem sido aplicada com sucesso em grandes e pequenos países, ricos ou pobres. Países que atingem alta cobertura populacional de DOTS e altos índices de cura incluem China, Indonésia, Filipinas e Vietnã. Segundo dados do último relatório da WHO em 2005, na China, a cobertura do DOTS chegou a 91% da população em 2003, e os índices de cura aumentaram de 50% antes da implantação do DOTS para mais de 90% nos quatro últimos anos. O Vietnã representa outro exemplo de sucesso da estratégia DOTS, com uma cobertura populacional de 100% e índices de cura acima de 90% (WHO, 2005).

Desde a introdução do DOTS, no início da década de 90, são consideráveis os progressos no controle global da TB. No ano de 2001, 155 países (de 210) adotaram o DOTS correspondendo a uma cobertura populacional de 61%. (WHO, 2003). No ano de 2002 somaram-se 25 novos países, num total de 180, correspondendo a uma cobertura de 69% (WHO, 2004). A cifra atual corresponde a 182 países que implantaram a estratégia DOTS. No final de 2003, 77% da população mundial viviam em países ou localidades de países cobertos pelo DOTS (WHO, 2005).

No Brasil o processo de implantação da estratégia DOTS iniciou-se em 1998. A estratégia foi implementada com sucesso em situações distintas, obtendo resultados positivos no cumprimento da quimioterapia e na redução de resistência, constituindo um esforço amplo para aprimorar os serviços de assistência e de controle da tuberculose (MUNIZ; VILLA, 2002; DALCOMO, 2000; REIGOTA, 2001).

No entanto, o relatório da WHO (2004) aponta que o desempenho do Brasil no controle da TB não está sendo suficiente em comparação com outros países. Segundo o relatório WHO (2004), o Brasil tem resultados piores do que países mais pobres como Índia, Indonésia, Paquistão e até Bangladesh devido à falta de investimentos. Ainda, ressalta que a cobertura populacional da estratégia DOTS vem caindo nos dois últimos anos examinados. Em 2001, atingia 32%; e em 2002, o índice caiu para 25%. No ano de 2002, o índice de detecção de casos de TB em locais com DOTS foi de 10% do total estimado, segundo o estudo,

também muito abaixo dos 70% que a OMS espera de um país com a infraestrutura do Brasil (WHO, 2004).

O relatório da WHO de 2005, também mostra o desempenho insuficiente do Brasil em relação ao controle da Tuberculose. Segundo o relatório, o Brasil apresentou índice de detecção de pulmonares bacilíferos de 7.5 % em 2000, 8.0% em 2001, 9.6% em 2002 e 18% em 2003. Apesar de os números mostrarem uma escala progressiva da detecção de casos de TB no país, a realidade é que estamos longe de alcançarmos as metas propostas pela OMS. Além do mais, os números expressam a grande quantidade de casos que continuam sem detecção, transmitindo continuamente a doença a outras pessoas.

Ao final de 1998, a sociedade como um todo começou a unir-se com o setor saúde, social e econômico, na batalha contra a tuberculose. A sociedade o denominou *Stop TB Initiative* sendo legitimado pela WHO.

Em 2000, as Nações Unidas criaram um novo marco de trabalho para monitorar o progresso do desenvolvimento humano através das Metas para o Desenvolvimento do Milênio (MDM) – *Millennium Development Goals*, onde a tuberculose é privilegiada como uma das metas, que se refere não só a sua estagnação como também ao início da reversão de sua incidência, juntamente com outras doenças como a malária e HIV até 2015. Embora o objetivo seja expresso em termos de incidência, as MDM também especificam que o progresso deve ser medido em termos de redução da prevalência da TB e mortes. Algumas

outras MDM estão indiretamente relacionadas ao Controle da TB, como por exemplo, a erradicação da pobreza extrema e fome e o desenvolvimento de uma parceria global para o desenvolvimento, onde a Stop TB Partnership possui importante papel (WHO, 2005).

No dia 24 de março de 2000, o Brasil, sendo um dos 22 países priorizados para o combate da tuberculose no mundo, assinou a Declaração de Amsterdam, onde se comprometeu a atingir as metas da OMS de 70% de detecção dos casos com baciloscopia positiva e 85% de cura desses pacientes, através da expansão da estratégia DOTS (AMSTERDAM..., 2000).

Além de modificar o perfil epidemiológico da tuberculose, o emprego da estratégia DOTS apresenta outras vantagens. Possibilita a reorganização dos serviços além de sua eficiência sem hospitalização, tornando o tratamento disponível e de baixo custo. Além disso, diminui o risco do abandono, conseqüentemente, o desenvolvimento de resistência às drogas convencionais, evitando o uso oneroso de outras drogas, de eficácia questionável (TEIXEIRA, 1998).

Dentro do Brasil, o Estado de São Paulo continua sendo o maior Estado do Brasil em números absolutos de notificações: 20.690 doentes, e as taxas de cura estão próximas de 62% (Sistema de Informações de TB - EPI-TB/ SES, 2002). Desse Estado foram escolhidos 36 Municípios considerados como prioritários para adotar a estratégia DOTS. Destaca-se que tais municípios foram selecionados mediante a

análise de alguns indicadores contemplados no Plano Emergencial para o Controle da TB. Entre os critérios para a inclusão, estabeleceu-se que o município deveria ter população acima de 50.000 habitantes, coeficiente de incidência acima da média brasileira (58,4/100.000 hab., em 1995), óbitos por TB acima de 5% dos casos novos no ano, cura abaixo de 85%, abandono acima de 10% e elevada incidência de casos de AIDS (BRASIL, 1997).

Dos 1115 serviços de saúde existentes, 534 (48%) tem PCT e 286 (53,6%) tem implantado o DOTS. Em maio de 2002 o total de pacientes supervisionados foi de 3539 (16,3%). Em relação ao Programa Saúde da Família (PSF), das 709 equipes existentes 203 (65,3%) tem PCT, e 173 (85,2%) têm implantado a estratégia (Sistema de Informação de Tuberculose - EPI-TB/SES, 05/2002).

Gráfico 1: Cobertura do DOTS em Municípios do Estado de São Paulo 1997 - 2001

Fonte: Sistema de Informação de Tuberculose - EPI-TB/SES (05/2002).

Segundo o Sistema de Informações de TB – EPI-TB/SES no ano de 2003, três municípios prioritários do Estado de São Paulo alcançaram cobertura DOTS/TS acima de 90%; 11, entre 50% e 89%; 14, entre 10 e 49% e 6, menor que 10% (Quadro 1).

Quadro 1: COBERTURA DE PACIENTES EM TRATAMENTO SUPERVISIONADO – CASOS NOVOS – MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS 2003

>de 90%	>50% e 89%	>10% e <49%	<de 10%	Não DOTS
Itanhaém	Embu	Barueri	Caraguatatuba	Bertioga
Guarujá	Cubatão	Bauru	Franco da rocha	
Campinas	Itaquaquecetuba	Guarulhos	Carapicuíba	
	Jundiaí	Jacareí	São Caetano do Sul	
	Praia Grande	Diadema	Suzano	
	Ribeirão Preto	Mauá	Ubatuba	
	Santo André	Moji das Cruzes		
	Santos	Osasco		
	São José do Rio Preto	Piracicaba		
	São José dos Campos	São Bernardo do Campo		
	Taboão da Serra	São Paulo		
	Taubaté	São Sebastião		
		São Vicente		
		Sorocaba		

Fonte: Sistema de Informação de Tuberculose - EPI-TB/SES (2003).

1.4. A Busca de Sintomáticos Respiratórios enquanto estratégia para Detecção de Casos de Tuberculose

Denomina-se “caso de tuberculose” todo indivíduo com diagnóstico confirmado por baciloscopia ou cultura e aquele em que o médico, com base nos dados clínico-epidemiológicos e no resultado de exames complementares, firma o diagnóstico de TB (BRASIL, 2002). O homem tuberculoso bacilífero é a fonte de infecção de maior importância epidemiológica. Calcula-se que durante um ano, um único indivíduo poderá contaminar, em média, de 10 a 15 pessoas que com ele tenham contacto (BRASIL, 1997).

A propagação da TB está intimamente ligada às condições de vida da população. Prolifera, como todas as doenças infecciosas, em áreas de grande concentração humana, com precários serviços de infraestrutura urbana, como saneamento e habitação, onde coexistem a fome e a miséria (BRASIL, 2002).

A transmissão é plena enquanto o doente estiver eliminando bacilo e não tiver iniciado o tratamento. Com o esquema terapêutico recomendado, a transmissão é reduzida, gradativamente, a níveis insignificantes ao fim de poucos dias ou semanas (BRASIL, 1997).

A detecção dos casos de Tuberculose representa um dos aspectos técnicos da Estratégia DOTS, e uma atividade essencial no controle da TB. Reconhecidamente, a baciloscopia de escarro é o método prioritário, quer para o diagnóstico, quer para o controle do tratamento de

TB, além de permitir a identificação da principal fonte de transmissão da infecção: o paciente bacilífero (DIRETRIZES..., 2004). De todos os casos de TB, aproximadamente 50 a 60% são pulmonares com baciloscopia de escarro positiva, representando a maioria dos casos (WHO, 1999). Os casos pulmonares, com baciloscopia de escarro positiva são o foco dos Programas DOTS por estes serem a principal fonte de infecção para outras pessoas, devido à microscopia de escarro ser um método de diagnóstico altamente específico e porque esses pacientes tipicamente sofrem mais altos índices de morbidade e mortalidade do que aqueles com baciloscopia de escarro negativa (WHO, 2005).

Recomenda-se, para o diagnóstico, a coleta de duas amostras de escarro: uma por ocasião da primeira consulta e a segunda na manhã do dia seguinte, ao despertar. Uma terceira amostra, poderá ser requisitada a critério médico.

O exame baciloscópico deve ser solicitado nos seguintes casos, em ordem de prioridade: pacientes que procurem os serviços de saúde por sintomas respiratórios; pacientes que procurem os serviços de saúde por qualquer motivo, mas que, espontaneamente ou em resposta ao profissional de saúde, informem ter tosse e expectoração há três semanas ou mais; pacientes que apresentem imagem radiológica pulmonar suspeita.

Os exames de escarro efetuados a partir da procura do serviço de saúde pelos indivíduos geralmente preocupados com seu estado de saúde não apresentam alto rendimento diagnóstico. As ações

para o controle da TB no Brasil têm como meta diagnosticar pelo menos 90% dos casos esperados; no entanto, o percentual de detecção de casos no país em 1998 foi de 67% (WORKSHOP – REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM TUBERCULOSE, 2002). A maior parte dos casos não diagnosticados de TB pode ser atribuída ao baixo nível de detecção de casos positivos ao exame direto da expectoração.

Os outros métodos diagnósticos, como estudo radiológico convencional, são utilizados de forma secundária como método auxiliar. A prova tuberculínica serve como método de triagem que indica infecção pelo bacilo. Portanto são métodos utilizados apenas em casos especiais (DIRETRIZES..., 2004).

O acesso à atenção da saúde não melhora automaticamente a detecção de casos. Qualquer esforço deve ser realizado para detectar casos infecciosos entre os indivíduos que procuram espontaneamente os estabelecimentos de assistência sanitária. Para isto os prestadores de assistência devem informar-se bem acerca da TB e acerca do uso da baciloscopia de escarro com garantia de qualidade, para a detecção de casos (WHO, 2002).

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose foi avaliado por peritos internacionais que apontaram elevadas taxas de abandono e baixos percentuais de cura, exigindo prioridade na adoção das práticas existentes de modo a alterar essa situação. A Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária - CNPS, responsável em nível nacional pelo controle da tuberculose no ano de 1994, apontou diretrizes para a

elaboração do Plano de Ação Emergencial para os Municípios Prioritários, implementado em 1996. Este Plano tinha como principal meta o “controle da tuberculose nos municípios onde a doença atingisse sua maior força no Território Nacional, e nos quais o emprego de recursos pudesse alcançar melhores resultados proporcionando considerável impacto na redução da doença” (BRASIL, 1997, p.2). Foram selecionados no Brasil, 230 municípios prioritários, mediante a análise de alguns indicadores. Entre os critérios para a inclusão, estabeleceu-se que o município deveria ter população acima de 50.000 habitantes, coeficiente de incidência de TB acima da média brasileira (58,4 por 100.000 hab. em 1995), óbitos por tuberculose acima de 5% dos casos novos no ano, cura abaixo de 85%, abandono acima de 10% e elevada incidência de casos de AIDS (BRASIL, 1997).

Em 1998, frente à situação da Tuberculose no país, e considerando a necessidade de ajustes e ampliação do Plano Emergencial, o Conselho Nacional de Saúde, através da resolução número 284, de 06/08/98, sugere estabelecer estratégias para um novo plano, o Plano Nacional de Controle da Tuberculose, que teve as seguintes metas:

1. *“em três anos (2001) diagnosticar, pelo menos 92% dos casos esperados;*
2. *tratar com sucesso, pelo menos 85% dos casos diagnosticados;*

3. *em 9 anos (2007) reduzir a incidência em pelo menos 50% e a mortalidade em dois terços*”.(RUFFINO NETTO, 1999)

O Plano apresentou diretrizes dentre as quais responsabiliza o Ministério da Saúde pelo:

- *“estabelecimento das normas, aquisição e abastecimento de medicamentos;*
- *referência laboratorial e de tratamento;*
- *coordenação do sistema de informação;*
- *apoio aos Estados e Municípios, visando maximizar os resultados de políticas públicas”.*

O Plano traz também inovações onde instituiu como estratégia, repasses financeiros aos municípios. Uma das inovações tinha como propósito incentivar a intensificação da busca de casos através do exame dos sintomáticos respiratórios, aumentando para R\$ 4,20 o preço de cada baciloscopia realizada, a ser paga pelo Ministério aos Serviços de Saúde (MUNIZ, 2004).

Um novo *Plano Estratégico para a Implementação do Plano de Controle da Tuberculose no Brasil para o período de 2001 a 2005 – Plano Quinquenal* foi elaborado como forma complementar ao Plano Nacional. Este Plano aponta como necessidade, despender esforços no sentido de capacitar e melhorar a qualidade de desempenho dos recursos humanos envolvidos no Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

Esses profissionais devem ser treinados suficientemente em diagnóstico, tratamento, registro e notificação e outras atividades para cumprirem eficazmente suas responsabilidades específicas com apropriada supervisão (BRASIL, 2004). Suas metas são:

- implementar as ações do controle da tuberculose em 100% dos municípios prioritários;
- implantar atividades de controle da tuberculose em 80% dos serviços de saúde existentes na rede destes municípios;
- elevar em pelo menos 20% ao ano o número de sintomáticos respiratórios examinados;
- implantar o tratamento supervisionado em 100% das unidades básicas de saúde destes municípios;
- elevar o diagnóstico dos casos esperados de 67% para 87%; elevar a cura dos casos diagnosticados de 72% para 85%;
- reduzir o abandono de tratamento de 12,2% para 5% (BRASIL, 2000).

Em novembro 2001 lançou-se o *Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para a Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose*, cujos eixos básicos são: mobilização técnica, política e social em torno das metas de controle da tuberculose e de eliminação da hanseníase; descentralização das ações e mudança do modelo de atenção com reorganização de serviços; melhoria da vigilância epidemiológica e do sistema de informação; ampliação e qualificação da

rede de laboratórios para diagnóstico; garantia de assistência farmacêutica com distribuição descentralizada de medicamentos e acompanhamento dos estoques; capacitação e desenvolvimento de recursos humanos (BRASIL, 2002a).

Nesse mesmo ano ocorreu em todo o país a Campanha Nacional para o Controle da Tuberculose, onde uma das ações privilegiadas era a realização de baciloscopias de escarro em Sintomáticos Respiratórios, com grande mobilização dos serviços de saúde e distribuição de material para realização do exame.

O Plano Emergencial de 1996 e o Plano Nacional de 1998 tinham como objetivos principais incentivar o diagnóstico através da realização da baciloscopia de escarro e o tratamento dos casos. Já o Plano de 2001-2005 traz uma nova possibilidade de intervenção na proposta de trabalho, contando as estratégias do Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como parceiros na intervenção e expansão do Programa de Controle da Tuberculose (PCT). Nas visitas dos ACS estão previstas ações de busca de sintomáticos respiratórios e contatos domiciliares, principalmente de casos bacilíferos e crianças. As ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios e contatos devem ser atitudes permanentes incorporadas à rotina de atividades dos PSFs (BRASIL, 2000).

Em 2002, através da portaria 147/GM de agosto/2002, foi instituído como incentivo ao diagnóstico de TB o repasse no valor de R\$ 50,00 por cada caso novo notificado. Para receber tal benefício, os

municípios assinaram um termo de adesão reafirmando o compromisso com o desenvolvimento das ações do PCT (MUNIZ, 2004).

Ao final de 2003, por meio de uma nova portaria instituiu-se nova forma de repasse financeiro, não mais por bônus e sim por valores pré-definidos somente a municípios prioritários.

Mesmo com todos os incentivos e normas, observa-se que há necessidade de estabelecer novas estratégias que busquem alcançar maior êxito no cumprimento das metas propostas pelo PCT, no que se refere à descoberta de casos. Acredita-se que muitos casos de Tuberculose não estejam sendo diagnosticados, seja por falta de acesso aos serviços de saúde, ou devido ao fato dos profissionais de saúde não estarem atentos aos sintomáticos respiratórios. Assim, uma das prioridades do Programa é manter como rotina dos serviços de saúde a busca ativa de sintomáticos respiratórios (MUNIZ, 2004).

Em termos de saúde pública e para um maior impacto no processo de progressiva interrupção da cadeia de transmissão da TB, espera-se que um sistema de saúde não tenha como principal tarefa apenas tratar o doente. Os esforços devem ser despendidos com propósito de ampliar a detecção de casos de TB.

A Busca de Sintomáticos Respiratórios caracteriza-se como uma importante estratégia para a detecção de casos de TB. Denomina-se Sintomático Respiratório todo indivíduo com tosse há mais de três semanas. Os Planos Nacionais de Controle da Tuberculose, desde o ano de 1996, trazem as ações de Busca de SR na rotina dos serviços de

saúde como estratégia para aumentar a detecção de casos em todo o país. Porém, somente a partir do Plano de 2001-2005 enfoca-se com maior força esta atividade. Acredita-se que a baixa detecção de casos observada em todo o Brasil esteja relacionada à inadequada realização dessa atividade.

Como estratégias para Busca de casos estabelece-se:

Busca na comunidade – Busca de Sintomáticos Respiratórios durante as visitas domiciliares, sobretudo nas comunidades onde esteja organizada a atenção básica;

Busca na demanda nos serviços de saúde – interrogar de forma sistemáticas pessoas que consultam os serviços de saúde por qualquer motivo, a respeito de tosse e expectoração por mais de três semanas e submetê-las a exame bacteriológico;

Busca entre comunicantes – Investigar todas as pessoas que coabitam com um doente de Tuberculose.

Dentre estas atividades, somente a busca entre comunicantes é realizada de forma sistemática pelas equipes do PCT. As outras duas são realizadas de forma pontual ou eventual. Apesar de todas as unidades terem disponível o exame para diagnóstico da Tuberculose, esta prática não está incorporada à rotina dos serviços de saúde de forma sistemática (MUNIZ, 2004).

Atenção especial deve ser dada às populações de maior risco de adoecimento como os residentes em comunidades fechadas – como presídios, manicômios, abrigos e asilos – e os indivíduos etilistas,

usuários de drogas, mendigo, imunodeprimidos por uso de medicamentos ou por doenças imunossupressoras (aids, diabetes) e ainda os trabalhadores em situações especiais que mantêm contato próximo com doente de TB pulmonar bacilífera.

A procura de casos deve ser feita ainda entre os suspeitos radiológicos (pacientes com imagens suspeitas de TB que chegam ao serviço de saúde) (BRASIL, 2002b).

Em 2004, foi elaborado outro Plano Nacional de Controle da Tuberculose (2004-2007), e dentre suas metas propostas, algumas estão relacionadas à detecção de casos e Busca de sintomáticos Respiratórios:

- Manter a detecção anual de pelo menos 70% dos casos estimados de TB;
- Manter registro atualizado dos casos diagnosticados;
- Aumentar em 100% o número de SR examinados (2004/2007).

Segundo o PNCT de 2004 (BRASIL, 2004), para alcançar essas metas foram desenvolvidas ações voltadas para atender o componente “Vigilância Epidemiológica” (**descoberta de casos; vigilância de casos e diagnóstico laboratorial**). O principal objetivo do primeiro subcomponente é a descoberta precoce dos casos novos em especial dos bacilíferos, cujas ações são:

- Reforçar a investigação de casos como uma ação de acolhimento;
- Intensificar a identificação de SR examiná-los com baciloscopia e implementar o registro dos mesmos na rede laboratorial do SUS;

- Implantar a procura de SR nos ambulatórios de hospitais e emergências dos grandes centros urbanos e criar facilidades para examiná-los;
- Assegurar a realização de baciloscopias de escarro para todos os SR e pacientes com imagem radiológica anormal;
- Implantar cultura de escarro com teste de sensibilidade às drogas para pacientes suspeitos de TB e negativos à baciloscopia;
- Implantar a baciloscopia em todas as unidades básicas de saúde com PCT e certificar laboratórios colaboradores;
- Implantar a investigação estratégica de busca ativa de TB na demanda de hospitais de urgência e emergência nos grandes centros urbanos, em grupos de maior risco (alcoólatras, moradores de rua e de áreas de risco da adscrição territorial das unidades de saúde e em todos os contatos de pacientes bacilíferos).

Na **vigilância dos casos**, o SINAN é o sistema nacional adotado para o registro e processamento de dados de notificação da TB; algumas de suas ações são:

- Registrar os SR na rede de laboratórios pelo Sistema de Informação Laboratorial de TB – SILTB e contatos examinados no SINAN;
- Utilizar o SINAN como único sistema de informações de notificação e acompanhamento de casos, promovendo a digitação e transferência vertical dos dados nos prazos estabelecidos pelas normas e rotinas do mesmo;

- Tornar compulsória a notificação às secretarias municipais de saúde, por parte dos laboratórios públicos/ conveniados e privados, dos resultados positivos de baciloscopias e culturas para BK.

E no **diagnóstico laboratorial**, as ações são:

- Descentralizar, sob a Coordenação dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN), o diagnóstico laboratorial da TB para laboratórios públicos/ privados/ conveniados, localizados nas capitais e municípios prioritários;
- Ampliar a realização de baciloscopia para Rede de Serviços de Saúde dos municípios prioritários;
- Implantar a realização da cultura de escarro para identificação do bacilo de Koch;
- Implantar o Sistema de Informação Laboratorial para Tuberculose (SILTB) nos LACEN e Unidades Laboratoriais dos municípios prioritários;
- Implantar um programa de garantia da qualidade para os exames bacteriológicos na rede laboratorial;
- Garantir o resultado da baciloscopia em 4 horas na urgência/emergência e 24h na rede ambulatorial.

Neste Plano foram acrescentados mais 37 municípios prioritários para o controle da Tuberculose no Estado de São Paulo, totalizando 73 municípios, sendo o Estado com maior número de municípios prioritários do país. Dos 1.508 serviços de saúde existentes nestes 73 municípios prioritários, 763 (50,6%) possuem o PCT implantado e destes, 642

(84,1%) possuem o DOTS, segundo informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). Portanto, do total dos serviços de saúde existentes nos municípios prioritários a cobertura de DOTS/TS é de 42,6%.

Dye et al. (2003), estudaram a questão da busca de sintomáticos respiratórios em 148 países que adotaram a estratégia DOTS, e verificaram que somente 27% de todos os doentes estimados com exame de escarro positivos foram notificados no ano. Os autores destacaram que a fração do número estimado de detecção de casos novos em exame de escarro positivo permaneceu entre 40 a 50%. Estas considerações reforçam a necessidade de conhecer os aspectos que dificultam a realização da busca de casos novos de TB. Identificar SR na comunidade exige vigilância constante no acompanhamento dos indivíduos e famílias.

Um processo muito comum realizado pelos serviços de saúde é o da detecção passiva de casos, que está fundamentado na suposição de que, uma vez percebendo alguma sintomatologia, a população se dirigirá a algum serviço de saúde. Entretanto, no espaço de tempo dentre a percepção dos sintomas até o diagnóstico, muitos fatores poderão intervir, significando que o doente poderá permanecer mais tempo sem tratamento, piorando seu estado e disseminando a doença na comunidade (SILVA, 2002).

Objetivando a melhoria da vigilância da TB, Nogueira (2001) estudou as internações no Estado de São Paulo, entre 1984 e 1997, e verificou que o Sistema Estadual de Saúde está com menor capacidade

na detecção precoce dos casos e quando o doente chega a uma Unidade de Saúde, ele o faz cada vez mais em uma fase adiantada da doença.

No estudo realizado por Melo, Soares e Andrade (1999) sobre a avaliação da efetividade do PCT no município de Londrina-PR, no ano de 1996, os resultados mostraram que a maioria dos diagnósticos de TB (67,4%) foi realizada em hospitais, com internação posterior, o que indica que o paciente devia estar em estado avançado da doença.

Nos países em desenvolvimento, as principais causas de hospitalização são o mau estado geral e a caquexia, pois esses pacientes são encaminhados numa fase mais avançada da doença. Isso ocorre, principalmente, por falhas no processo de busca de casos, que não consegue identificá-los nas fases iniciais da TB (GALESI, 1999).

No Brasil, por ser alto número de fumantes, é comum encontrarmos pessoas com tosse e, às vezes até eliminando catarro, e isso ser atribuído ao cigarro ou doenças mais conhecidas, como a bronquite, ou ainda “uma gripe mal curada”. Isso faz com que as pessoas esqueçam da TB que alcança 80 a 90 mil casos por ano no país, dos quais um quinto ocorre no Estado de São Paulo, sete mil só na cidade de São Paulo. Estima-se que 20% dos doentes não são descobertos e com isso estão espalhando a TB entre a população. Muitos só são descobertos após a internação ou, até mesmo, após o óbito - 600 por ano só na cidade de São Paulo. (http://portal.prefeitura.sp.gov.br/subprefeituras/spcs/equipamentos_publicos/0007 Acesso em: 02/04/2004).

A estratégia da assistência primária adotada para os países em desenvolvimento deverá orientar o aproveitamento dos recursos existentes, garantindo o padrão de assistência à TB, de acordo com a magnitude do problema, assegurando ainda aos doentes ou suspeitos o acesso a um sistema de referência hierarquizado, objetivando a descoberta e tratamento de todos os casos que demandem as unidades de saúde, no menor espaço de tempo possível.

Quanto maior o número de UBSs e de equipes com profissionais capacitados desenvolvendo as ações de controle da TB, mais abrangente poderá ser a procura de SR nos serviços de saúde e nas comunidades, mais rápido o início do tratamento dos casos descobertos, mais adequada a supervisão direta do tratamento, garantindo a cura do doente e conseqüentemente mais rápida a interrupção da transmissão. As ações para a procura de casos devem estar voltadas para os grupos com maior probabilidade de apresentar TB.

1.5. Objetivos

1.5.1. Geral

Analisar as ações de Busca de Sintomáticos Respiratórios para o Controle da Tuberculose nos municípios prioritários do Estado de São Paulo sob a óptica dos coordenadores municipais dos PCTs em 2005.

1.5.2. Específicos

- Analisar a Organização da Busca de Sintomáticos Respiratórios.
- Analisar a implementação das ações de Busca de Sintomáticos Respiratórios.

2. Quadro Teórico

O quadro teórico escolhido para a discussão da Busca de Sintomáticos Respiratórios nos municípios prioritários do Estado de São Paulo foi o da Vigilância da Saúde enquanto eixo de reorientação dos modelos assistenciais, descrita por Paim (1994, 1999, 2003).

Paim descreve uma transição de modelos assistenciais do período que antecede para o período que sucede o SUS. No Brasil predominavam até a década de 1980, dois modelos assistenciais dicotômicos: *Modelo Médico-Assistencial Privatista* e o *Modelo Assistencial Sanitarista*.

O Modelo Médico-Assistencial Privatista volta-se para a “Demanda Espontânea” dos serviços de saúde e reforça a atitude dos indivíduos de só procurarem pelo serviço de saúde quando se sentem doentes. É predominantemente curativo, tende a prejudicar o atendimento integral ao paciente e à comunidade e não se compromete com o impacto sobre o nível de saúde da população.

O Modelo Assistencial Sanitarista é voltado para as “Campanhas Sanitárias” e para os “Programas Especiais”. As Campanhas Sanitárias têm um caráter geralmente temporário, requerem uma grande mobilização de recursos e dispõem de uma administração centralizada. É como um trabalho de bombeiros do tipo apagar incêndio. As campanhas

têm sido consideradas um mal necessário, pois se por um lado desestruturam os serviços locais de saúde em suas rotinas, nos períodos em que antecedem e sucedem à sua realização, por outro lado têm sido utilizadas para enfrentamento de problemas de saúde que a rede serviços não conseguiu resolver. Os Programas Especiais conformam um conjunto de atividades visando a objetivos bem definidos, geralmente possuem uma administração única e vertical, de modo que atravessam estabelecimentos e serviços de saúde de forma individualista e fragmentada. Têm caráter mais permanente do que as campanhas, porém possuem dificuldades de integração com as outras atividades dos serviços de saúde.

Programa é a determinação a priori de uma seqüência de ações tendo em vista um objetivo. O programa é eficaz em condições externas estáveis, que possam ser determinadas com segurança. Mas as menores perturbações nessas condições desregulam a execução do programa e o obrigam a parar (MORIN, 2004).

Diante da baixa resolutividade, ineficiência e ineficácia desses modelos assistenciais, com a nova Constituição Federativa do Brasil e com as Leis Orgânicas da Saúde, surgiram novos modelos assistenciais alternativos. Os modelos assistenciais alternativos visam à integralidade da atenção, o acesso universal e igualitário às ações e serviços, uma rede regionalizada e hierarquizada, a descentralização, a participação da comunidade e o impacto sobre os problemas de saúde.

Ocorre então a transição do modelo assistencial em que predominavam a demanda espontânea e os programas especiais, para um modelo advindo com o SUS onde predomina a “Oferta Organizada”. Esse novo modelo requer uma mudança na organização e no funcionamento de instituições, atentando-se fundamentalmente para as necessidades de saúde da população num dado território, proporcionando uma oferta organizada em função dos principais agravos e grupos populacionais prioritários e, conseqüentemente, uma reorientação da demanda.

A oferta organizada tende a superar as formas de organização da produção de ações de saúde ainda vigentes, porém para que isto se torne possível requer um planejamento compatível com um processo de descentralização em que os níveis intermediários e locais (nível técnico-operacional) do sistema de saúde teriam autonomia relativa para formular planos operativos e adequar as normas em função de cada situação de saúde e elaborar outras não previstas pelo nível central (nível técnico-administrativo).

Esse planejamento deve ser incorporado ao cotidiano das instituições de saúde, de forma a garantir certa racionalidade no uso de recursos, o alcance dos objetivos definidos e a participação dos segmentos sociais interessados. Desse modo uma unidade local de saúde pode se organizar de modo a atender tanto a demanda espontânea quanto a oferta organizada.

A necessidade de conceber e elaborar propostas mais integrais que orientem as intervenções de saúde tem conduzido à proposição de concepções, operações e ações de Vigilância da Saúde. As distintas vertentes do debate sobre Vigilância iniciam-se nas variações terminológicas como “Vigilância em Saúde”, “Vigilância à Saúde” e “Vigilância da Saúde”. Todas as vertentes têm como eixo comum a abertura da Vigilância da Saúde para a epidemiologia no que se refere à sua contribuição na análise dos problemas de saúde, no planejamento e organização dos sistemas e serviços (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

A **Vigilância em Saúde** é definida como: “Um conjunto de ações que proporciona conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” ou “Informação para a ação”. Baseia-se nos princípios da Vigilância epidemiológica visando *“acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde na comunidade (...) aprimorar medidas de controle (...) coleta sistemática de dados (...) avaliação e disseminação [das informações]...”* (GONDIM, 2002).

A **Vigilância à Saúde** é tomada como um processo mais amplo, de construção social de um novo sistema de saúde com mudanças. Tem como base a concepção do processo saúde-doença, o

paradigma sanitário, a prática sanitária e a ordem governativa da cidade (GONDIM, 2002).

A **Vigilância da Saúde** no Brasil pode ser vista de acordo com as seguintes visões:

- Vigilância da Saúde equivalendo à Análise de Situações de Saúde. Esta aceção restringe o alcance da proposta ao monitoramento da situação de saúde, não incorporando ações voltadas ao enfrentamento dos problemas, limitando-se aos procedimentos de análise, cálculo, interpretações e recomendações.
- A outra concepção traz a Vigilância da Saúde como tentativa de integração institucional entre as áreas da vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, saúde ambiental, saúde ocupacional e laboratório de saúde pública. Esta proposta vem se concretizando desde a primeira metade da década de 90 através da criação dos Departamentos de Vigilância em Saúde e, atualmente, com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde no Brasil.

Essas visões empobrecem a Vigilância da Saúde que, ao contrário delas, uma terceira, apóia-se na ação intersetorial e procura reorganizar as práticas de saúde no nível local com as seguintes características básicas: intervenção sobre os problemas de saúde; ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; utilização do conceito epidemiológico de risco; articulação entre ações de promoção, prevenção e curativas; atuação intersetorial; ações sobre o território e intervenção sob a forma de operações.

A sua operacionalização aponta na direção de superação da dicotomia entre as chamadas práticas coletivas (vigilância epidemiológica e sanitária) e as práticas individuais (ambulatorial e hospitalar) através da incorporação das contribuições da nova geografia, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde, tendo como suporte político-institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde ao nível local (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Em sua concepção ampla, baseada no diagrama proposto por Paim (1999), a Vigilância da Saúde é definida como:

“Visão ampliada do conceito de saúde e da formulação de modelos de interpretação dos determinantes, riscos, agravos e danos à luz da moderna epidemiologia, articulando-os em um esquema operacional que resgata e amplia o modelo clássico da História Natural das Doenças, incorporando desde as ações sociais organizadas pelos distintos atores até as ações específicas de prevenção de riscos e agravos, bem como de recuperação e reabilitação dos doentes” (VILASBÔAS et al, 2003).

A figura 1 apresenta o esquema elaborado por Paim que representa a Vigilância da Saúde. Observa-se que esse modelo incorpora intervenções sanitárias de caráter individual e coletivo, abordando o controle de causas, o controle de riscos e o controle de danos. A partir desse diagrama pode-se pensar em um conjunto de ações programáticas e o desenvolvimento de uma oferta organizada em unidades de saúde,

bem como a formulação de políticas públicas e a intervenção social organizada sobre a situação de saúde.

Figura 1 – Diagrama da Vigilância da Saúde proposto por Paim (1994).

Fonte: Paim (1994).

A maioria das ações em saúde volta-se para o **controle de danos**, o qual se expressa em *casos* que culminam em *mortes*, *seqüelas* ou *curas*, conforme demonstrado no diagrama. No caso das doenças transmissíveis destaca-se a presença da vigilância epidemiológica a qual está associada à assistência médico-hospitalar, no sentido de recuperar os doentes, evitar as seqüelas e as mortes.

Numa fase anterior ao aparecimento dos casos, temos os *indícios de danos*, porém nesta fase os indivíduos encontram-se assintomáticos e sua descoberta requer ações que visem ao diagnóstico precoce por meio de consulta médica, rastreamento e exame periódico de saúde. No caso das doenças transmissíveis a vigilância epidemiológica deve atuar neste momento através da investigação de contatos e busca de casos.

Anterior à fase de indício dos danos seria possível detectar *indícios de exposição*. Os indivíduos expostos a determinadas condições seriam considerados suspeitos e a área em que vivem seriam consideradas áreas de risco. Para identificar indícios de exposição seria necessária a aplicação de instrumentos como questionários e visitas domiciliares de forma sistematizada, superpondo-se as ações de vigilância epidemiológica com as de vigilância sanitária, saúde ocupacional e saúde ambiental.

A Vigilância da Saúde dentro das ações dos serviços de saúde também trabalha com o **controle de riscos**, porém ainda de forma secundária em relação ao controle de danos. Identifica-se nesta fase o

momento da *exposição*, na qual o agente ou a falta dele influem sobre o indivíduo ou sobre a população. Neste momento devem ser investigados: as fontes de infecção, modos de transmissão e intoxicação, os expostos e os grupos de risco. Isso requer conhecimentos da epidemiologia aliados às ações de proteção da saúde.

Antecedendo a exposição existe o próprio risco. Para a epidemiologia risco implica a idéia de probabilidade, de chance, com base em estudos epidemiológicos. Já para o senso comum risco corresponde à idéia de perigo, geralmente associada a uma experiência pessoal ou coletiva. Uma terceira acepção de risco representa o estabelecimento de uma norma jurídico-administrativa para a proteção dos indivíduos e da coletividade, nem sempre cientificamente fundamentada. Podem-se identificar riscos reais e potenciais, assim como fatores, condições, situações e áreas de risco. Neste momento a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária encontram-se muito presentes, realizando ações de proteção à saúde de modo a atender ao seu objetivo final, o controle de *riscos*.

Os riscos constituem também problemas de saúde e expressam parcialmente *necessidades sociais de saúde* que lhes antecedem. Essas necessidades são condicionadas pelo modo de vida dos grupos sociais, definidos pela estrutura social. Portanto, devem ser considerados os determinantes estruturais e socioambientais do modo de vida e das necessidades sociais de saúde. Neste momento as intervenções visam ao **controle das causas** e geralmente ultrapassam as

possibilidades e atribuições do setor saúde. Exigem políticas públicas transeitoriais aplicadas através de ações de promoção da saúde utilizando-se conhecimentos provenientes da economia, da política, da sociologia, da pedagogia, da antropologia, da ecologia, do marketing, etc.

A figura 2 mostra a relação da Vigilância da Saúde com outras propostas de modelos de atenção e organização de serviços, segundo proposto por Teixeira, Paim e Vilasbôas em 1998.

Figura 2 – Vigilância da Saúde e outras propostas alternativas de modelos de atenção e de organização de serviços.

Fonte: Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998, p.).

A Vigilância da saúde propõe a incorporação de novos sujeitos, extrapolando o conjunto de profissionais e trabalhadores de saúde, ao envolver a população organizada, o que corresponde à ampliação do objeto que abarca, além das determinações clínico-epidemiológicas no âmbito individual e coletivo, as determinações sociais que afetam os distintos grupos populacionais em função de suas condições de vida (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 2002).

O planejamento da Vigilância da Saúde tem como ponto de partida a Territorialização do município, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território do município segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde. O propósito fundamental do processo de territorialização é permitir a definição de prioridades em termos de problemas e grupos, o mais aproximadamente possível, o que se refletirá na definição das ações mais adequadas, de acordo com a natureza dos problemas identificados e, conseqüentemente, em um maior impacto sobre os níveis de saúde e condições de vida (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

A adoção da Vigilância da Saúde enquanto eixo da reorientação do modelo assistencial do SUS aponta caminhos para a superação da crise do sistema de saúde que levam em conta a realidade de cada município, tanto do ponto de vista cultural, quanto do ponto de vista social, epidemiológico e sanitário.

A Busca de SR insere-se no contexto da Vigilância da Saúde na medida em que possibilita de forma imediata a detecção precoce dos

casos de tuberculose, atuando no momento de indício dos danos, possibilitando, assim, o controle dos danos. Atua também na fase de controle dos riscos, pois ao mesmo tempo em que detecta precocemente os casos de tuberculose, possibilita a proteção à saúde de outros indivíduos.

3. Percurso Metodológico

O presente estudo constitui parte de uma pesquisa realizada pela Área de Estudos Operacionais da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB), cujo objetivo foi analisar o processo de implantação da estratégia DOTS em algumas regiões do Brasil.

Trata-se de um estudo exploratório, o qual permite conhecer ou aumentar o conhecimento em torno de um dado problema, de modo a estabelecer hipóteses de investigações para outros tipos de pesquisas ou mesmo propor estratégias de intervenções em determinadas situações (TRIVIÑOS, 1992).

Para a realização deste estudo optou-se pela utilização da abordagem metodológica qualitativa, que, de acordo com Turato (2005) não busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas, tornando-se indispensável assim saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas.

Triviños (1995) argumenta ainda que a pesquisa qualitativa está impregnada de significados que o ambiente lhe outorga sendo produto de uma visão subjetiva e que intenta não só a aparência do fenômeno, como também sua essência.

3.1. Campo de Estudo

O campo de estudo refere-se ao recorte espacial estudado pelo pesquisador. Este estudo tem como campo geral o Estado de São Paulo e, especificamente, os 36 municípios prioritários eleitos para o controle da tuberculose do Estado. São eles: Barueri, Bauru, Bertiooga, Campinas, Caraguatatuba, Carapicuíba, Cubatão, Diadema, Embu, Franco da Rocha, Guarujá, Guarulhos, Itanhaém, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jacareí, Jundiaí, Mauá, Moji das Cruzes, Osasco, Piracicaba, Praia Grande, Ribeirão Preto, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São José do Rio Preto, São José dos Campos, São Paulo, São Sebastião, São Vicente, Sorocaba, Suzano, Taboão da Serra, Taubaté, Ubatuba.

3.1.1. O Estado de São Paulo

O Estado de São Paulo fica no sudeste da Região Sudeste, fazendo fronteiras ao Norte e Nordeste com Minas Gerais, Sul com Paraná, Nordeste com Rio de Janeiro, Leste com Oceano Atlântico e Oeste com Mato Grosso do Sul. Tem uma extensão territorial de aproximadamente 248.808,8 km², ocupando 2,91% do território do país (BRASIL REPÚBLICA, 2005).

No que se refere ao relevo apresenta planície litorânea limitada pela Serra do Mar, com planaltos e depressões no resto do

território. A maior parte do território paulista pertence à bacia do Rio Paraná, onde se destacam uns de seus formadores, o Rio Grande, além de afluentes como o Rio Tietê e o Parapanema.

No aspecto político-administrativo, o Estado de São Paulo é dividido em 645 municípios, distribuídos em 42 regiões do Governo, 14 regiões Administrativas e três regiões metropolitanas (Região Metropolitana de São Paulo, Região Metropolitana da Baixada Santista e Região Metropolitana de Campinas) (SÃO PAULO, 2005).

Os municípios em torno da cidade de São Paulo formam a maior área metropolitana do país. A Região Metropolitana de São Paulo, formada por 39 municípios, abriga cerca de 50% da população e responde por 53% da produção industrial do Estado (BRASIL REPÚBLICA, 2005).

Além dessas bases territoriais há outros recortes regionais, para atender a necessidades estratégicas de gestão de determinados órgãos públicos ou Secretarias de Estado, constituindo diferentes agregações. A Secretaria de Estado da Saúde, por exemplo, tem sua ação regionalizada em 24 Direções Regionais de Saúde (DIR) (SÃO PAULO, 2005).

São Paulo apresenta-se com uma população de aproximadamente 40.442.820 habitantes, sendo um dos Estados mais populosos do país com uma densidade populacional de 148,83 habitantes/km², contra uma média nacional de 20 habitantes por km² (BRASIL REPÚBLICA, 2005).

Constitui-se num dos maiores centros industriais da América Latina, caracterizando-se pela alta concentração de indústrias, as mais diversificadas, encontrando-se também no Estado o maior centro agropecuário brasileiro (BRASIL REPÚBLICA, 2005).

O Estado teve um PIB no ano 2002 de R\$ 438.148,30 milhões, com uma participação de 32,55% no valor bruto no Brasil, sendo considerado como um dos maiores centros financeiros na América do Sul, respondendo seu parque industrial por 10% da indústria nacional, e o comércio, que conta com dezenas de shoppings, recebendo compradores de vários Estados (SÃO PAULO, 2005).

Destaca-se que 94% dos domicílios estão localizados na área urbana, sendo que 81,7% dispõem de sistema de saneamento básico (SÃO PAULO, 2005).

No ano de 2002, a taxa de analfabetismo aproxima-se de 6,1%, a mortalidade infantil de 26,4 por 1000 nascidos vivos e a taxa de mortalidade geral girava em torno de 0,6 por 1.000 habitantes, apresentando uma das maiores taxas de mortalidade do país (BRASIL REPÚBLICA, 2005).

No campo da infra-estrutura em saúde, os resultados da pesquisa Assistência Médico-Sanitária – AMS2 apontaram, em 2002, a existência de 65 mil estabelecimentos em atividade no país. Destes, 14% encontram-se no Estado de São Paulo, sendo 962 com internação, 6.385 sem internação e 2.037 exclusivamente de serviços de apoio à diagnose e terapia. Em relação a 1999, data do último levantamento, observa-se

redução (7,2%) entre os estabelecimentos com internação – tendência também verificada para o país, porém em menor escala. Em contrapartida, cresceu o número de unidades que não realizam internações (4%), fenômeno associado à progressiva mudança do modelo assistencial, que favorece o atendimento em unidades ambulatoriais, especialmente com os incentivos destinados à ampliação da atenção básica de saúde (SÃO PAULO, 2005).

No Estado de São Paulo, o gasto público em saúde no ano de 2004 foi de R\$ 11,8 bilhões, custeado pelos governos federal (R\$ 4,3 bilhões), estadual (R\$ 3,5 bilhões) e municipais (R\$ 4 bilhões), representando um gasto em saúde de R\$ 308,9 por habitante/ano. Assim como verificado para o total do Brasil, houve, em São Paulo, uma retração da participação percentual do gasto federal no financiamento dessa política (SÃO PAULO, 2005).

No que se refere ao desemprego, diante da insuficiência na geração de novas ocupações, em 2002, a taxa anual média sofreu expressivo crescimento, passando de 17,6% para 19,0% da População Economicamente Ativa (PEA), após ter permanecido estável no ano anterior (SÃO PAULO, 2005).

Trata-se do segundo patamar mais elevado desde 1985, inferior apenas ao observado em 1999 (19,3%). Estima-se o contingente de desempregados em 1.788.000 pessoas na Região Metropolitana de São Paulo (SÃO PAULO, 2005).

A ampliação de 8,0% nesse indicador em relação a 2001 correspondeu ao acréscimo de 166.000 pessoas no contingente de desempregados da região. Esse movimento decorreu do fraco desempenho da geração de novas ocupações no período em análise (29.000), insuficiente para atender as 195.000 pessoas que ingressariam no mercado de trabalho regional (SÃO PAULO, 2005).

Em 2002, houve crescimento da taxa de desemprego para todos os níveis de instrução. Ressalta-se que tal comportamento foi mais acentuado entre as pessoas com maior escolaridade: aquelas com ensino médio completo e superior incompleto (16,6%) e as pessoas com ensino superior completo (16,1%) (SÃO PAULO, 2005).

Entre os desempregados com experiência anterior de trabalho, a participação daqueles com o ensino médio completo e superior incompleto cresceu de 25,2%, em 2001, para 29,0%, em 2002, e a daqueles com ensino superior completo passou de 3,7% para 3,9%, no mesmo período (SÃO PAULO, 2005).

Entre 2001 e 2002, o tempo médio despendido na procura por um novo trabalho entre os desempregados aumentou de 48 para 51 semanas, superior em 23 semanas ao observado em 1997. A porcentagem de desempregados com mais de um ano nesta condição aumentou de 22,3%, em 2001, para 24,1%, em 2002 (SÃO PAULO, 2005).

Com relação à tuberculose, São Paulo é o Estado com os maiores números absolutos de casos da doença no Brasil. No gráfico 2 estão apresentados os números absolutos e coeficientes de incidência de TB no Estado.

Gráfico 2 – Distribuição do número de casos novos de tuberculose e coeficientes de incidência no Estado de São Paulo nos anos de 1998 a 2004.

Fonte: SES São Paulo, EPI-TB.

O gráfico 3 mostra indicadores de resultados de tratamento de TB no Estado. Observa-se que, do ano de 1998 para 2003, houve queda da porcentagem de abandono, óbito e transferência, ao mesmo tempo em que aumentou a porcentagem de cura. Houve também aumento na porcentagem de casos sem informação, e isso pode estar relacionado ao não encerramento dos bancos de dados de TB no Estado.

Gráfico 3 – Distribuição dos resultados de tratamento no Estado de São Paulo nos anos de 1998 e 2003.

Fonte: SES São Paulo, EPI-TB.

3.1.2. Os Trinta e seis municípios prioritários do Estado de São Paulo

No Plano Emergencial de 1997, foram eleitos 25 municípios prioritários para o controle da tuberculose no Estado de São Paulo. Estes municípios foram acrescidos de mais 11 municípios prioritários contemplados pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo em virtude de sua relevância com relação aos indicadores da tuberculose.

Gráfico 4 Número populacional dos municípios prioritários com menos de 1 milhão de habitantes no Estado de São Paulo (2005)

Fonte: DATASUS.

No ano de 2005, dos trinta e seis municípios prioritários, apenas 3 municípios apresentam-se com uma população acima de 1 milhão de habitantes, sendo eles: Campinas com aproximadamente 1.045.707, Guarulhos com 1.251.178 e São Paulo com 10.927.985 habitantes, e a maioria restante, abaixo desse numero (Gráfico 4).

Em relação à alfabetização, podemos observar no Gráfico 5, que em municípios como Itaquacetuba, a taxa chega a 76%, quando a média para os trinta e seis municípios prioritários é de 83,6%.

Gráfico 5 - Proporção de indivíduos alfabetizados nos 36 municípios prioritários do Estado de São Paulo (2000)

Fonte: SEADE.

Gráfico 6 - Proporção de domicílios com rede geral de esgoto nos Municípios prioritários do Estado de São Paulo no ano de 2000.

Fonte: SEADE.

No que se refere à presença de rede geral de esgoto, verifica-se no gráfico 6 que em municípios como Bertioga, Ubatuba, Caraguatatuba e São Sebastião, correspondente a cidades praianas, há um percentual de cobertura abaixo de 35%.

Dessa forma foram apresentadas as principais características sócio-demográficas dos municípios prioritários, a fim de possibilitar a visualização do cenário no qual as ações de controle da TB vem sendo desenvolvidas.

A seguir são apresentados dados referentes aos indicadores de Tuberculose em cada um desses municípios.

Quadro 2 – Distribuição dos municípios prioritários para o controle da tuberculose do Estado de São Paulo de acordo com indicadores da doença para casos pulmonares com baciloscopia positiva, em 2004.

	Coeficiente de incidência	Êxito de tratamento	% Abandono	% Óbito
Barueri	22,5	80,4	9,3	3,7
Bauru	20,4	76,8	11,6	2,9
Bertioga	50,6	94,7	5,3	0
Campinas	48,3	46,3	8,7	9,6
Caraguatatuba	61,5	87,3	7,3	1,8
Carapicuíba	27,1	84	0	0
Cubatão	67,7	83,3	2,6	7,7
Diadema	27,2	80,6	5,8	6,8
Embu	15,3	97,1	2,9	0
Franco da Rocha	32,4	89,5	2,6	2,6
Guarujá	38,3	80	8,2	0,9
Guarulhos	25,1	82,6	8,1	5
Itanhaém	38,8	87,5	0	9,4
Itapevi	29,8	76,4	10,9	10,9
Itaquaquecetuba	23,7	85,3	0	1,3
Jacareí	21,2	81,4	0	7
Jundiaí	18,4	66,1	8,1	12,9
Mauá	16,1	79,4	4,8	0
Mogi das Cruzes	22,9	92,6	3,7	2,47
Osasco	21,8	77,3	11,3	4,7
Piracicaba	30,6	84,1	4,7	10,3
Praia Grande	45,5	81,2	12,9	3

Ribeirão Preto	19,1	69,6	2	20,6
Santo André	15,4	82,4	4,9	3,9
Santos	46,9	72,4	13,3	5,1
São Bernardo do Campo	17,4	84,1	3,8	9,1
São José do Rio Preto	11,8	80,4	4,3	13
São José dos Campos	17,1	88,9	2	5,1
São Paulo	29,7	65,1	10,7	5,9
São Sebastião	45,7	61,3	12,9	6,5
São Vicente	46,9	83,9	10,1	2,7
Sorocaba	22,2	80	8,3	6,7
Suzano	18,3	100	0	0
Taboão da Serra	16,7	94,9	0	4,7
Taubaté	17,7	84,8	2,2	8,7
Ubatuba	37,5	89,3	7,1	3,6

Fonte: SES São Paulo, EPI-TB.

3.2. Instrumentos de coleta de dados

Para atender aos objetivos propostos da pesquisa foi utilizada como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada **(APÊNDICE 1)**, técnica que combina perguntas abertas e fechadas, onde os entrevistados podem discorrer sobre a investigação mencionada (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 1999).

A escolha da entrevista foi devido ao fato de fornecer informações mais profundas sobre a realidade, evidenciando valores e

opiniões dos coordenadores ou membros de coordenação enquanto um dos atores sociais envolvidos com o tema.

Segundo Minayo (1994), a entrevista:

[...] é um instrumento privilegiado de coleta de informações, é a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir através de um porta voz, as representações de um grupo determinado em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (p.109-110).

Para Triviños (1990):

[...] a entrevista semi-estruturada parte de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, relacionados ao problema a ser investigado, oferecendo, em seguida, grande campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas dos informantes (p.146).

O entrevistado passa a participar da elaboração do conteúdo da pesquisa à medida que expõe sua linha de pensamento e suas experiências, de acordo com o enfoque colocado pelo pesquisador.

A entrevista tem como eixo perguntas visando apreender o ponto de vista dos entrevistados sobre o tema em questão. Minayo (1994) coloca que o roteiro torna-se um “instrumento orientador de uma conversa com finalidade, facilitando a abertura, ampliando e aprofundando a comunicação”.

O instrumento de coleta de dados utilizado nesta pesquisa foi parte daquele utilizado no Projeto Nacional “**Situação da Implantação**

do DOTS em algumas regiões do Brasil: Histórico e peculiaridades de acordo com as características regionais”. Assim, torna-se pertinente destacar os diferentes períodos da elaboração do mesmo.

Para a definição da metodologia e construção dos instrumentos de coleta de dados foram realizadas reuniões que contaram com a presença dos membros das Áreas de Estudos Epidemiológicos e Operacionais da REDE-TB e representantes do Projeto DOTS Nacional de todo o país.

Em janeiro de 2005 iniciou-se a discussão sobre o **Projeto DOTS Nacional** em Ribeirão Preto. Após a discussão inicial, foi realizada uma segunda reunião no mês de fevereiro na sede da REDE-TB em Ribeirão Preto-SP, contando com a participação da coordenação estadual do PCT, onde foram discutidos os objetivos do estudo. No mesmo mês, houve uma segunda reunião, da qual participaram membros das Áreas de Estudos Epidemiológicos e Operacionais da REDE-TB, a coordenação estadual do PCT e uma representação da OPAS para discussão da metodologia do estudo.

Os instrumentos preliminares foram previamente elaborados e, em virtude da necessidade de adequação dos mesmos às realidades locais, foram realizadas visitas e reuniões científicas. Do dia 02 a 05 de maio, membros do projeto realizaram a primeira visita científica ao município de Recife-PE com a colaboração da coordenação do PCT do município. Participaram de reuniões locais com representantes do PCT de

todo o município, a fim de conhecer a realidade e os bancos de dados do PCT em Recife, e trazer contribuições para elaboração do instrumento de coleta de dados.

Em 30 de maio de 2005, foi realizada a segunda visita científica com a coordenação estadual do PCT na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, no município de São Paulo para discussão do instrumento de coleta de dados, o qual foi discutido, sendo levantadas sugestões para seu aprimoramento. Nesta mesma reunião houve participação da coordenação na organização da etapa de coleta de dados no Estado de São Paulo. Foi enviado aos Secretários Municipais dos municípios do Estado de São Paulo um documento explicativo sobre o projeto de pesquisa e a importância da colaboração para a realização do mesmo.

No intuito de construir o instrumento, realizou-se uma reunião científica na sede da REDE-TB, situada no campus da USP em Ribeirão Preto, que ocorreu no mês de junho de 2005, e contou com a participação de pesquisadores e profissionais de saúde dos Estados do Rio Grande do Sul, São Paulo, Paraíba, Pernambuco, e dos municípios: Rio de Janeiro, São José do Rio Preto e Ribeirão Preto. A reunião científica aconteceu por dois dias, resultando finalmente na consolidação do instrumento de coleta de dados definitivo a ser utilizado no estudo. Destaca-se o empenho da equipe em garantir o resgate das diferentes realidades dessas regiões nos instrumentos de pesquisa.

3.3. Seleção dos entrevistados

Em relação à amostra de entrevistados, Minayo (1996) observa que a composição da amostra em pesquisa qualitativa é dada pela representatividade da complexidade do objeto em estudo e não pela representatividade numérica, podendo haver inclusões de sujeitos até que se estabeleça uma análise adequada do problema. Diante do exposto, devemos esclarecer que foi entrevistado o maior número de sujeitos possível, no intuito de atender ao objetivo proposto da pesquisa.

Participaram da pesquisa membros de coordenação dos PCTs dos municípios prioritários do Estado de São Paulo, no ano de 2005, por estes estarem diretamente envolvidos com as atividades de controle da tuberculose e serem membros representantes dos municípios estudados.

Obedeceu-se aos seguintes critérios de inclusão:

1. Ser coordenador ou membro de coordenação de PCT em um município prioritário para o controle da TB no Estado de São Paulo;
2. Estar no exercício de suas funções;
3. Consentir em participar da pesquisa, através de assinatura do termo de consentimento livre-esclarecido.

3.4. Coleta dos dados

No intuito de viabilizar a coleta de dados e facilitar a aproximação com os sujeitos a serem entrevistados, foi estabelecido

contato prévio com a coordenação estadual do PCT. A entrevista foi então agendada com a coordenação estadual para ser realizada por ocasião das reuniões para Avaliação do PCT dos municípios prioritários do Estado de São Paulo. Estas reuniões ocorreram em hotéis nas cidades de São Paulo, Bauru e Campinas, em dias consecutivos do mês de junho de 2005. Durante as reuniões, em momentos determinados pela coordenação estadual, os sujeitos a serem entrevistados eram informados sobre a entrevista, pela própria coordenação estadual e, ao aceitarem participar da pesquisa, eram entrevistados. Participaram como entrevistadores, pesquisadores do Projeto DOTS Brasil, que obtiveram treinamento prévio, em conjunto, para a realização da entrevista. Eram entrevistados até seis coordenadores num único momento, pelo número de entrevistadores e salas disponíveis.

No total, foram 22 entrevistados que se dispuseram a participar do estudo, do esperado de 36 municípios. Isso ocorreu devido à ausência dos representantes dos outros municípios na reunião agendada.

No início de cada entrevista foi explicitado o objetivo da pesquisa, com a finalidade de buscar maior aproximação entre entrevistador e informante, porque “o começo da entrevista é marcado por incertezas originadas tanto no espírito do informante como do pesquisador” (TRIVIÑOS, 1990, p.149). Foi também lido o termo de consentimento livre-esclarecido (**APÊNDICE F**), assinado antes do início da entrevista.

As entrevistas foram gravadas, após aquiescência dos entrevistados em gravador digital ou gravador portátil com fita cassete para captar os conteúdos exatos das respostas dadas. É importante ressaltar que somente foram gravadas as entrevistas, mediante consentimento dos entrevistados.

O tempo de cada entrevista foi entre 20 e 40 minutos. “Em geral, a duração da entrevista é flexível e depende das circunstâncias que rodeiam principalmente o informante e o teor do assunto em estudo” (TRIVIÑOS, 1990, p.146).

3.5. Análise dos dados

De acordo com Minayo (1994), várias técnicas têm sido desenvolvidas, buscando-se atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo. No caso, optamos pela técnica de análise de conteúdo, modalidade temática.

Esta técnica consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 1979). Além de buscar respostas para questões com essa técnica, pode-se caminhar na direção da descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que se analisa (GOMES, 1994).

O agrupamento de núcleos de sentido permite a eleição de Unidades Temáticas.

Segundo Minayo (1999), a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, se desdobra em três etapas básicas.

A **primeira etapa**, que constitui a fase de pré-análise tem por objetivo organizar as idéias iniciais, ou seja, estabelecer um plano de análise. Iniciou-se pela transcrição das entrevistas gravadas e organização do material. Após, foram realizadas leituras flutuantes do material, no propósito de conhecer aos poucos o conteúdo das entrevistas.

A **segunda etapa** constitui-se na exploração do material. Num processo de aprofundamento horizontal e vertical, destacaram-se as unidades de registro e a temática em relevo que foi se conformando, pela recorrência dos dados. Em seguida, procurou-se articular entre as falas, conteúdos convergentes, divergentes e que se repetiam, recortando os extratos das falas em cada um dos núcleos de sentido identificados. Esta conformação permitiu eleger as **Unidades Temáticas** contidas no conjunto de falas, refazendo o movimento classificatório. Esta etapa foi realizada em grupo, através de diversas reuniões entre membros do projeto de pesquisa durante um mês.

Esta etapa possibilitou a realização de uma prévia contextualização através da **Organização da Busca de Sintomáticos Respiratórios** e a determinação dos seguintes Núcleos de Sentido: “O

envolvimento dos profissionais de saúde nas ações de Busca de Sintomáticos Respiratórios”; “Estratégias utilizadas para as ações de Busca de Sintomáticos Respiratórios” e “A retaguarda Laboratorial e a Busca de Sintomáticos Respiratórios”. Esses núcleos de sentido permitiram a definição da Unidade Temática: ***A Busca de Sintomáticos Respiratórios sob a óptica dos coordenadores/membros de coordenação dos PCTs.***

Na **terceira etapa** ou etapa de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, ocorreu a análise propriamente dita dos dados. Realizou-se a inferência e interpretação a partir da fundamentação teórica, permitindo validar as informações obtidas nas fases anteriores.

Procurou-se aprofundar a reflexão dos discursos com a teoria, na tentativa de desvendar o “conteúdo latente” que eles possuem, não se prendendo exclusivamente ao “conteúdo manifesto”, o que pode possibilitar segundo Triviños (1990), “descobrir ideologias, tendências etc., das características dos fenômenos sociais” (p.162).

4. Resultados e Discussão

A análise das entrevistas possibilitou uma prévia contextualização através da *Organização da Busca de Sintomáticos Respiratórios* e a determinação dos seguintes Núcleos de Sentido: “O envolvimento dos profissionais de saúde nas ações de Busca de Sintomáticos Respiratórios”, “Estratégias utilizadas para as ações de Busca de Sintomáticos Respiratórios” e “A retaguarda Laboratorial e a Busca de Sintomáticos Respiratórios”. Esses núcleos de sentido permitiram a definição da Unidade Temática: *A Busca de Sintomáticos Respiratórios sob a óptica dos coordenadores/ membros de coordenação dos PCTs*.

A análise dos dados será apresentada a partir da contextualização da *Organização da Busca de Sintomáticos Respiratórios* e dos Núcleos de Sentido que representam a Unidade Temática, destacando-se depoimentos dos entrevistados que descrevem sua percepção com relação à Busca de SR.

4.1. Contextualização: A Organização da Busca de Sintomáticos Respiratórios nos municípios prioritários para o controle da tuberculose do Estado de São Paulo

A organização da Busca de SR envolve sua forma de realização, local de realização e pessoal responsável por sua realização. Quanto à forma de realização da Busca de SR é considerada como a Busca está inserida nas atividades dos serviços de saúde, podendo ser como atividade de rotina nas unidades, atividade realizada em mobilizações ou campanhas ou ainda outras formas peculiares a cada município. Em relação ao local de realização da Busca de SR consideram-se os serviços de saúde responsáveis por essa atividade, podendo ser eles as unidades básicas de saúde, um determinado ambulatório de referência ou Programa Saúde da Família/ Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Quanto ao pessoal responsável pelas atividades de Busca de SR, identifica-se se há pessoal determinado para a realização dessa atividade ou se ela é de responsabilidade de todo o pessoal das unidades.

4.1.1. Forma de realização da Busca de SR:

Gráfico 7 - Distribuição da forma de realização da Busca de SR para o controle da TB nos municípios prioritários do Estado de São Paulo, 2005

Segundo os coordenadores/ membros de coordenação que participaram do estudo, a Busca de Sintomáticos Respiratórios no Estado de São Paulo é realizada predominantemente como rotina nas unidades (40%) e através de mobilizações (18%). No entanto a Busca ainda é incipiente, a rotina se focaliza mais fortemente na demanda espontânea dos serviços de saúde.

A forma como a Busca de SR é realizada na rotina dos serviços de saúde demonstra a atual presença marcante do modelo assistencial baseado na “demanda espontânea”. Este modelo baseia-se na hipótese de que se espera que o indivíduo com Tuberculose procure pelo serviço de saúde ao perceber algum sinal ou sintoma da doença. É importante destacar que a tosse muitas vezes não é valorizada pelo

doente e nem tampouco pela equipe de saúde. Em muitos casos ao se realizar o diagnóstico de Tuberculose evidencia-se que o paciente já percorreu diversos serviços de saúde, sem que fosse feita suspeita clínica.

O modelo a ser construído, como proposto pelo SUS, prevê que os serviços estejam voltados para as necessidades de saúde, e os principais problemas devem ser identificados na comunidade orientando uma “oferta organizada” (ou programada) no nível local. A “oferta organizada” tende a superar as formas de organização da produção de ações de saúde como campanhas, programas especiais e as voltadas para a “demanda espontânea”. No caso da TB privilegia-se a detecção precoce e o tratamento oportuno mediante a Busca de SR na demanda espontânea e na comunidade, enfocando principalmente locais fechados como asilos, presídios, dentre outros (PAIM, 2003).

Ainda é difícil chegar à incorporação dessa atividade na rotina dos serviços devido, não somente há estrutura dos serviços de saúde, mas principalmente à forma como se dá o processo nesses serviços. Observa-se no Brasil, que a estrutura do setor saúde, tanto em número de profissionais de saúde quanto de unidades de saúde, tem aumentado desde a implantação do SUS. Porém, a mudança das práticas de saúde requer também melhoria no processo de trabalho, desde a formação e capacitação de profissionais até a forma de lidar com as diferentes situações de saúde, a partir de uma visão mais integral.

O modelo de saúde vigente, ainda se pauta na supervalorização das especialidades, levando a uma prática de saúde fragmentada. A Vigilância da Saúde e a Atenção Primária à Saúde propõem um modelo de atenção que visa à integralidade tanto das ações quanto dos indivíduos e o acompanhamento contínuo de problemas de saúde, exigindo e possibilitando a mudança no processo de trabalho nos serviços de saúde.

Por outro lado, tem sido expressiva a realização desta atividade em mobilizações em virtude das campanhas programadas pelo Ministério da Saúde. É importante destacar que essas mobilizações são realizadas em respeito às diretrizes nacionais e não como estratégia proposta pelos próprios serviços de saúde.

4.1.2. Local de realização da Busca de SR:

Gráfico 8 - Distribuição dos locais de realização da Busca de SR para o controle da TB nos municípios prioritários do Estado de São Paulo, 2005

O local predominante de realização da Busca de SR, segundo os entrevistados é a Unidade Básica de Saúde (59%), sendo que alguns municípios ainda realizam esta atividade em ambulatório de referência (9%). Cabe destacar que em função do processo de descentralização das ações e dos serviços de saúde e da ampliação da cobertura de equipes de Programas Saúde da Família e Programas de Agentes Comunitários de Saúde, atualmente esta atividade também tem sido expandida minimamente para tais programas (23%), porém essa expansão permanece limitada pelo fato de que estes programas ainda possuem baixa cobertura no Estado de São Paulo. Esse panorama evidencia o processo de descentralização das ações de controle da Tuberculose, dentre elas a busca de SR, trazendo mudanças em relação ao local de realização dessa atividade, assim como na distribuição de responsabilidades para os profissionais de saúde.

De acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS, 2001), ampliam-se as ações de controle da TB como parte das ações de Atenção Básica, as quais passam a fazer parte das responsabilidades municipais. Assim os municípios passam a planejar e executar as atividades de controle da TB com autonomia, evidenciando-se o processo de descentralização política e administrativa do país. Esse fato leva à necessidade de estimular o maior envolvimento das equipes locais para a incorporação das ações de TB no seu cotidiano.

O PACS e o PSF são estratégias que têm potência para contribuir com o processo de descentralização das ações de saúde, e

dentre elas, as ações de controle da tuberculose, na perspectiva da construção e consolidação do SUS, uma vez que suas atividades têm como base o território, entendendo-se como lugar de grupos com necessidades e problemas, permitindo aos indivíduos a participação efetiva no sistema de saúde.

4.1.3. Pessoal responsável pela realização da Busca de SR:

Gráfico 9 - Distribuição do pessoal responsável pela realização da Busca de SR para o controle da TB nos municípios prioritários do Estado de São Paulo, 2005

Quanto ao pessoal responsável pela realização da Busca de SR, observa-se que na maior parte dos municípios (67%), esta atividade é de responsabilidade dos profissionais do serviço de saúde, envolvendo o médico, a equipe de enfermagem, os Agentes Comunitários de Saúde e, inclusive dentista, psicólogo e recepcionista.

De acordo com os Planos Nacionais de Controle da Tuberculose a realização das ações de Busca de SR deve ser de responsabilidade de diferentes profissionais dos serviços de saúde, sem a restrição da designação de um único profissional de saúde para realizá-las. Porém, observa-se que ainda há alguns locais em que a Busca de SR permanece sob responsabilidade de uma categoria profissional ou sob um único profissional de saúde da unidade e locais onde essa atividade permanece vinculada à consulta médica. Podem ser designados profissionais para realizar esta atividade na comunidade, porém, devem-se conscientizar os outros profissionais de que todos são responsáveis por ela da mesma forma dentro da unidade de saúde.

Exercer esta prática significa estar na direção das características da Vigilância da Saúde, em que os profissionais de saúde compartilham da responsabilidade pelas intervenções sobre os problemas de saúde, fazendo com que todos se sintam autores da proposta de trabalho.

“Nós preparamos os nossos profissionais, desde o porteiro porque a gente tem que entender que o profissional de saúde independe do cargo que ele ta ocupando... é um profissional de saúde... então é fundamental o envolvimento de todos os profissionais...” (Ent.10)

A organização da Busca de Sintomáticos Respiratórios nos leva a pensar que o modo como se organizam os serviços de saúde na Busca de SR e desperta uma série de reflexões acerca da assistência prestada. Onde já existe oferta de serviços de saúde organizados na lógica da atenção médica curativa, a introdução de novas estratégias de trabalho implica repensar o modelo de assistência, remodelar o “velho” e construir o “novo”. Nem sempre esta tarefa é fácil, pois exige da equipe uma desconstrução do trabalho produzido e disposição para o “fazer” diferente, em um cenário extra unidade de saúde que utiliza outros instrumentos de trabalho, outros saberes e formas de comunicação com a população (MUNIZ et al, 2005).

4.2. Unidade Temática: A Busca de Sintomáticos Respiratórios sob a óptica dos coordenadores/ membros de coordenação dos PCTs

4.2.1. Núcleo de Sentido 1

Envolvimento dos profissionais de saúde nas ações de Busca de Sintomáticos Respiratórios

O *envolvimento dos profissionais nas ações de Busca de SR* é considerado como a forma de participação dos profissionais no planejamento e na execução das ações de Busca de SR, para viabilizar tal atividade.

Observou-se, diante das entrevistas, que tanto o adequado envolvimento como a falta de envolvimento dos profissionais de saúde nas ações de Busca de SR estão presentes na mesma proporção. Nos locais em que há um comprometimento desses profissionais, este fato se revela como um facilitador para as ações de Busca de SR, ao mesmo tempo em que naqueles locais nos quais os profissionais não incorporam a Busca de SR como uma atividade importante para o controle da tuberculose, isto se torna uma barreira para esta atividade. Destaca-se que há municípios que apresentam unidades de saúde cujo grau de envolvimento dos profissionais é adequado e em outras unidades não.

“A dificuldade é essa mesma do funcionário não estar a fim de estar perguntando pro cliente... se ele tem tosse.” (Ent. 1)

“...nós precisávamos ter equipes diferenciadas e conscientizadas... Hoje consigo fazer com que elas entendam que há necessidade de maior busca nos seus clientes.” (Ent. 9)

“Tem exemplos bons e ruins... Nessa Unidade todos os profissionais estão envolvidos... E tem unidades que não.” (Ent. 16)

Acredita-se que muitos casos de tuberculose não estejam sendo 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 (MUNIZ et al, 2005). Isso demonstra o modelo de atenção fragmentado, que supervaloriza a especialidade, não atentando às questões de promoção e prevenção, valorizando apenas as ações curativas e, desta forma, não possibilita a co-responsabilização dos profissionais de saúde, o que culmina com a não incorporação e o não desenvolvimento das ações de Busca de SR, em contraponto ao adequado envolvimento que promove a sustentabilidade dessas ações.

A Busca de SR na demanda dos serviços requer que os profissionais estejam atentos não só com a sintomatologia, mas com o período de tempo em que decorre o aparecimento dos sintomas. Considera-se sintomático respiratório o indivíduo que apresente tosse há mais de três semanas. Este tempo foi padronizado justamente para descartar um evento agudo (MUNIZ, 2004).

Nos locais em que há PACS e PSF, identificou-se como fator fortalecedor para as ações de Busca de SR a presença destas equipes de saúde, por estarem esses profissionais mais envolvidos com ações diretamente na comunidade. Embora, como dito anteriormente, a cobertura do PACS e do PSF no Estado de São Paulo ainda seja baixa (20% segundo dados da SES-SP), tem sido identificado que estes programas representam uma possibilidade de alcance para a reorganização da atenção primária.

O Plano de Controle da Tuberculose no Brasil introduz novas possibilidades de intervenção na sua proposta de trabalho, contando com as estratégias de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. Sugere, que tal parceria pode vir a contribuir para expansão das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), pois estas estratégias têm a família e o domicílio como instrumento de trabalho. Nas visitas domiciliares dos ACS está prevista a detecção de casos entre sintomáticos respiratórios (SR) e contatos, principalmente, de casos bacilíferos e crianças. Nas unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) e nos demais serviços de saúde municipais, a busca ativa de SR e

contatos deve ser uma atitude permanente e incorporada à rotina de atividades de todos os membros das equipes de saúde (BRASIL, 2000).

“E a gente tem recurso disponível, nós temos os Agentes Comunitários de Saúde... E outra coisa que eu acho é o próprio Programa de Saúde da Família, são os facilitadores...” (Ent. 16)

A Saúde da Família traz consigo pressupostos para a mudança do modelo vigente. A Vigilância da Saúde tem, como um de seus aliados, o PSF, porém esta estratégia ainda se encontra em construção. Não se deve esperar que a Busca de SR seja apenas de responsabilidade dos PSFs e PACS, mas sim incorporá-la à prática cotidiana dos serviços de saúde e, principalmente, não entender a tosse como um sintoma a ser tratado apenas por especialistas.

4.2.2. Núcleo de Sentido 2

Estratégias utilizadas para as ações de Busca de Sintomáticos Respiratórios

Estratégias utilizadas para as ações de Busca de SR referem-se à aplicação de meios e recursos disponíveis para a realização da Busca de SR pelos municípios.

Segundo os depoimentos, os municípios utilizam diferentes estratégias com o objetivo de ampliar a Busca de SR, de acordo com suas características e disponibilidade de recursos. Estas estratégias são de caráter técnico-burocrático e educativo, tais como: Livro de SR, treinamento das equipes de saúde, carimbo/ caneta de SR e as mobilizações/ divulgações da Busca de SR. Todas as estratégias utilizadas são apontadas como fortalecedoras da Busca de SR.

As estratégias de Vigilância da Saúde podem variar de acordo com características da situação epidemiológica ou de acordo com o grau de desenvolvimento, disponibilidade de recursos e capacidade técnico-operacional das diferentes áreas geográficas, conferindo uma concepção flexível, heterogênea, baseada na própria heterogeneidade epidemiológica e sanitária existente no país (CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1990).

O Livro de SR é uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde como forma de sistematizar a Busca de SR, uma vez que possibilita organizar as informações dessa atividade. Ele contempla dados

de todos os SR examinados, desde nome, endereço, solicitação de exames e resultados desses exames, principalmente com relação à baciloscopia de escarro. Ainda está em processo de implantação no Estado de São Paulo. Porém, é ressaltado pelos entrevistados que deve ser implantada com cautela, permitindo treinamentos anteriores, incorporação da sua importância à equipe de saúde, para garantir a responsabilização dessa equipe na realização desta atividade.

“... estamos fazendo um novo treinamento que tem o livro de sintomático respiratório. Vamos ver se a gente consegue uma boa abordagem de quem vai fazer. Se não é mais uma coisa combatendo.” (Ent. 6)

“... estou mais devagar para montar o livro de sintomático respiratório, porque eu não tenho como vou ter essa resposta no livro.” (Ent. 17)

O treinamento das equipes de saúde é realizado em grande parte do Estado de São Paulo, apresentando-se como outro fator facilitador da Busca de SR. Porém para realizá-lo é necessário planejamento e estruturação. A realização desses treinamentos exige a liberação dos profissionais de saúde de seus postos de trabalho. Isto requer um remanejamento de recursos humanos que muitas vezes não é

possível aos serviços de saúde. Esta situação constitui-se num problema, pois prejudica os treinamentos quanto ao número de profissionais e a periodicidade que atingem.

“A dificuldade que eu vejo, é a do profissional. Nós acabamos de fazer um treinamento... a Unidade acaba colocando obstáculos pela falta de funcionários.” (Ent. 15)

“... tem vários treinamentos... atualmente nós estamos incluindo é... para ver a disponibilidade, de estar tirando a funcionária da unidade de saúde para gente estar reciclando...” (Ent. 19)

Para que os treinamentos sejam mais eficazes e atinjam o maior número de profissionais, é necessário rever a forma como são realizados e refazer novas propostas, condizentes com a realidade dos serviços de saúde e mais integradas entre as diferentes equipes de PCT, PSFs, PACS e equipes de unidades básicas.

O carimbo ou a caneta é uma estratégia utilizada como forma de integrar diferentes especialidades de uma mesma unidade de saúde. Todas as especialidades da unidade de saúde possuem o carimbo ou a caneta contendo um dizer como “Tuberculose” ou “DOTS”. Assim o profissional de saúde de qualquer especialidade interroga o paciente

sobre a presença de tosse, carimba a ficha de atendimento desse paciente e, se necessário o encaminha para o Programa de Controle da Tuberculose.

Esta estratégia é vista como uma maneira de conscientizar os profissionais de saúde da responsabilidade pela Busca de SR, além de integrar a atenção à tuberculose a outras especialidades. É considerada como uma forma de atender ao princípio de integralidade, atendendo às necessidades do indivíduo.

“... nós também implantamos o carimbo,... estar carimbando independente da especialidade que está passando, e estar perguntando se tem tosse...”
(Ent. 12)

Outra estratégia utilizada na busca de SR são as mobilizações e divulgações dos sintomas da tuberculose e da Busca de SR, as quais são realizadas para atingir tanto a sociedade quanto aos profissionais de saúde, ultrapassando os limites da unidade de saúde. Há várias formas de mobilizações/ divulgações e cada município escolhe realizar aquela mais adequada as suas condições de recursos físicos e materiais e de maior impacto diante do seu público alvo. Dentre algumas formas utilizadas destacam-se teatros para a população e profissionais de saúde, divulgações na mídia, seja rádio ou televisão e ainda passeatas e cartazes. A principal mensagem a ser divulgada é a tosse enquanto

principal sintoma da TB e o exame de baciloscopia de escarro como a forma mais efetiva de realizar o diagnóstico da doença.

“... a gente começou a divulgar por escrito... em todas as unidades, tivemos uma divulgação... falamos também na mídia, na televisão, na rádio e tudo...” (Ent. 14)

A intervenção na perspectiva da Vigilância da Saúde extrapola o uso de conhecimentos médico-sanitaristas e inclui tecnologias de comunicação social que estimulam a mobilização, organização e atuação de diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Ruffino Netto (2001) considera necessário criar alternativas para o controle da TB que se voltem para uma prática de saúde participativa, coletiva, integral, vinculada à realidade da comunidade, ultrapassando as fronteiras das Unidades de Saúde.

É necessária a utilização de estratégias que conscientizem os profissionais de saúde na atenção à TB. Para tal requer-se uma prévia incorporação de atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) por parte de todo o serviço de saúde. São eles: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família e orientação comunitária.

Nesse sentido, é preciso desencadear transformações no modo de organização dos sistemas de serviços de saúde. Segundo Mendes (2002), existem diferentes formas de se organizar os sistemas de serviços de saúde, mas contemporaneamente agregam-se duas opções alternativas: os sistemas fragmentados ou os sistemas integrados de saúde.

Os sistemas de saúde são atualmente configurados como “sistemas fragmentados de saúde”, organizados de forma a atender às condições agudas, as quais se manifestam abruptamente, são facilmente percebidas pelas pessoas, o diagnóstico é comumente preciso, o tratamento geralmente leva à cura e os serviços de saúde utilizam tecnologias para responder a eles. Já os “sistemas integrados de saúde” deverão se organizar para atender às condições crônicas, cuja manifestação é gradual, o diagnóstico muitas vezes é incerto e muitas vezes não apresenta cura.

Para o autor, um dos problemas centrais da crise dos sistemas de serviços de saúde modernos consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das agudas. O manejo das condições crônicas depende fundamentalmente de uma atenção primária à saúde eficaz, que contenha o risco evolutivo das doenças. É impossível organizar um bom sistema na lógica da atenção aos eventos agudos (MENDES, 2001a).

Para maior incorporação da Busca de SR é necessário que haja, não apenas estratégias, mas também compartilhe das decisões a

serem tomadas entre os profissionais do nível central e do nível local. Isso faz com que o profissional de saúde se sinta mais responsável pelo processo de decisão-ação e possibilita maior incorporação das ações pelos profissionais. É necessário também envolver outros atores sociais que não profissionais de saúde do processo de planejamento e decisão-ação, de acordo com um dos propósitos da Vigilância da Saúde.

4.2.3. Núcleo de Sentido 3

Retaguarda laboratorial e tempo de divulgação dos exames de baciloscopias

A retaguarda laboratorial e as ações de Busca de SR refere-se a um dos aspectos estruturais relacionados à Busca de SR, considerando-se sua estrutura física, material e de pessoal, bem como a agilidade na realização de exames, que facilitam ou dificultam as ações de Busca de SR. Para sua análise considerou-se também o tempo para divulgação dos resultados de baciloscopias.

Segundo os entrevistados, os municípios prioritários do Estado de São Paulo apresentam uma adequada estruturação da rede laboratorial, desde sua estrutura física, material e de recursos humanos, além de uma adequada comunicação entre as unidades de saúde e os laboratórios. A rede laboratorial é um ponto importante de apoio para a Busca de SR, pois a existência de uma estrutura adequada permite

agilidade na realização dos exames de baciloscopia e facilita o aumento na demanda desses exames.

“... a equipe do laboratório está envolvida com as unidades...” (Ent.2)

“... a estrutura do laboratório eu tenho suficiente para dar cobertura para a população...” (Ent. 6)

Os Planos Nacionais de Controle da Tuberculose estabelecem dentro de suas diretrizes a necessidade de redes laboratoriais organizadas em todo o país. Estabelecem diretrizes destacando a descentralização desses laboratórios, sob a Coordenação dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN); a ampliação da realização de baciloscopia para Rede de Serviços de Saúde dos municípios prioritários; implantação da realização da cultura de escarro para identificação do bacilo de Koch; implantação do Sistema de Informação Laboratorial para Tuberculose (SILTB) nos LACEN e Unidades Laboratoriais dos municípios prioritários; implantação de um programa de garantia da qualidade para os exames bacteriológicos na rede laboratorial e garantia do resultado da baciloscopia em 4 horas na urgência/ emergência e 24h na rede ambulatorial (BRASIL, 2004).

Através do gráfico 4 pode ser observado um tempo hábil para divulgação dos resultados de baciloscopias pelos laboratórios do Estado

de São Paulo. Em 64% dos municípios, o tempo para divulgação de resultados é de, no máximo, 24 horas para casos positivos.

Gráfico 10 - Distribuição do tempo para divulgação dos resultados de baciloscopias nos municípios prioritários para TB do Estado de São Paulo, 2005

A agilidade para a divulgação dos resultados de exames é influenciada pela estrutura física, pelos recursos humanos e pela articulação entre serviço de saúde e laboratório. Municípios de maior porte promoveram a municipalização da rede de laboratórios, o que possibilita maior agilidade no processo de solicitação, realização e divulgação dos exames devido a maior articulação entre serviço de saúde e laboratório. Já municípios de pequeno porte possuem convênios com laboratórios de referência o que, muitas vezes, quando não há um adequado gerenciamento e uma adequada articulação pode influenciar diretamente no processo de realização de exames e, portanto, no maior tempo para divulgação de resultados.

Considerações Finais

A Busca de Sintomáticos Respiratórios se constitui numa atividade de suma importância para a detecção de casos de tuberculose. Na perspectiva da Vigilância da Saúde representa uma estratégia que leva à prevenção do aparecimento de novos casos de TB na população, na medida em que possibilita a realização do diagnóstico precoce da doença e tratamento dos casos bacilíferos, além de impedir que a doença evolua por mais tempo, levando ao óbito e a seqüelas. Porém, para que esta atividade seja efetiva, requer reorganização dentro dos serviços de saúde e envolvimento dos profissionais.

As ações de Busca de Sintomáticos Respiratórios nos municípios prioritários do Estado de São Paulo vem sendo realizadas predominantemente em Unidades Básicas de Saúde (59%), com uma pequena tendência de expansão para PSFs e PACS (23%), o que demonstra que essa atividade técnica vem acompanhando o processo de descentralização pelo qual tem passado o setor saúde no Brasil.

Esta atividade é incorporada à rotina dessas unidades, porém focalizando na demanda espontânea dos serviços de saúde. Reconhecidamente todos os profissionais de saúde dessas unidades são responsáveis por essas atividades, desde as equipes de saúde até mesmo recepcionistas das unidades. Observa-se a falta de envolvimento

dos profissionais com as ações de Busca de SR. Os municípios utilizam diferentes estratégias para incorporar a Busca de SR aos profissionais e à população.

Destaca-se, nesses municípios, a forte organização da rede laboratorial, com adequado preparo de profissionais em seu campo de atuação e adequada comunicação entre laboratórios e serviços de saúde. Isso reflete num tempo hábil de divulgação dos resultados de baciloscopias (até 24 horas em 64% dos municípios), levando à melhoria nas ações de Busca de SR e conseqüente aumento de casos detectados.

Espera-se que adequada operacionalização das ações de Busca de Sintomáticos Respiratórios se reflita em altos índices de detecção de casos de tuberculose. Diante desse fato para uma melhor análise da operacionalização da Busca de SR faz-se necessário analisar também os casos de tuberculose que são detectados anualmente em cada um dos municípios.

Referências Bibliográficas

Amsterdam declaration to stop TB. **A call for accelerated action against tuberculosis**. Amsterdam, 2000.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

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, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano de Controle da Tuberculose no Brasil no período de 2001-2005**. Brasília, dezembro de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de gestão 2001**. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tuberculose- Guia de Vigilância Epidemiológica**/ elaborado pelo Comitê Técnico-Científico de Assessoramento à Tuberculose e Comitê Assessor para Co-infecção HIV-Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002.

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, 2004.

BRASIL REPÚBLICA: Informações sobre o Estado de São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.brasilrepublica.hpg.ig.com.br/saopaulo.htm>>. Acesso em: 29 de nov. 2005.

CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1. Vigilância epidemiológica – Reformulação do sistema face à municipalização dos serviços de saúde. Relatório da Oficina de trabalho. **Anais...** Campinas: UNICAMP – ABRASCO, 1990. p. 33-36.

DALCOMO, M. M. P. **Regime de curta duração, intermitente e parcialmente supervisionado, como estratégia de redução do abandono no tratamento da tuberculose no Brasil**. 2000. 136 p. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2000.

DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA TUBERCULOSE, 2. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Ribeirão Preto, v. 30, suplemento 1, jun. 2004.

DYE, C; WATT, C.J.; BLEED, D.M.; WILLIAMS, B.G. What is the limit to case detection under the DOTS strategy for tuberculosis control Communicable Diseases. **World Health Organization**, p. 35-43, 2003.

GALESI, V.M.N. **Mortalidade por tuberculose no Município de São Paulo, análise de uma década, 1986 a 1995**. 1999. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

GAZETTA, C. E. **Aspectos epidemiológicos da tuberculose em São Jose do Rio Preto-SP a partir das notificações em um hospital-escola (1993-1998)**. 1999. Disertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1999.

GOMES, R. Análise de dados em Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, M.C. (Org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

GONDIM, M. I. M. B. **Aula: Vigilância à Saúde e Vigilância em Saúde** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <mayrafo@eerp.usp.br> em 20 de dez. 2005.

HINO, P. **Distribuição espacial dos casos de tuberculose no município de Ribeirão Preto, nos anos de 1998 a 2002**. 2004. 96 p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2004.

MELO, V.O.; SOARES, A.S.; ANDRADE, S.M. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Londrina-PR no ano de 1996. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 8, p. 53-62, 1999.

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

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

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

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6.ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma – reformar o pensamento**. 10 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

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

MUNIZ J. N., VILLA, T.C.S. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto: novo modo de agir em saúde. **Boletim de Pneumologia sanitária**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 33-42, 1999.

MUNIZ, J.N; VILLA, T.C.S. O impacto epidemiológico do tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto 1998-2000. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, jan-jun, p. 49-54, 2002.

MUNIZ, J. N. **O Programa de Agentes Comunitários de Saúde na Identificação de Sintomáticos Respiratórios no Controle da Tuberculose em Ribeirão Preto-SP: um desafio para a atenção primária à saúde**. 2004. 148 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2004.

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

No Dia Mundial de Luta contra a Tuberculose, Brasil tem pouco a comemorar. São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.tropinet.org/adCmsDocumentoShow.aspx?documento=349&Area=0>>. Acesso em: 05 abr. 2004.

NOGUEIRA, P. A. **Internações por tuberculose no Estado de São Paulo, 1984-1997**. 2001. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

OLIVEIRA, M. H. P.; GOMES, R.; OLIVEIRA, C. M. Hanseníase e sexualidade: convivendo com a diferença. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 85-91, 1999.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e Os Modelos Assistenciais. In: COSTA, M. F. L., SOUZA, RP. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994, p. 455-466.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999, p. 473-487.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003, p. 587-603.

REIGOTA, R. M. S. **Avaliação do Controle da Tuberculose pulmonar no município de Bauru – SP**: implantação do tratamento supervisionado, 1999/2000. 2001. 117 p. Dissertação Mestrado - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2001.

RUFFINO NETTO, A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p. 7-18, 1999.

RUFFINO NETTO, A. Programa de controle da tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília-DF, v.10, n.3, p. 129-38, 2001

RUFFINO NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v.1, n. 35, p. 51-8, 2002.

SANTOS, C. B.; HINO, P.; MUNIZ, J.; VILLA, T. C. S. Tuberculose: indicadores epidemiológicos e de impacto da doença para Ribeirão Preto no período 1990 a 2000. **Boletim Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 31-40, 2002.

SÃO PAULO. Secretaria de Economia e Planejamento. Fundação do Sistema Estadual de Análise de dados. **Anuário Estatístico do Estado de São Paulo**. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/anuario/index.php>>. Acesso em 29 de nov. 2005.

SASSAKI, C. M. **Tempo de Tratamento da Tuberculose de pacientes inscritos em um serviço de saúde do município de Ribeirão Preto -**

SP (1998-1999). 2003. 96 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

SILVA, M. D. **Fatores associados à demora para o início do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá-MT.** 2002. 199 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, 2002.

TEIXEIRA, G. **DOTS: A retomada de uma estratégia.** Rio de Janeiro, 1998. 5p. /mimeografado/.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS,** Brasília-DF, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). **Promoção e Vigilância da Saúde.** Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002, p. 23-52.

TRIVINOS, A. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais.** Atlas: São Paulo, 1995.

TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1990.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 39, n. 03, p. 507-514. 2005.

VENDRAMINI, S. H. F.; VILLA, T. C. S.; PALHA, P. F.; MONROE, A. A. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma Unidade de Saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. **Boletim de Pneumologia Sanitária,** Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 5-12, jan-jun, 2002.

VENDRAMINI, S.H.F, **O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma Unidade de Saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente.** 2001. Dissertação (Mestrado). 180 p. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2001.

WATANABE, A.; RUFFINO NETTO, A. Aspectos epidemiológicos da co-infecção Tuberculose/HIV- Ribeirão Preto-SP. **Revista Medicina,** Ribeirão Preto, v. 28, p. 856-65, 1995.

WORKSHOP - REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM TUBERCULOSE, 1. Rio de Janeiro, 2002. **Anais...** 116 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **What is dots?**. A guide to understanding the WHO-recommended TB Control Strategy Known as DOTS. Geneva, Switzerland, 1999. 270p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control**. Stop TB Communicable Disease. Geneva, 2002. 287p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Report 2003. Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Report 2004. Geneva, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Report 2005. Geneva, 2005, 316 p.

Apêndices

APÊNDICE 1

Entrevista no: _____

Entrevistado: _____

Município/DIR: _____

Cargo/ Função: _____

1. Quais são as facilidades e dificuldades para a operacionalização da Busca de SR no município?

2. Quem realiza a Busca de Sintomáticos respiratórios?

3. Onde é realizada a Busca de Sintomáticos Respiratórios?

() UBS () UBDS () Ambulatório de referência () PACS/PSF () Outro

4. De que forma é realizada a busca de Sintomáticos Respiratórios?

() Rotina nas Unidades () Durante Mobilizações () Outros () Não realiza a busca de Sintomáticos Respiratórios.

Especificar: _____.

() Não. Por que: _____

5. Qual é o tempo de demora para a divulgação do resultado das baciloscopias?

APÊNDICE F
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: *“Situação da implantação da estratégia DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades de acordo com características regionais”*

Pesquisadores responsáveis: Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto (Vice-coordenador da Rede TB) e Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa (Coordenadora da Área de Estudos Operacionais da Rede TB)

Informações sobre a pesquisa:

Estamos realizando uma pesquisa em algumas regiões do Brasil a partir do estudo do processo de implantação da estratégia DOTS segundo seus 05 pilares e da análise da situação epidemiológica-operacional. A sua participação é muito importante, pois você estará contribuindo para que conhecimentos sejam produzidos de modo que possam servir de exemplos para outras regiões do país, para contribuir na sustentabilidade da estratégia DOTS E assim possibilitar a melhora do desempenho dos serviços de saúde, bem como dos indicadores epidemiológicos da doença para o controle da tuberculose.

Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto e
Profa. Dra. Tereza C.S.Villa

Eu, _____, portador de RG: _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante o transcurso da pesquisa, podendo afastar-me em qualquer momento de assim o desejar, bem como está assegurado o absoluto sigilo das informações obtidas.

A segurança plena de que não serei identificada mantendo o caráter oficial da informação, assim como, está assegurada que a pesquisa não acarretará nenhum prejuízo individual ou coletivo.

A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como, esta pesquisa não causará nenhum tipo de risco, dano físico ou mesmo constrangimento moral e ético ao entrevistado.

A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa é dos pesquisadores, bem como, fica assegurado que haverá ampla divulgação dos resultados finais nos meios de comunicação e nos órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita.

A garantia de que todo o material resultante será utilizado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitado pelo entrevistado a todo momento.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

_____, ___, de _____ de 2005.

 Assinatura do entrevistado

Garantimos manter o caráter confidencial das informações obtidas e a não identificação dos participantes na pesquisa.

Certos de estar contribuindo com o conhecimento nesta área para a melhoria do nível de saúde da população, conto com a sua preciosa colaboração.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto e
Profa. Dra. Tereza C.S. Villa

Contato:

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - SP
CEP: 14040-902 – SP
Telefone: (0xx-16) 3602-3407 e FAX (0xx-16) 3633-3271.

Nome do entrevistador: _____

Assinatura: _____

Assinatura do entrevistado: _____