UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

DANUZA FIRMINO CERQUEIRA

*O vínculo no processo de atenção à tuberculose no
município de Ribeirão Preto – SP (2006-2007)*

Ribeirão Preto

2008

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

*O vínculo no processo de atenção à tuberculose no
município de Ribeirão Preto – SP (2006-2007)*

Danuza Firmino Cerqueira

Ribeirão Preto

2008

Danuza Firmino Cerqueira

***O vínculo no processo de atenção à tuberculose no
município de Ribeirão Preto – SP (2006-2007)***

*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: Prfª Drª Ione Carvalho Pinto

Ribeirão Preto

2008

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

FICHA CATALOGRÁFICA

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

Cerqueira, Danuza Firmino

O vínculo no processo de atenção à tuberculose no município de Ribeirão Preto – SP (2006-2007).

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

Orientadora: Pinto, Ione Carvalho

1. Tuberculose 2. Vínculo

FOLHA DE APROVAÇÃO

Danuza Firmino Cerqueira

Título: O vínculo no processo de atenção à tuberculose no município de Ribeirão Preto – SP (2006 – 2007)

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:* _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ *Assinatura:* _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ *Assinatura:* _____

Dedicatória

*À minha amada mãe **Diva**, por sua presença, dedicação e amor, em quem me espelho e busco força a cada dia para ser uma pessoa melhor.*

*Ao meu pai **Lício**, pela força, pelo incansável incentivo ao estudo, por me ajudar a traçar meu caminho, por me abrir portas e pela participação em todas as minhas lutas.*

*Dedico a vocês esta conquista, juntando a ela toda a minha admiração e meu eterno agradecimento,
Vocês são meus maiores orgulhos!
Amo vocês.*

Agradecimento Especial

*Ao meu amado **Rodrigo**, pela sua compreensão e fundamental participação
nessa tão importante etapa da minha vida, onde soube me dar afeto, coragem,
incentivo e amor.*

*“Felicidade é poder compartilhar os melhores momentos de nossas vidas
com quem realmente amamos.”*

Eu te amo muito!!!

Agradecimento Especial

À Profª Drª Ione Carvalho Pinto, que me ajudou a buscar o sucesso profissional e me motivou a concluir esse trabalho, sempre respondendo prontamente às minhas necessidades. Uma pessoa admirável, acolhedora a qual tive o prazer de trabalhar.

Muito Obrigada!

Agradecimentos:

A Deus, pois é o meu maior companheiro.

*Aos meus irmãos, **Douglas e Debora**, que juntos, sempre formamos um triângulo de cumplicidade, carinho e amor.*

*À minha **tia Zulmira** e minha prima **Maria Eugênia**, pessoas pelas quais eternamente vou agradecer pelo apoio e por estar sempre por perto para me socorrer de uma forma ou de outra.*

*Aos meus queridos sogros, **Carmen e Dirceu**, por me acolherem como filha desde o primeiro momento, se tornando mais um pilar em minha vida.*

*À minha avó **Antonietta**, por me ensinar o princípio da fé e do amor.*

*À minha avó **Romilda** (IN MEMORIAN), por me lembrar sempre que dentro de mim existe uma criança feliz, facilitando a forma de viver.*

*Ao meu avô **Lício**, por sempre me alertar sobre o quanto a vida fica mais fácil com o estudo.*

*Ao meu padrinho **Sérgio**, pelos conselhos sempre muito oportunos.*

*Ao **grupo GEOTB**, que me acolheu e me incentivou á produções e crescimento profissional.*

*À minha amiga **Mayra**, pela cumplicidade, amizade, conselhos, oportunidades e confiança meu eterno agradecimento.*

*À **Rúbia, Aline, Cínthia, Ricardo e Patrícia** por me ensinar o que é trabalhar em equipe e entre amigos.*

*Ao **Dr. Ruffino** que direta ou indiretamente muito ajudou em meus estudos.*

*À **Prfª Drª Roxana**, que tanto me animou, me mostrou caminhos e me ajudou nessa conquista.*

*.À **Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa**, que me abriu a porta, me ensinou a fazer pesquisa e é um ícone em Tuberculose.*

Muito Obrigada a todos vocês!

O MENESTREL

*Depois de algum tempo você aprende a diferença,
a sutil diferença entre dar a mão e acorrentar uma alma.
E você aprende que amar não significa apoiar-se.
E que companhia nem sempre significa segurança.
Começa a aprender que beijos não são contratos e que presentes não são promessas.
Começa a aceitar suas derrotas com a cabeça erguida e olhos adiante,
com a graça de um adulto e não com a tristeza de uma criança.
Aprende a construir todas as suas estradas no hoje,
porque o terreno do amanhã é incerto demais para os planos,
e o futuro tem o costume de cair em meio ao vão.
Depois de um tempo você aprende que o sol queima se ficar exposto por muito tempo.
E aprende que, não importa o quanto você se importe,
algumas pessoas simplesmente não se importam...
E aceita que não importa quão boa seja uma pessoa,
ela vai feri-lo de vez em quando e você precisa perdoá-la por isso.
Aprende que falar pode aliviar dores emocionais.
Descobre que se levam anos para construir confiança e apenas segundos para destruí-la...
E que você pode fazer coisas em um instante das quais se arrependerá pelo resto da vida.
Aprende que verdadeiras amizades continuam a crescer mesmo a longas distâncias.
E o que importa não é o que você tem na vida,
mas quem você tem na vida.
E que bons amigos são a família que nos permitiram escolher.
Aprende que não temos de mudar de amigos se compreendemos que os amigos mudam...
Percebe que seu melhor amigo e você podem fazer qualquer coisa,
ou nada, e terem bons momentos juntos.
Descobre que as pessoas com quem você mais se importa na vida são tomadas de você
muito depressa...
por isso sempre devemos deixar as pessoas que amamos com palavras amorosas;
pode ser a última vez que as vejamos.
Aprende que as circunstâncias e os ambientes têm influência sobre nós,
mas nós somos responsáveis por nós mesmos.
Começa a aprender que não se deve comparar com os outros,
mas com o melhor que pode ser.
Descobre que se leva muito tempo para se tornar a pessoa que quer ser,
e que o tempo é curto.
Aprende que não importa onde já chegou, mas para onde está indo...
mas, se você não sabe para onde está indo, qualquer caminho serve.
Aprende que, ou você controla seus atos, ou eles o controlarão...
e que ser flexível não significa ser fraco, ou não ter personalidade,
pois não importa quão delicada e frágil seja uma situação,
sempre existem, pelo menos, dois lados.
Aprende que heróis são pessoas que fizeram o que era necessário fazer,
enfrentando as conseqüências.
Aprende que paciência requer muita prática.
Descobre que algumas vezes a pessoa que você espera que o chute quando você cai*

*é uma das poucas que o ajudam a levantar-se.
Aprende que maturidade tem mais a ver com os tipos de experiência que se teve
e o que você aprendeu com elas do que com quantos aniversários você celebrou.
Aprende que há mais dos seus pais em você do que você supunha.
Aprende que nunca se deve dizer a uma criança que sonhos são bobagens...
Poucas coisas são tão humilhantes e seria uma tragédia se ela acreditasse nisso.
Aprende que quando está com raiva tem o direito de estar com raiva,
mas isso não te dá o direito de ser cruel.
Descobre que só porque alguém não o ama do jeito que você quer que ame
não significa que esse alguém não o ama com tudo o que pode,
pois existem pessoas que nos amam,
mas simplesmente não sabem como demonstrar ou viver isso.
Aprende que nem sempre é suficiente ser perdoado por alguém...
Algumas vezes você tem de aprender a perdoar a si mesmo.
Aprende que com a mesma severidade com que julga,
você será em algum momento condenado.
Aprende que não importa em quantos pedaços seu coração foi partido,
o mundo não pára para que você o conserte.
Aprende que o tempo não é algo que possa voltar.
Portanto, plante seu jardim e decore sua alma,
em vez de esperar que alguém lhe traga flores.
E você aprende que realmente pode suportar...
que realmente é forte,
e que pode ir muito mais longe depois de pensar que não se pode mais.
E que realmente a vida tem valor e que você tem valor diante da vida!
Nossas dúvidas são traidoras e nos fazem perder o bem
que poderíamos conquistar se não fosse o medo de tentar.*

William Shakespeare

RESUMO

CERQUEIRA, D. F. **O vínculo no processo de atenção à tuberculose no município de Ribeirão Preto – SP (2006-2007)**. Ribeirão Preto, 2008. folhasp. (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Sabendo que as ações de tratamento e controle da tuberculose no Brasil estão inseridas no contexto da atenção primária à saúde, uma vez que é uma doença priorizada pelo Ministério da Saúde pelo considerável acometimento populacional e de fundamental relevância para a saúde pública, propôs-se analisar o vínculo no processo de atenção à TB no município de Ribeirão Preto no período de julho de 2006 a julho de 2007. Para o alcance do objetivo utilizou-se uma abordagem quantitativa, fundamentada na dimensão vínculo. Para a avaliação utilizaram-se indicadores construídos para o vínculo com base nos instrumentos de avaliação rápida da organização e desempenho dos serviços da APS. A população do estudo foi constituída por doentes de TB diagnosticados nos serviços públicos de saúde de Ribeirão Preto. Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica do Microsoft Office Excel 2003 e posteriormente foram transferidos para a tabela de entrada de dados do Software *Statistica 7.0* da *Statsoft*. Foram construídas tabelas de freqüências para quantificar os resultados observados e verificar possíveis inconsistências no banco de dados, como erros na entrada de dados ou omissão de respostas. Para comparar as unidades quanto às variáveis, foi aplicada à análise de variância com o uso do teste F; às variáveis que satisfizeram as pressuposições de independência, homocedasticidade e normalidade foi realizado o Teste de Bartlett. Para as variáveis que apresentaram diferenças entre as unidades de saúde, foi realizado o teste de Tukey com correção para amostras de tamanhos diferentes. Para as análises que indicaram violação dos critérios para o uso da ANOVA foi utilizado o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, e as variáveis que apresentaram diferenças entre as unidades de saúde, foi realizado o teste de Dunn (z-prime). O nível de significância estatística adotado em todos os testes foi de 5% de probabilidade (Callegari-Jacques, 2003). Os entrevistados referem que são sempre atendidos pelo mesmo profissional durante as consultas (99%) e conseguem sanar dúvidas com o mesmo profissional (98%). O fato de a equipe ser fixa nos PCT facilita muito a questão do estabelecimento do vínculo, uma vez que o doente passa a ter um profissional como referência e procura este trabalhador para sanar dúvidas e falar de suas preocupações; nos ambulatórios A e B, uma grande porcentagem de entrevistados responderam que sempre/ quase sempre procuram o médico por outras necessidades, tais como cesta básica e vale transporte, 35% e 23% de cada ambulatório, respectivamente. Em três ambulatórios, A, B e C, mais de 60% dos doentes entrevistados de cada ambulatório, referiram nunca/ quase nunca procurar o enfermeiro; mais de 50% relataram nunca/ quase nunca procurar o profissional auxiliar de enfermagem para outras necessidade; apenas no ambulatório D que 73% dos doentes procuram pelo auxiliar de enfermagem. Tais resultados já eram esperados em virtude de vários fatores do PCT: demanda espontânea – o doente, na maioria das vezes não depende da guia de referência de outra unidade para ser atendido; não há demora no atendimento ou espera para consultas; os resultados de exames são rápidos e a equipe é fixa.

Palavras-chave: Tuberculose. Vínculo.

ABSTRACT

CERQUEIRA, D. F. **Bonding in the Tuberculosis care process in Ribeirao Preto, SP, Brazil (2006-2007)**. Dissertation (Master) – Nursing School of Ribeirao Preto, Sao Paulo University, Ribeirao Preto, 2008.

Bonding in the Tuberculosis care process in Ribeirao Preto, SP, Brazil (2006-2007).

Tuberculosis is a priority for the Brazilian Ministry of Health given its considerable impact on the population and great importance for public health. Aware its treatment and control actions have been inserted in the context of primary health care in Brazil, we proposed to analyze the establishment of bonding in the TB care process in Ribeirão Preto, Sao Paulo, in the period of July, 2006 to July, 2007. A quantitative approach based on the dimension was used. Indicators were based on the instruments of quick evaluation of organization and performance of PHC services. The population under study was composed of TB patients diagnosed in the health public services of Ribeirão Preto. Data were kept in an electronic worksheet in the Microsoft Office Excel 2003 and then transferred to the *Statistics 7.0 Statsoft*. Frequency tables to quantify results observed and verify possible inconsistencies in the database such as, errors in data entry or missing answers, were used. In order to compare units regarding variables, analysis of variance and F test were performed. To those variables that met assumptions of independence, homoscedasticity and normality, Bartlett's test was applied. Tukey's test with correction for samples of different sizes was applied to those variables that presented differences between health units. For those analyses that indicated violation of criteria for the use of ANOVA, the non-parametric Kruskal-Wallis test was used and for those variables that presented differences between health units, the Dunn (z-prime) test was performed. In all tests, the level of statistical significance adopted was 5% (Callegari-Jacques, 2003). The interviewees reported that they are always attended by the same professional during appointments (99%) and are able to solve doubts with the same professional (98%). The fact the teams are the same in the TCP favors the establishment of bonding because the patient has a professional as reference and seek this person to clarify doubts and talk about concerns. A large percentage of the interviewees in the outpatients clinics A and B, reported they always/almost always seek for the doctor for other needs, such as basic food package and transport aid, 35% and 23% in each outpatient clinic, respectively. More than 60% of patients interviewed in the outpatients clinics A, B and C report never/almost never seek for the nurse, more than 50% of patients reported they never/almost never seek for the nursing auxiliary for other needs. Only in the clinic D, 73% of patients seek for the nursing auxiliary. Such results were expected due several PCT factors: spontaneous demand – the patient, most of the time, does not need to be refereed by another unit to be attended; there is no delay in attendance or for appointments; exams results are delivered fast and team is fixed.

Key-words: Tuberculosis . Bonding.

RESUMEN

CERQUEIRA, D. F. **El vínculo en el proceso de atención a tuberculosis en el municipio de Ribeirão Preto – SP (2006-2007)**. Ribeirão Preto, 2008. Folhas p. (Mestrado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Sabiendo que las acciones de tratamiento y control de la tuberculosis en el Brasil están dentro del contexto de la atención primaria a la salud, dado que es una enfermedad priorizada por el Ministerio de la Salud debido a su considerable acometimiento poblacional y de fundamental relevancia para la salud pública, en este estudio fue propuesto analizar el vínculo en el proceso de atención a la TB en el municipio de Ribeirão Preto, en el período de julio de 2006 a julio de 2007. Para el alcance del objetivo se utilizó abordaje cuantitativa, fundamentada en la dimensión vínculo la evaluación se utilizaron indicadores construidos con base en los instrumentos de evaluación rápida de la organización y desempeño de los servicios de la APS. La población del estudio fue constituida por enfermos de TB diagnosticados en los servicios públicos de salud de Ribeirão Preto. Los datos fueron almacenados en una planilla electrónica del Microsoft Office Excel 2003 y posteriormente fueron transferidos para una tabla de entrada de datos del Software *Statistica 7.0* da *Statsoft*. Fueron construidas tablas de frecuencias para cuantificar los resultados observados y verificar posibles inconsistencias en el banco de datos, como errores en la entrada de datos u omisión de respuestas. Para comparar las unidades, en relación a las variables fue aplicado análisis de variancia, con el uso de la prueba F, con las variables que satisficieron las presuposiciones de independencia, homocedasticidad y normalidad fue realizado la prueba de Bartlett. Las variables que presentaron diferencias entre las unidades de salud fueran sometidas a la prueba de Tukey con corrección para muestras de tamaños diferentes. Para los análisis que indicaron violación de los criterios para el uso de la ANOVA fue utilizado la prueba no-paramétrico de Kruskal-Wallis, y las variables que presentaron diferencias entre las unidades de salud, fue realizada la prueba de Dunn (z-prime). El nivel de significancia estadística adoptado en todas las pruebas fue de 5% de probabilidad (Callegari-Jacques, 2003). Los entrevistados refieren que son siempre atendidos por el mismo profesional durante las consultas (99%) y consiguieron esclarecer dudas con el mismo profesional (98%). El hecho del equipo ser fijo en los PCT facilita mucho el establecimiento del vínculo, en vista de que el enfermo identifica un profesional como referencia y procura este trabajador para elucidar dudas y hablar de sus preocupaciones. En los ambulatorios A y B, un grande porcentaje de entrevistados respondieron que siempre/casi siempre procuran el médico por otras necesidades, tales como canasta básica y tickets de ómnibus para transporte, 35% y 23% de cada ambulatorio, respectivamente. En los ambulatorios, A, B y C, más de 60% de los enfermos entrevistados en cada uno de ellos, refirieron nunca/ casi nunca buscar al enfermero, y más de 50% relataron nunca/ casi nunca procurar el profesional auxiliar de enfermería por otras necesidades, apenas el ambulatorio D, 73% de los enfermos buscan al auxiliar de enfermería. Tales resultados ya eran esperados en virtud de varios atributos del PCT: atendimento a demanda – el enfermo en la mayoría de las veces no depende de la ficha de referencia de otra unidad para ser atendido; no hay demora en el atendimento o espera para consultas; los resultados de exámenes son rápidos e el equipo de salud es fijo.

Palabras-claves: Tuberculosis. Vínculo.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - (Variável 10a) Porcentagem de entrevistados de acordo com o sexo, em diferentes ambulatórios de referência, Ribeirão Preto, (julho 2006 - julho 2007). 40

Quadro 2 - (Variável 10b) Porcentagem de entrevistados segundo escolaridade, Ribeirão Preto, (julho 2006 – julho 2007). 40

Quadro 3 - (Variável 10c) Porcentagem de entrevistados segundo tipo de moradia, Ribeirão Preto, (julho de 2006 - julho de 2007). 41

Quadro 4 - (Variável 10d) Porcentagem de entrevistados segundo número de cômodos por residência, Ribeirão Preto, (julho 2006- julho de 2007). 41

Quadro 5 - (Variável 10e) Porcentagem de entrevistados segundo número de residentes por domicílio, Ribeirão Preto, (julho 2006- julho de 2007). 42

Quadro 6 - Variáveis homogêneas e heterogêneas de acordo com o valor encontrado no teste de Bartlett (valor de p). 53

Quadro 7 - Teste H para variáveis com anova NÃO PARAMÉTRICAS, e Teste F para as variáveis com anova 55

PARAMÉTRICAS.

LISTA DE FIGURAS

	Pg
Figura 1 – Mapa da caracterização as Unidades de Saúde que apresentam o PCT	26

LISTA DE GRÁFICOS

	Pg
Gráfico 1 - (Variável 8) Distribuição dos doentes de TB segundo tipo de tratamento em diferentes Ambulatórios de Referência, Ribeirão Preto, (2006-2007).	43
Gráfico 2 - (Variável 14) Distribuição de doentes de TB segundo frequência de conversa do trabalhador de saúde sobre outros problemas (que não TB) nos diferentes ambulatórios de referência, Ribeirão Preto (2006-2007).	45
Gráfico 3 – (Variável 15) Distribuição de doentes de TB segundo tempo necessário ao esclarecimento de dúvidas nos diferentes Ambulatórios de Referência, Ribeirão Preto (2006-	46

2007).

Gráfico 4 - (Variável 18) Porcentagem de doentes cujo 47
trabalhador de saúde explica sobre a ingesta de
medicamentos para TB em diferentes Ambulatórios de
Referência, Ribeirão Preto (2006-2007)

Gráfico 5 - (Variável 19) Porcentagem de doentes cujo 48
trabalhador de saúde questiona sobre a ingesta de outros
medicamentos (que não da TB), em diferentes Ambulatórios
de Referência, Ribeirão Preto (2006-2007).

Gráfico 6 - (Variável 20a) Distribuição dos doentes segundo 49
a freqüência com que procuram o MÉDICO por condição que
não a queixa de TB em diferentes ambulatórios de referência ,
Ribeirão Preto (2006-2007).

Gráfico 7 - (Variável 20b) Distribuição dos doentes segundo 50
freqüência com que procuram o ENFERMEIRO por condição
que não a queixa de TB, em diferentes centros de referência,
Ribeirão Preto (2006-2007).

Gráfico 8 - Variável 20c) Distribuição dos doentes segundo 51
frequência com que procuram o AUXILIAR DE
ENFERMAGEM em diferentes centros de referência, Ribeirão
Preto (2006-2007).

Gráfico 9 - (Váriavel 21) Percepção do doente sobre a 52
atenção despendida pela equipe do Programa de Controle da
TB em diferentes ambulatórios de referência, Ribeirão Preto
(2006-2007).

Lista de Abreviaturas e Siglas

AB – Atenção Básica
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS – Atenção Primária à Saúde
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
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
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
MS – Ministério da Saúde
NGA – Núcleo de Gestão Assistencial
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT – Programa de Controle da Tuberculose
PSF – Programa Saúde da Família
PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose
REDE-TB – Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
RP – Ribeirão Preto
SMS – Secretaria Municipal da Saúde
SR – Sintomático Respiratório
SUS – Sistema Único de Saúde
TA – Tratamento Auto-administrado
TB – Tuberculose
TS – Tratamento Supervisionado
UBS - Unidade Básica de Saúde
UBDS – Unidade Básica Distrital de Saúde
VD – Visita Domiciliar
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

	Pg
1. Construção do Problema de Investigação	3
1.1. Apresentação	4
1.2. O cenário da tuberculose.....	5
1.3. Situação da tuberculose no Brasil	7
1.4. O controle da tuberculose no município de Ribeirão Preto.....	10
1.5. Justificativa.....	11
2.0. Objetivo da Pesquisa.....	13
3.0. Quadro teórico.....	15
4.0. Percurso Metodológico.....	21
4.1. População do Estudo.....	22
4.2. Indicadores construídos para o estudo.....	23
4.3. Campo de Estudo – o município de Ribeirão Preto.....	23
4.4. Organização da Rede Básica de Saúde do município de Ribeirão Preto.....	24
4.5. Locais de estudo.....	25
4.6. Caracterização das unidades de saúde que apresentam o Programa de Controle da Tuberculose.....	26
4.7. Contextualização da atenção à Tuberculose no município de Ribeirão Preto..	28
4.8. Procedimentos realizados.....	34
4.9. Análise dos dados.....	36
5.0. Resultados e Discussão.....	39
5.1. Análise de frequência	40
5.2. Análise de Variância.....	53
6.0 Considerações Finais.....	59
7.0. Referências Bibliográficas.....	63
8.0. Apêndices.....	69
9.0. Comitê de Ética	76

1. CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

1.1 Apresentação

O interesse pela temática da tuberculose (TB) surgiu durante minha formação acadêmica, através, primeiramente, de um estágio extracurricular num ambulatório de TB que resultou na minha inserção no Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacionais em Tuberculose (GEOTB), onde venho desenvolvendo pesquisas desde a graduação.

Este estudo faz parte do Projeto Temático FAPESP / PPSUS – processo n. 2006/61489-3, vinculado à linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Política de Saúde, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo cujo intitulado é ***“Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da tuberculose em municípios do Estado de São Paulo”*** do “Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose” (GEOTB), cadastrado e certificado no diretório de grupos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) em 2002.

O grupo GEOTB vem desenvolvendo pesquisas de forma integrada, reunindo pesquisadores da REDE-TB, entidades governamentais (coordenação estadual, municipal, gestores e profissionais dos serviços de saúde da rede básica), Instituição de Ensino Superior Estadual e Federal, estudantes de doutorado, mestrado, graduação, Centros de Pesquisa e Agências de Cooperação Internacional.

1.2 O Cenário da Tuberculose

A tuberculose (TB) é uma enfermidade antiga que ainda se mantém como um dos maiores males da humanidade no século XXI. A cada segundo, diariamente, um indivíduo é infectado pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis* que causa a TB. Cerca de um terço da população mundial está infectada pelo bacilo da TB, e anualmente cerca de dois milhões de pessoas falecem de uma enfermidade curável. A TB leva ao óbito mais indivíduos que qualquer outra doença infecciosa. Entre os doentes infectados pelo vírus da AIDS, é a maior causa de morte, mesmo em países que utilizam o tratamento anti-retroviral de elevada eficácia. A elevada taxa de TB ocorre preferencialmente nos países mais pobres do planeta e o impacto econômico é extremamente elevado (WORKSHOP – REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM TUBERCULOSE, 2002).

Em virtude do agravamento do quadro da tuberculose no mundo e a situação da tuberculose como um estado de urgência são realizadas estratégias globais para o controle da tuberculose, privilegiando o DOTS (Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração). (WHO, 1999).

Parte da estratégia do DOTS caracteriza-se pela observação e monitoração da administração dos medicamentos, mas não deve ser entendida apenas como tal. Na realidade compreende um corpo de medidas que se complementam definidas pela OMS como os cinco pilares da estratégia (WHO, 1999).

1. Compromisso governamental nas atividades básicas de controle da tuberculose;
2. Detecção de caso por baciloscopia em todo paciente sintomático respiratório que espontaneamente procure o serviço de saúde;
3. Esquemas de tratamento padronizados de seis a oito meses para, pelo menos, todo caso bacilífero, com tratamento diretamente supervisionado durante, no mínimo, os dois meses iniciais;
4. Suprimento regular e ininterrupto dos medicamentos padronizados;
5. Um sistema de registro e notificação de casos que permitam o acompanhamento dinâmico dos resultados de tratamento de cada paciente e do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) como um todo.

Desde então, a introdução do DOTS tem tido consideráveis progressos no controle global da tuberculose. No ano 2000, 148 países adotaram o DOTS. Embora o progresso seja considerável, ainda não tem sido o suficiente, pois se estima que 1/3 da população no mundo está infectada com a tuberculose. (WHO, 2002).

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.

1.3 A Situação da Tuberculose no Brasil

A TB esteve presente como problema de saúde pública no Brasil durante todo século XX, ficando conhecida como a “calamidade negligenciada” (RUFFINO-NETTO, 2002).

Atualmente o Brasil ocupa o 15º lugar no ranking de 22 países que contribuem com 80% dos casos de TB em todo o mundo e que precisam intensificar os programas de controle da doença. (WHO, 2007).

A TB, uma doença que tem cura, ainda mata a cada ano pelo menos 6 mil pessoas no Brasil. O percentual de cura é de 72,2 % e a taxa de abandono está em torno de 11,7 %, alcançando em algumas capitais nível de 30% a 40%. (WHO, 2005).

A cada ano, cerca de 111 mil novos casos são registrados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação. O aumento e as dificuldades no controle global da TB são abastecidos pela pobreza, por programas sub-financiados da saúde pública, pela epidemia da AIDS, multirresistência às drogas, além do envelhecimento da população e os grandes movimentos migratórios. (RUFFINO-NETTO, 2002).

Nesse contexto, o processo de incorporação das ações de controle da TB vem ocorrendo de forma gradual e diversificada na Atenção Básica (AB) (Unidade Básica de Saúde – UBS, Programa de

Saúde da Família – PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS) (VILLA, 2006a).

Em 2000, o Ministério da Saúde (MS), incorporou o Programa Nacional de Controle da TB (PNCT) no Departamento de Atenção Básica, que tinha como objetivo o fortalecimento da relação entre a estratégia da Saúde da Família e áreas programáticas, agregando instrumentos para a organização da atenção. (BRASIL, 2000).

O novo PNCT (2001-2005) introduz novas possibilidades de intervenção da sua proposta de trabalho, contando então com PSF e PACS e sugere que esta parceria possa contribuir para a expansão das ações no controle da TB possibilitando maior adesão terapêutica e evitando o abandono do tratamento. (VILLA et al., 2006a).

A TB é uma prioridade na AB refletida na presença do indicador no Pacto da Atenção Básica (BRASIL, 2006).

No Brasil, a partir de 2001, a TB passa a ser uma doença sob responsabilidade de todos os municípios de acordo com a NOAS, reconhecendo as ações do PCT como competência da AB, podendo ser executadas nos serviços básicos e especializados (PSF, UBS, Ambulatórios de Referência). Desse modo, os municípios, independente do tipo de gestão de atenção, devem se organizar para assistir ao doente de TB e a seus familiares. (VILLA et al, 2006b).

O MS considera a AB como um conjunto de ações de saúde, de caráter individual ou coletivo, desenvolvidas no primeiro nível de atenção dos sistemas de serviços, voltadas para promoção da saúde, prevenção

dos agravos, tratamento e reabilitação (BRASIL/MS, 1999). Esta definição inclui alguns elementos da atenção primária elaborada por Starfield (2002), tais como a porta de entrada e elenco de serviços; contudo, não contempla outras dimensões essenciais, como coordenação, vínculo com o usuário, enfoque familiar e orientação comunitária (OMS/OPAS/MS, 2006).

Estudo realizado nos municípios prioritários do Estado de São Paulo, em 2005, mostra que há uma tendência de descentralização das atividades de natureza técnica (entrega de medicamentos, observação da ingestão medicamentosa através do Tratamento Supervisionado e Busca de Sintomáticos Respiratórios - SR para as UBS). As atividades gerenciais (manejo do sistema de informações, monitoramento da situação da TB a partir do banco de dados EPI-TB, planejamento e execução de treinamentos/capacitações, supervisões das equipes locais de saúde) são realizadas pela coordenação municipal do PCT e se configuram de maneira centralizada. (VILLA et al, 2006b).

As atividades de diagnóstico/tratamento se configuram como atividades centralizadas e são desenvolvidas, principalmente, nos PCT das Unidades de Referência/Ambulatórios de Especialidades (54,5%) e são realizadas apenas por 27,3% das UBS. Acredita-se que para o PSF contribuir efetivamente nas ações de controle da TB, seria necessário, inicialmente, uma expansão dessa estratégia no Estado de São Paulo, pois a população coberta por esse modelo de atenção ainda é de 20,3% (VILLA et al, 2006b).

No Estado de São Paulo, destaca-se o município de Ribeirão Preto, eleito um dos 25 municípios prioritários ao combate da tuberculose mediante os critérios para inclusão no Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose proposto em 1994. (BRASIL, 1996)

1.4 O Controle da Tuberculose no Município de Ribeirão Preto – SP

Dentre os critérios estabelecidos pela OMS para a priorização dos municípios, Ribeirão Preto (RP) apresentava população acima de 50 mil habitantes; coeficiente de incidência nos últimos cinco anos, de 56/100.000 habitantes; taxa média de abandono nos últimos cinco anos de 16% e de cura de 50% e a taxa de co-infecção TB/ HIV, nos últimos dois anos, foi em média de 29%. (MUNIZ, 1999).

O TS em Ribeirão Preto, um dos pilares da Estratégia DOTS, foi implementado no final de 1997, sendo que as ações foram efetivadas em 1998 e estendidas, gradativamente, para todos os serviços. MUNIZ & VILLA (2002)

No estudo realizado por Muniz & Villa (2002) sobre o impacto epidemiológico do TS no controle da TB em RP no período de 1998 a 2000, evidenciou-se que esta forma de intervenção melhora os indicadores epidemiológicos da tuberculose, revelando-se também como

uma estratégia de reorganização do trabalho da equipe, ampliando a sua capacidade de interação e atuação junto ao doente e família.

Apesar dos esforços empreendidos para o controle da tuberculose em RP, é necessário ainda aumentar a taxa de cura e alcançar a meta proposta pelo PNCT de no mínimo 85%.(BRASIL, 2004).

Além disso, segundo Santos et al (2002), muitos casos de TB ainda não foram diagnosticados, seja pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, ou pelo fato dos profissionais de saúde não estarem atentos aos sintomáticos respiratórios. O município ainda está longe de alcançar a meta de detectar pelo menos 70% dos casos estimados de TB.

Para Muniz et al (2005), a incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose no âmbito do PACS, requer fundamentalmente que sejam assumidos um conjunto de ações, tanto no âmbito externo (abordagem no domicílio junto às famílias, identificação do suspeito) como no âmbito interno do serviço de saúde (recebimento do material, encaminhamento ao laboratório, diagnóstico) para que seja garantida a longitudinalidade da atenção.

1.5 Justificativa

Diante da atual situação da tuberculose no Brasil e no município de Ribeirão Preto há uma grande necessidade de investimentos em estudos e também na qualificação dos serviços de saúde, capacitação dos recursos humanos para atividades de vigilância e controle da doença.

As ações de tratamento e controle da tuberculose no Brasil estão inseridas no contexto da atenção primária à saúde, uma vez que é uma doença priorizada pelo Ministério da Saúde pelo considerável acometimento populacional e de fundamental relevância para a saúde pública.

A pesquisa toma como eixo teórico a dimensão vínculo da APS, que se constitui num dos principais elementos estruturantes no controle da tuberculose, uma vez que ele permeia a responsabilização, a integralidade e a humanização, entre outros. A TB é uma doença de caráter social e as ações a serem desenvolvidas pelas equipes devem ser direcionadas aos determinantes e condicionantes sociais, que prescinde das subjetividades, de relação de escuta e valorização da queixa, não restrita à dimensão biológica.

Assim, o presente estudo pretende contribuir com os gestores, trabalhadores de saúde e a comunidade ao chamar a atenção para o processo do vínculo, a fim de que se construam relações sólidas entre usuário e trabalhador, e se consiga amplamente o controle de uma doença que há tempos debilita e mata uma expressiva parte da população brasileira.

2.0 OBJETIVO DA PESQUISA

Objetivo Geral:

Analisar o vínculo no processo de atenção à tuberculose no município de Ribeirão Preto – SP no período de julho de 2006 a julho de 2007.

3.0 Quadro Teórico

Neste estudo tomamos como marco teórico o conceito de vínculo para fundamentar a análise e discussão dos resultados, compreendendo a sua articulação com outros conceitos de relevância para avaliação do desempenho da atenção à TB nos serviços de atenção básica tais como: acolhimento, integralidade e qualidade da atenção; processo de trabalho e gestão e organização de serviços.

Acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade são considerados como elementos essenciais do atendimento, para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade. (RAMOS & LIMA, 2003).

O acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviços de saúde com seus usuários. O encontro entre esses sujeitos se dá num espaço intercessor no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização, a partir do que se constituem vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção. Esse espaço permite que o trabalhador use sua principal tecnologia, o saber, tratando o usuário como sujeito portador e criador de direitos (MERHY ET AL., 1994).

O vínculo ou longitudinalidade assim considerado por Starfield (2002) requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias.

O vínculo na atenção à saúde denota a existência de uma fonte de atenção que os indivíduos a identificam como sua e que os profissionais

de saúde reconhecem como a existência de um contrato formal ou informal para ser a fonte habitual de atenção orientada para a pessoa por um período de tempo definido ou indefinido, até que seja explicitamente alterada. (STARFIELD, 2002).

O vínculo na AB assume um significado de lidar com o crescimento e a mudança dos indivíduos no decorrer de um período de tempo. É uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde, que facilita o reconhecimento de determinados tipos de problemas e frente a isso, possibilita a oferta de ações específicas e sistemáticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde. (STARFIELD, 2002).

Por intermédio dessa relação, os profissionais passam a conhecer os pacientes e estes a conhecerem seus profissionais no decorrer do tempo. Segundo Starfield (2002) isto é captado como uma “parceria sustentada” na qual o paciente é tratado como uma pessoa completa, cujos valores e preferências são levados em consideração.

Esta situação é explicada pelo fato de estabelecimento de um senso de confiança, ao longo do tempo, entre o profissional de saúde e o paciente, deixando este último mais confortável para relatar/exteriorizar informações relevantes, e deste modo, facilita uma aceitação melhor das recomendações oferecidas. Similarmente, os profissionais de saúde envolvidos em atenção longitudinal podem ser mais sensíveis a informações relativamente sutis e que ajudam a esclarecer a natureza do problema do paciente. (STARFIELD, 2002).

O conhecimento acumulado a respeito dos antecedentes do paciente e as experiências vivenciadas podem ajudar os profissionais de saúde a chegarem a uma avaliação mais precisa de seu problema, e possibilita assumir/propor condutas que terão maior efetividade na atenção proporcionada ao paciente.

Quando o foco da atenção é um profissional de saúde, os benefícios do vínculo são mais extensivos do que aqueles envolvendo apenas um local específico. Tendo como referência um profissional de saúde, é possível um melhor reconhecimento dos problemas/necessidades dos pacientes possibilitando um manejo de caso mais adequado, oferecimento de diagnósticos mais precisos, melhor concordância entre problema identificado e conduta proposta (adequação), orientação para o tratamento, menos hospitalizações, custos mais baixos; melhores atividades de prevenção e melhor satisfação do usuário (STARFIELD, 2002).

Segundo Ramos & Lima (2003) Uma vez estabelecido um vínculo forte entre usuário e serviço, e/ou com determinados profissionais, a partir de uma relação de confiança, mesmo que o cliente se mude para outro bairro mais distante, ele permanece usando aquele serviço de saúde.

Para que o vínculo exista entre profissionais de saúde e usuários, o profissional pode utilizar-se da integralidade da assistência para um maior conhecimento sobre o cliente (STARFIELD, 2002).

Malta (2000), acolhimento é uma estratégia que busca alterar as relações entre usuários e profissionais, humanizar a atenção, estabelecer

vínculo, aumentar a capacidade de escuta e resgatar o conhecimento técnico da equipe de saúde, ampliando sua intervenção.

Gomes (2005) identifica alguns significados às palavras acolhimento e vínculo que são atributos de atenção integral à saúde tais como: atenção, consideração, abrigo, receber, atender, dar crédito a, dar ouvido a, admitir, aceitar, tomar em consideração, oferecer refúgios, proteção ou conforto físico, ter ou receber alguém junto a si.

Para ter acolhimento, Franco et al (1999), partem dos seguintes princípios:

“1- Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função recíproca, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população;

2- Reorganizar o processo de trabalho a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento – que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde;

3- Qualificar a relação profissional-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.”

O cuidar de pessoas se constitui em espaços de escuta, acolhimento, diálogo e relação ética e dialógica entre diversos atores implicados na produção do cuidado. (MACHADO et al, 2007).

A adesão é um ponto fundamental para êxitos no tratamento e quebra do ciclo de transmissão; entretanto, para alcançá-la, faz-se necessário uma relação humanizada entre paciente e profissional de saúde que permita aos pacientes compreenderem sua enfermidade, passando também a serem responsáveis pelo seu tratamento, fazendo com que os profissionais, num ambiente de compromisso e respeito direcionem o olhar não apenas à doença como também ao indivíduo, à família e à comunidade. (ARCÊNCIO, 2006).

As relações de acolhimento e de vínculo em muito podem contribuir para o processo de adesão do paciente, haja vista que estabelece uma aproximação maior entre profissional de saúde e paciente, fazendo com que este último entenda a significância de seu tratamento, passando a confiar nas recomendações do profissional de saúde, seguindo corretamente as doses terapêuticas prescritas. (ARCÊNCIO, 2006).

Nesse sentido, o acolhimento e o vínculo podem promover uma nova lógica nos processos de trabalhos das equipes, já que acabam por responder pela integridade social e humana dos indivíduos, num ambiente de solidariedade e empatia, promovendo qualidade na assistência e assim adesão ao tratamento. (ARCÊNCIO, 2006).

4. Percurso Metodológico

Trata-se de um estudo exploratório de recorte quantitativo, fundamentado na dimensão Vínculo entre profissional e doente de tuberculose segundo as dimensões da Atenção Primária a Saúde (APS).

Para a avaliação da dimensão vínculo utilizou-se indicadores construídos com base nos instrumentos de avaliação rápida da organização e desempenho dos serviços da APS, formulados e validados por Almeida e Macinko (2006) no Brasil e adaptados para avaliar a atenção à TB por Villa e Ruffino em 2007.

Foi elaborado um questionário para o doente de tuberculose, contendo 10 questões com escores sobre cada dimensão essencial da APS e adequado para as ações de controle de TB. Os dados sócio-demográficos também foram considerados para a caracterização dos pacientes de TB em tratamento. (ANEXO I).

4.1. População do estudo

A população do estudo foi constituída por doentes de TB diagnosticados no período de julho de 2006 a julho de 2007 nos serviços públicos de saúde de Ribeirão Preto.

Critérios de inclusão:

- Ter sido diagnosticado no período de julho de 2006 a julho de 2007
- Ter idade maior ou igual a 18 anos
- Realizar tratamento em serviços públicos de saúde do município de Ribeirão Preto

Critérios de exclusão

- Ter idade menor que 18 anos
- Permanência em sistema prisional durante o tratamento

4.2. Indicadores construídos para o estudo

- Preocupação e compreensão dos profissionais com outros problemas de saúde do doente;
- Disponibilidade de escuta do doente por parte dos profissionais de saúde;
- Registro das queixas dos doentes pelos profissionais de saúde;
- Profissional como referência para o doente no caso de alguma necessidade;
- Opinião do doente sobre a equipe que o atende;
- Esclarecimentos das dúvidas dos doentes pelos trabalhadores da saúde que tratam da TB;

4.3. Campo de estudo - o município de Ribeirão Preto

Ribeirão Preto situa-se no Nordeste do Estado de São Paulo, a 313 km da capital. Os limites da cidade são dados pelos seguintes municípios: ao sul, Guataporã; a sudeste, Cravinhos; ao norte, Jardinópolis; a leste, Serrana; ao oeste, Dumont; a noroeste, Sertãozinho; e ao nordeste,

Brodósqui. Com 504.923 habitantes segundo o Censo Demográfico de 2.000, o município de Ribeirão Preto se encontra entre os maiores do Estado de São Paulo e do Brasil. Tem área de 651 Km² no total, sendo que 274,08 Km² são de área urbana e 376,92 Km² de área rural. (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

4.4. Organização da Rede Básica de Saúde do Município de Ribeirão Preto

A assistência à saúde no município é organizada em 05 regiões, denominadas Distritos de Saúde. Estes estão localizados nas Regiões:

Regiões: Norte – Distrito Quintino II, Sul – Distrito de Vila Virgínia, Leste – Distrito de Castelo Branco, Oeste – Distrito do Sumarezinho e Região Central – Distrito Central

Os Distritos de Saúde são regiões com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais, que agrupam várias Unidades de Saúde e outros equipamentos sociais. A distribuição das Unidades em Distritos visa oferecer aos munícipes um atendimento básico e de pronto atendimento em urgências próximo à sua residência e tornar mais acessível o atendimento de algumas especialidades encontradas nas UBDS.

Cada Distrito de Saúde conta com uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS), que, além do atendimento básico para sua área de abrangência, será a referência de algumas especialidades para todo o

distrito. Além disto, cada Distrito é composto por várias Unidades Básicas de Saúde (UBS) que têm como finalidade prestar atendimento básico nas áreas médicas, odontológicas e de enfermagem, para a população de sua área de abrangência.

Todas as Unidades de Saúde contam com a retaguarda de laboratório clínico, ultrassonografia, radiologia simples e eletrocardiografia. Nas distritais e ambulatórios de especialidades também são realizados exames mais sofisticados através dos serviços contratados e /ou conveniados. (RIBEIRÃO PRETO, 2005)

4.5. Locais de estudo:

Foram incluídas todas as Unidades de Saúde que apresentam o Programa de Controle da Tuberculose do município de Ribeirão Preto, exceto a unidade E, por ser responsável pelo sistema carcerário, sendo os doentes moradores desta região atendidos por Programas de outra região, os ambulatórios que fizeram parte deste estudo foram:

- 1 - Unidade Básica de Saúde Alexander Fleming (Simioni);
- 2 - Núcleo de Gestão Ambulatorial (NGA-59) ou ambulatório de especialidades;
- 3 - Centro de Referência em DST/AIDS e Tuberculose Dr. José Roberto Campi;

4 - Unidade Básica Distrital de Saúde Centro de Saúde Escola (Sumarezinho).

4.6. Caracterização das Unidades de Saúde que apresentam o PCT

Unidade de Referência do nível secundário Núcleo de Gestão Assistencial (NGA-59) ou Ambulatório de Especialidades

Caracteriza-se por ser um serviço municipalizado, não oferecendo atendimentos básicos. Atende no período diurno, de segunda à sexta-feira. Desta forma, presta atendimento a pacientes com TB em uma área de aproximadamente 190.000 habitantes.

A atenção à tuberculose é organizada de forma programática através do programa de controle da TB (PCT) com equipe especializada constituída por 1 médica infectologista, 1 enfermeira e 2 auxiliares de enfermagem responsáveis pela pré e pós-consulta e também pelo tratamento supervisionado. Também assume eventualmente o TS de pacientes de outras áreas geográficas e de outros PCT do município, em situações de necessidade.

Centro de Referência em DST/AIDS e Tuberculose Dr. José Roberto

Campi - Vila Virgínia

Oferece atendimento básico e concentra algumas especialidades médicas que atendem à demanda oriunda da área de abrangência distrital. Nessa área há sete Unidades Básicas de Saúde e quatro núcleos de Programa de Saúde da Família que atendem aproximadamente 139.987 habitantes.

O PCT é desenvolvido nos períodos da manhã e da tarde. A equipe está constituída por 1 médico infectologista, responsável tanto pelo PCT quanto pelo Programa de DST-AIDS, 1 enfermeira e 2 auxiliares de enfermagem que ficam responsáveis pela pré e pós consulta e também pelo tratamento supervisionado.

Unidade Básica Distrital de Saúde Centro de Saúde Escola –

Sumarezinho

Oferece atendimento básico e concentra algumas especialidades médicas que atendem à demanda oriunda da área de abrangência distrital que corresponde a 139.987 habitantes.

O PCT é desenvolvido no período da manhã e à tarde e é composta por 2 médicos infectologistas, responsáveis pelo PCT e pelo Programa DST-AIDS, 1 enfermeira e 2 auxiliares de enfermagem responsáveis pela pré e pós consulta e também pelo tratamento supervisionado, além de outras visitas domiciliares.

Unidade Básica de Saúde Alexander Fleming – Simioni

Oferece atendimento básico e concentra algumas especialidades médicas, que atendem à demanda oriunda da área de abrangência distrital, cerca de 96.402 mil habitantes. O PCT funciona no período da manhã e está constituído por 1 médico, 1 enfermeira e 2 auxiliares de enfermagem que realizam a pré e pós-consulta e o Tratamento Supervisionado.

Vale acrescentar que os PCT nas Unidades contam com o apoio da equipe de Vigilância Epidemiológica, de Serviço Social, de transporte e farmacêutico; possui também sala de vacinas e realizam a BCG em sua rotina. O laboratório de análise do exame de baciloscopia de escarro é da UNAERP, sendo que diariamente é garantido serviço de transporte de material das unidades para o laboratório. O Instituto Adolfo Lutz é o responsável pela supervisão e controle de qualidade do laboratório conveniado.

4.7. Contextualização da atenção à TB no município de Ribeirão Preto

O município de Ribeirão Preto (RP) foi o pioneiro na implantação da Estratégia DOTS, proposta pela Organização Mundial de Saúde, em 1998, para tornar mais eficaz o controle da doença no município. Em 2005, o município notificou 112 casos de TB. (RIBEIRÃO PRETO, 2007).

O PCT-RP conta com cinco equipes em cinco locais distribuídos em Distritos de Saúde na cidade: **Distrito A:** localizado na região oeste,

Distrito B: localizado na região central, **Distrito C:** localizado na região sul, **Distrito D:** localizado na região norte e **Distrito E:** localizado na região leste.

Estrutura

Os PCT estão situados em Unidades de Saúde funcionando como ambulatórios de referência. Apenas uma das unidades conta, dentro da unidade de saúde, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), mas este tem pouca articulação com o PCT local.

Equipe

Nos cinco distritos as equipes têm a mesma conformação variando em termos de maior número de profissionais e ações realizadas. A equipe do PCT em RP está formada da seguinte forma: um médico, dois auxiliares de enfermagem, sendo uma responsável pelas Visitas Domiciliares (VD) e uma enfermeira, diferenciando-se apenas no distrito A e E, em que há dois médicos responsáveis pelas consultas. Também no distrito E, a enfermeira é a responsável pela VD, juntamente com uma auxiliar de enfermagem.

Ressalta-se que, na maioria das vezes, mesmo funcionando dentro de UBS e UBDS as equipes são fixas, sendo responsáveis apenas pelo programa; na maioria das Unidades, a equipe de enfermagem é solicitada para outras atividades além das do PCT, tais como: ações do Programa de Hanseníase, sala de vacina e curativo.

Porta de Entrada da Clientela

O usuário, na maioria das vezes, entra no PCT encaminhado por UBS ou UBDS, como caso suspeito, através de uma guia de referência. Mas, há casos em que suspeitas confirmadas por convênios particulares e hospitais também são encaminhados para o PCT através de relatórios médicos ou guias de contra – referência.

Vale ressaltar que o distrito E é referência para pacientes do sistema prisional da região, fazendo assim o diagnóstico e sendo responsável pelo seguimento dos detentos. O Tratamento Supervisionado é responsabilidade da equipe de saúde do Centro de detenção ou Presídio.

Diagnóstico

Demanda espontânea: geralmente os usuários procuram o serviço após alguma campanha ou esclarecimento sobre a doença. Passam inicialmente pela pré – consulta de enfermagem, são questionados sobre sintomas e sinais e encaminhados para consulta médica. Geralmente são pedidos exames como: baciloscopia de escarro e RX, sendo o primeiro enviado para o centro de análises clínicas da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP). Na pós – consulta os pacientes são orientados sobre como proceder para a coleta de exames.

Hospitais: são os casos encaminhados já com o diagnóstico. Os pacientes são encaminhados de acordo com a guia de contra – referência. Na maior parte desses casos, há a co – infecção pelo vírus

HIV que passam a ser seguidos pelo nível secundário e recebera o acompanhamento domiciliar para o Tratamento Supervisionado da TB.

UBS e UBDS: são casos suspeitos da doença, sendo a grande maioria encaminhada pelo Pronto Socorro Central. O procedimento é o mesmo que o da demanda espontânea. No caso do distrito E que conta com um PCT na unidade, os casos já podem ser diagnosticados no local sem precisar de encaminhamento.

Vale ressaltar que as baciloscopias positivas são informadas o mais rápido possível pelo laboratório (via telefone), em no máximo 48h, possibilitando um início imediato do tratamento.

Uma vez o diagnóstico confirmado, inicia-se o TS, procurando-se na primeira visita identificar comunicantes, observar as condições de moradia, ressaltar informações relatadas durante as consultas médicas e de enfermagem.

Incentivos

O PCT municipal oferece como incentivos para pacientes em tratamento: uma cesta básica por mês, um litro de leite por semana e vale-transporte, sendo este último, apenas para pacientes que não têm condições financeira de comparecer a consultas ou fazer exames.

Para pacientes sem condições de moradia e de manter-se durante o tratamento, o PCT conta com o apoio de um Abrigo, mantido pela Santa Casa de Misericórdia de RP, que acolhe os doentes e os mantêm em internação até o término do tratamento. Nestes casos, as cestas básicas

são encaminhadas para o próprio Abrigo ou então, para os comunicantes, com a condição de que estes façam os exames e consultas de controle.

Tratamento

O Tratamento Supervisionado (TS) é uma das vertentes da Estratégia DOTS, tendo que ser disponibilizado para o maior número de doentes possível. O TS consiste em observar a ingestão do medicamento pelo doente a fim de prevenir o abandono.

O TS é realizado por um visitador fixo que compõe a equipe de cada uma das cinco unidades do município, respeitando a área de abrangência à qual o paciente pertence.

A frequência do TS varia de acordo com a característica dos doentes, sendo os etilistas, usuários de drogas, idosos, co-infectados e pacientes que apresentam reações medicamentosas, os que mais demandam o aumento da frequência da supervisão. Preconiza-se o TS pelo menos três vezes por semana, mas há casos em que é realizado cinco vezes por semana. Em outros casos, o paciente prefere e se dispõe a ir até a Unidade de Saúde para receber o medicamento.

Há alguns casos em que apenas o TS é realizado pela equipe do PCT, mas o paciente continua com as consultas médicas no nível terciário (hospital). Esses casos são comuns entre pacientes co-infectados pelo vírus HIV e ocorrem em todos os distritos que realizam o TS.

As Visitas Domiciliares

Os distritos A, C e o E contam com uma viatura exclusiva para a realização das VD. No distrito A, as visitas são realizadas de segunda a quinta – feira das 7h30 às 10h. No distrito C, de segunda à sexta-feira das 7h às 11h e no distrito E, as VD são realizadas às segundas, quartas e sextas-feiras das 7h30 às 10h da manhã. Já nos distritos B e D, a viatura é dividida. No distrito B, as visitas são de segunda à sexta-feira, das 7h30 às 9h. No distrito D, são realizadas visitas de segunda à sexta-feira, a partir das 9h, tendo também o período da tarde.

Acompanhamento do Tratamento

Para um maior controle do TS, principalmente com relação à frequência, os serviços preenchem as chamadas “fichas amarelas” do Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo, em que é anotado o tipo de supervisão realizada por dia e mês. Vale lembrar que, essas fichas foram instituídas no distrito A, apenas em janeiro de 2007, de acordo com a recomendação do coordenador do programa.

Faltas

Os serviços são extremamente atentos com relação às faltas de pacientes e comunicantes, tanto para consulta médica quanto para o TS. Uma vez constatada a falta, o profissional busca entrar em contato com o doente e se for o caso, reagendá-lo. O contato é feito via telefone ou diretamente no domicílio do doente.

Alta e acompanhamento pós-alta

Com exames de baciloscopias negativas, RX não sugestivos e sem evidências de infecção, o paciente recebe alta do tratamento e é reagendado para consulta médica em um intervalo de até dois meses após a alta por cura.

4.8. Procedimentos realizados

Elegeu - se como locais de trabalho todas as unidades de saúde que desenvolvem o tratamento dos pacientes com tuberculose. A população de estudo está composta pelos pacientes que iniciaram o tratamento nos serviços A, B, C e D, no período de junho de 2006 até julho de 2007, num total de 100 doentes entrevistados. Durante este período, os doentes da área de abrangência do ambulatório de referência E estavam sendo seguidos pelo distrito B.

O levantamento destes pacientes foi realizado a partir de consultas ao banco de dados da vigilância epidemiológica e de dados secundários obtidos nas unidades de saúde, no livro de registros de casos de tuberculose (livro preto). Em seguida, foram identificados o endereço do doente e seu telefone, se existente, a partir das seguintes fontes: ficha de notificação compulsória, livro preto e informação do profissional de saúde que realiza o tratamento.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de junho e agosto de 2007. O agendamento da entrevista deu-se por telefone ou através dos próprios profissionais do serviço. O local e o horário da aplicação do

questionário foram escolhidos pelo doente, incluindo fins de semana e noite. Nas situações em que o doente não foi encontrado no local combinado, foi necessário um novo contato para agendamento.

A situação de moradia de grande parte dos doentes de TB gerou dificuldades para a localização de seus domicílios. Por ocuparem regiões mais periféricas da cidade, como favelas ou acampamentos, as indicações dos endereços não constavam nos mapas urbanos. As áreas de risco observadas nestes locais são de difícil acesso, caracterizadas pela violência e o tráfico de drogas.

Outro aspecto negativo observado foi o estigma que envolve a doença, pois para alguns sujeitos convidados a participar do projeto, assumir a condição de doente de tuberculose fez com que alguns preferissem não participar do estudo ou se esquivassem no reconhecimento de que tiveram tuberculose.

Uma das estratégias implementadas pela equipe de entrevistadores foi o agendamento da entrevista na mesma data do retorno da consulta médica, o que aumentava as chances da aplicação do questionário. Entretanto, o obstáculo maior eram justamente aqueles que já concluíram o tratamento, pelas mudanças freqüentes de endereço e por não possuírem mais vínculo com o serviço de saúde.

A contribuição da equipe do serviço de saúde foi primordial para a localização e contato com o paciente. Citamos o caso de um dos pacientes que residia em um acampamento do Movimento Sem - Terra,

de difícil acesso e localização, onde a presença de um profissional do serviço possibilitou o contato com o doente e a realização da entrevista.

4.9. Análise dos dados

A metodologia utilizada para análise de dados requereu a criação de um banco para armazenamento dos dados obtidos via questionário.

Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica do Microsoft Office Excel 2003 e posteriormente foram transferidos para a Tabela de entrada de dados do Software *Statística 7.0* da *Statsoft*. Foram construídas tabelas de freqüências para quantificar os resultados observados e verificar possíveis inconsistências no banco de dados, como erros na entrada de dados ou omissão de respostas. Em seguida, foram construídos gráficos para cada pergunta com o objetivo de expressar as freqüências relativas de cada resposta fornecida pelos doentes.

Para comparar as unidades, A, B, C e D quanto às variáveis da dimensão vínculo foi aplicada a análise de variância a um critério de classificação, com o uso do teste F às variáveis que satisfizeram as pressuposições de independência, homocedasticidade e normalidade.

A suposição de que os erros têm distribuição normal foi verificada através da construção de gráficos de probabilidade normal dos resíduos. Segundo Dawson e Trapp (2001) os resultados do teste F não são

influenciados pelos desvios moderados da normalidade, e é robusto com relação às violações da hipótese de normalidade.

Para avaliar a homocedasticidade (homogeneidade das variâncias) de cada variável foi realizado o Teste de Bartlett.

A pressuposição de que os erros são variáveis aleatórias independentes é razoável devido ao fato dos doentes responderem individualmente o questionário e não de forma seriada ou em grupos.

Para as variáveis que apresentaram diferenças entre as unidades de saúde, ou seja, - o teste F apresentou significância estatística, $p < 0,05$, - foi realizado o teste de Tukey com correção para amostras de tamanhos diferentes.

O teste de Tukey é um teste de comparação múltipla de médias, considerado um método de comparação *post hoc* (Dawson e Trapp, 2001) que permite verificar quais unidades de saúde apresentaram diferenças em relação às variáveis analisadas.

Para as análises que indicaram violação dos critérios para o uso da ANOVA foi utilizado o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, que é uma ANOVA não-paramétrica para um critério de classificação. Para as variáveis que apresentaram diferenças entre as unidades de saúde, ou seja, - o teste H apresentou significância estatística, $p < 0,05$, - foi realizado o teste de Dunn (z - prime). (SIEGEL e CASTELLAN, 1988)

O nível de significância estatística adotado em todos os testes foi de 5% de probabilidade. (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos sujeitos:

5.1. Análises de Frequência

Quadro 1 - (Variável 10a) Porcentagem de entrevistados de acordo com o sexo, em diferentes ambulatórios de referência, Ribeirão Preto, (julho 2006 - julho 2007).

Sexo/ ambulatório de referencia	A%	B%	C%	D%	TOTAL
Masculino	25	20	14	10	69
Feminino	14	4	8	5	31
TOTAL	39	24	22	15	100

Fonte: Questionário doentes, 2007.

Quadro 2 - (Variável 10b) Porcentagem de entrevistados segundo escolaridade, Ribeirão Preto, (julho 2006- julho 2007).

Nível de escolaridade dos entrevistados	%
Sem escolaridade	7
Ensino fundamental incompleto	61
Ensino fundamental completo	10
Ensino médio incompleto	5
Ensino médio completo	12
Ensino superior incompleto	2
Ensino superior completo	3
TOTAL	100

Fonte: Questionário doentes 2007.

Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), a média de anos de escolaridade no Brasil é de 5,7 anos, sendo a da região

sudeste maior que a média nacional, de 6,5 anos para homens e mulheres. A informação obtida através da presente pesquisa vai ao encontro com os resultados encontrados em outros estudos que mostram que o perfil da população acometida pela TB no Brasil que é em grande parte do sexo masculino (93%) e com um baixo nível de escolaridade (ensino fundamental incompleto) em 74% dos casos. (SEVERO et al, 2007).

Os indivíduos com esse perfil abandonam o tratamento, predispondo a sociedade à ocorrência do aparecimento da TB multidroga resistente (MDR). (ALBUQUERQUE, 2001)

Quadro 3 - (Variável 10c) Porcentagem de entrevistados segundo tipo de moradia, Ribeirão Preto, (julho de 2006 - julho de 2007).

Tipo de moradia	%
Própria	62
Não- própria/ asilos e abrigos	38
TOTAL	100

Fonte: Questionário doentes 2007.

Quadro 4 - (Variável 10d) Porcentagem de entrevistados segundo número de cômodos por residência, Ribeirão Preto, (julho 2006- julho de 2007).

Número de Cômodos por residência	%
1	1
2	6
3	7
4	17
5 ou mais	69
TOTAL	100

Fonte: Questionário doentes 2007.

Quadro 5 - (Variável 10e) Porcentagem de entrevistados segundo número de residentes por domicílio, Ribeirão Preto, (julho 2006- julho de 2007).

Número de residentes por domicílio	%
4 ou mais pessoas	53
2 a 3 pessoas	35
1 pessoa	12
TOTAL	100

Fonte: Questionário doentes 2007

Os dados mostram que a maioria dos entrevistados (62%) referem morar em casa própria e 69% têm mais de 5 cômodos no domicílio, situação que impressiona quando considerada a realidade nacional, onde existem cerca de 30 milhões de pessoas sem moradia, chegando a um déficit de 6,6 milhões de unidades, segundo a Associação Brasileira de Mutuários de Habitação (2007).

Com relação ao número de moradores por domicílio, 53% relatam morar com mais de quatro pessoas, esse resultado não está distante da média nacional. (IBGE, 2003).

Dos 100 entrevistados durante a coleta de dados, 39 realizavam o tratamento no ambulatório A, 24 no ambulatório B, 22 no C e 15 no D. identifica-se então que o número de casos em acompanhamento pelas unidades de saúde é diferente em função da carga populacional atendida segundo área de abrangência dos distritos de saúde de Ribeirão Preto. De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, a região da área do ambulatório de referência A, é a maior do município, com 136.906 habitantes, seguida pela área da região leste e central, ambas

cobertas pelo ambulatório B, com um total de 226.475 habitantes, segundo dados do ano de 2004. (RIBEIRÃO PRETO, 2007).

Em relação à forma de acompanhamento (variável 8), dos 100 pacientes entrevistados 81% foram submetidos ao Tratamento Supervisionado (TS), o que é preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o aumento das taxas de cura da TB e diminuição do abandono ao tratamento. Ainda assim, verificou-se que em 19% dos casos, os pacientes foram submetidos ao Tratamento auto-administrado (TA). A distribuição de doentes de acordo com o tipo de tratamento nos quatro ambulatórios pode ser observada no gráfico 1 abaixo. (WHO, 2007).

Gráfico 1 - (Variável 8) Distribuição dos doentes de TB segundo tipo de tratamento em diferentes Ambulatórios de Referência, Ribeirão Preto, (2006-2007).

Fonte: Questionário doentes 2007

De acordo com o gráfico 1, na unidade A (28) 71% aproximadamente estavam em TS e (11) 30% aproximadamente em TA, nas unidades B (18) 75% e D (13) 87% dos pacientes foram supervisionados, (6) 25% e (2) 12%, respectivamente apresentaram TA. Observou-se que no ambulatório C 100% dos pacientes estavam em TS.

Os resultados do estudo mostram que o município mantém uma boa cobertura da estratégia DOTS, no que se relaciona ao TS. No período da coleta dos dados o Ambulatório de Referência A passava por mudanças em relação à equipe, ficando por certo período sem enfermeira responsável pelo programa e a troca do visitador responsável pela realização do TS.

Algumas equipes também enfrentam algumas dificuldades com relação à viatura, como descrito na contextualização, que é dividida para duas Unidades. Ressalta-se também o fato de alguns doentes não aceitarem a supervisão, por questões pessoais, envolvendo valores culturais e estigmas com relação à TB, já que o doente, muitas vezes sente-se isolado da comunidade e da família (LONG, 2001) ou mesmo, em outros casos, a própria equipe opta por não realizar a supervisão, quando nota um maior comprometimento do doente e família com o tratamento.

Os entrevistados referem (variável 11), que são sempre atendidos pelo mesmo profissional durante as consultas (99%) e conseguem sanar dúvidas com o mesmo profissional (98%). Os doentes sentem – se compreendidos pelos profissionais (96%), além dos trabalhadores responderem às suas perguntas de maneira clara (96%) (variável 16).

O fato de a equipe ser fixa nos PCT facilita muito a questão do estabelecimento do vínculo, uma vez que o doente passa a ter um profissional

como referência e procura este trabalhador para sanar dúvidas e falar de suas preocupações que, algumas vezes, não estão diretamente relacionadas à TB, mas sim a problemas de caráter íntimo, muito além de questões objetivas ou materiais.

Segundo Arcêncio 2006, por vezes o paciente identifica-se com um determinado ator e quer que esse seja o seu supervisor, e dentro desse cenário as equipes devem entender e contribuir para a sua satisfação, trabalhando dentro de um espírito humano e solidário.

O estudo mostrou que 100% dos entrevistados responderam que (variável 13 e 17) o profissional de saúde que os atendem anota as referidas queixas no prontuário, melhorando assim a troca de informações entre a equipe e evitando que informações sejam perdidas.

Gráfico 2 - (Variável 14) Distribuição de doentes de TB segundo frequência de conversa do trabalhador de saúde sobre outros problemas (que não TB) nos diferentes ambulatórios de referência, Ribeirão Preto (2006-2007).

Fonte: questionário doentes 2007

Gráfico 3. (Variável 15) Distribuição de doentes de TB segundo tempo necessário ao esclarecimento de dúvidas nos diferentes Ambulatórios de Referência, Ribeirão Preto (2006-2007).

Fonte: Questionário doentes 2007

Os resultados acima demonstram que os usuários, nos quatro ambulatórios de referência estudados, sempre/ quase sempre, em mais de 90% dos casos, conversam com os profissionais sobre outros problemas, além da TB e que estes disponibilizam tempo suficiente para que esclareçam suas dúvidas, em quase cem por cento dos casos. Destaca-se o ambulatório A, no que diz respeito à conversa sobre outros problemas que não a TB, em que a porcentagem de nunca/quase nunca foi a mais elevada dentre as quatro, 11%. Talvez, este resultado possa ser relacionado ao número de pacientes em TA, neste ambulatório, também 11%, já que o TS pode estreitar a relação de vínculo entre os pacientes e a equipe responsável. (WHO, 1997)

Para Carvalho (2006), a relação de vínculo está pautada em uma relação de compreensão, consiste em dar apoio e oferecer escuta, narrar fatos e provocar a narração por parte do outro. Esses aspectos, com certeza,

contribuem fortemente para a continuidade da atenção, já que a TB é uma doença ainda muito carregada de preconceitos que influenciam diretamente no modo de vida do indivíduo. Para a autora, a criação de vínculo está baseada em questões como a seletividade e durabilidade, o que implica em tempo transcorrido e conseqüentemente, no estabelecimento de laços de confiança.

Os gráficos 4 e 5 mostram a freqüência com que os profissionais de saúde questionam e explicam aos doentes sobre os medicamentos da TB e outros medicamentos de que o pacientes faz uso.

Gráfico 4 - (Variável 18) Porcentagem de doentes cujo trabalhador de saúde explica sobre a ingesta de medicamentos para TB em diferentes Ambulatórios de Referência, Ribeirão Preto (2006-2007)

Fonte: Questionário doentes 2007

Gráfico 5 - (Variável 19) Porcentagem de doentes cujo trabalhador de saúde questiona sobre a ingesta de outros medicamentos (que não da TB), em diferentes Ambulatórios de Referência, Ribeirão Preto (2006-2007).

Fonte: Questionário doentes 2007

Os resultados foram bastante satisfatórios, demonstrando que uma grande maioria de pacientes, nas quatro unidades, sempre/quase sempre são questionados e recebem explicações sobre os tuberculostáticos e outros medicamentos.

Os profissionais do PCT devem ser treinados para fornecer aos pacientes informações claras e corretas com relação aos medicamentos utilizados para tratar a TB, além da interação farmacológica desses medicamentos com outros que podem estar em uso pelo doente. Além disso, as respostas devem ser dadas de maneira clara procurando sempre dar ênfase à saúde e não à doença como habitualmente se faz. Estimular o paciente a perguntar sobre o tratamento, desfazendo assim a relação de hierarquia entre

paciente e profissional de saúde, também faz parte da criação do laço de confiança entre as partes. (GONÇALVES, 1999)

As relações de acolhimento e de vínculo em muito podem contribuir para o processo de adesão do paciente, haja vista que estabelece uma aproximação maior entre profissional de saúde e paciente, fazendo-se com que este último entenda a significância de seu tratamento, passando a confiar nas recomendações do profissional de saúde, seguindo corretamente as doses terapêuticas prescritas. (ARCÊNCIO, 2006)

Os gráficos 6, 7 e 8 a seguir, mostram a freqüência com que os doentes procuram o médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem por outra condição que não seja a TB.

Gráfico 6 - (Variável 20a) Distribuição dos doentes segundo a freqüência com que procuram o MÉDICO por condição que não a queixa de TB em diferentes ambulatórios de referência , Ribeirão Preto (2006-2007).

Fonte: Questionário doentes 2007

De acordo com o gráfico 6, nos ambulatórios A e B, uma grande porcentagem de entrevistados responderam que sempre/ quase sempre procuraram o médico por outras necessidades, tais como cestas básica e vale transporte, 35 (90%) e 23 (96%) de cada ambulatório, respectivamente, sendo este resultado um pouco menor nos ambulatórios C e D, 12 (55%) e 8 (53%), respectivamente.

Gráfico 7 - (Variável 20b) Distribuição dos doentes segundo frequência com que procuram o ENFERMEIRO por condição que não a queixa de TB, em diferentes centros de referência, Ribeirão Preto (2006-2007).

Fonte: Questionário doentes 2007

Em três ambulatórios, A, B e C, mais de 60% dos doentes entrevistados de cada ambulatório, referiram nunca/ quase nunca procurar o enfermeiro por outra razão que não seja a TB, já na Unidade D esta porcentagem é menor, 7%.

Gráfico 8 - (Variável 20c) Distribuição dos doentes segundo frequência com que procuram o AUXILIAR DE ENFERMAGEM em diferentes centros de referência, Ribeirão Preto (2006-2007).

Fonte: Questionário doentes 2007.

O gráfico 8, mostra a porcentagem de doentes que procuram o auxiliar de enfermagem para outras necessidades. Esse resultado surpreende pelo fato de que em três ambulatorios, mais de 50% dos respondentes relataram nunca/ quase nunca procurar este profissional para outras necessidades, uma vez que, na maioria das vezes, é de responsabilidade deste profissional a realização do TS o que possibilita uma relação mais estreita com o doente. Essa situação só é diferente no ambulatório D, em que cerca de 73% dos doentes, responderam que procuram o auxiliar de enfermagem sempre/ quase sempre.

O gráfico 9 traz a percepção do doente entrevistado para com o PCT do qual faz parte.

Gráfico 9. (Várialvel 21) Percepção do doente sobre a atenção despendida pela equipe do Programa de Controle da TB em diferentes ambulatórios de referência, Ribeirão Preto (2006-2007).

Fonte: Questionário doentes 2007.

A maioria dos entrevistados dos ambulatórios de referência julga muito boa ou boa a equipe de saúde e a atenção prestada. De acordo com o gráfico, o conceito regular foi dado por menos de 10% dos entrevistados nos ambulatórios A, B e D, resultado pouco significativo em (WHO, 2007). relação aos que avaliam positivamente o serviço.

Tal resultado já era esperado em virtude de vários fatores do PCT: demanda espontânea – o doente, na maioria das vezes não depende da guia de referência de outra unidade para ser atendido; não há demora no atendimento ou espera para consultas; os resultados de exames são rápidos e a equipe é fixa. Ressalta-se que no momento das entrevistas os pacientes referiam estar satisfeitos com o atendimento realizado pela equipe do

programa, mas o mesmo não poderiam dizer do atendimento fora do PCT (pronto atendimento, por exemplo).

Para Mendes (2007), há evidências da satisfação do cliente/ paciente sobre a continuidade (longitudinalidade) da atenção prestada, mas pouca satisfação sobre a qualidade dos serviços.

5.2. Análise de Variância

Para avaliar a homogeneidade das variâncias de cada variável foi realizado o Teste de Bartlett. A hipótese inicial (H_0) testada foi para verificar a igualdade entre as variâncias de cada variável ao nível de 5% de significância.

Para valores de $p > 0,05$ o teste foi não significativo e, portanto, as variâncias foram consideradas homogêneas, o que permitiu a realização da ANOVA PARAMÉTRICA, a um critério de classificação.

Para valores de $p < 0,05$ o teste foi significativo, portanto, as variâncias foram consideradas heterogêneas e neste caso foi realizada a ANOVA NÃO PARAMÉTRICA. O quadro 6 mostra os resultados obtidos.

Quadro – 6. Variáveis homogêneas e heterogêneas de acordo com o valor encontrado no teste de Bartlett (valor de p).

Variáveis	Teste de Bartlett - valor de p
Variável 14. Frequência de conversa do trabalhador de saúde sobre outros problemas (que não TB) nos diferentes ambulatórios de referência.	$P = 0,676444$
Variável 19. Porcentagem de doentes cujo trabalhador de saúde questiona sobre a ingesta de outros medicamentos (que não da TB), em diferentes Ambulatórios de	$P = 0,442258$

Referência.	
Variável 20a. Distribuição dos doentes segundo a frequência que procuram o MÉDICO por condição que não a queixa de TB em diferentes ambulatorios de referência.	P < 0, 000001
Variável 20b. Distribuição dos doentes segundo frequência com que procuram o ENFERMEIRO por condição que não a queixa de TB, em diferentes centros de referência.	P < 0, 000001
Variável 20c. Distribuição dos doentes segundo frequência que procuram o AUXILIAR DE ENFERMAGEM em diferentes centros de referência.	P = 0, 858204
Variável 21. Percepção do doente sobre a atenção despendida pela equipe do Programa de Controle da TB em diferentes ambulatorios de referência.	P = 0, 300819

Os resultados obtidos na tabela 1 mostram que as variâncias das unidades de saúde A, B, C e D em relação às variáveis V14, V19, V20c e V21 foram consideradas semelhantes (iguais) devido aos valores de p serem maiores que 0,05.

Para estas variáveis foi realizado ANOVA PARAMÉTRICA a um critério de classificação, com o uso do Teste F.

. Para as variáveis V20a e V20b que não atenderam aos pressupostos da ANOVA PARAMÉTRICA foi utilizado a ANOVA NÃO PARAMÉTRICA, usando o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, teste H.

Foram verificados os seguintes resultados conforme apresentado no quadro 7.

Quadro – 7. Teste H para variáveis com anova NÃO PARAMÉTRICAS, e Teste F para as variáveis com anova PARAMÉTRICAS.

Variáveis	Média	DP	Teste F ou H
Variável 14. Frequência de conversa do trabalhador de saúde sobre outros problemas (que não TB) nos diferentes Ambulatórios de Referência.	4,09	1,49	Teste F P = 0, 497116
Variável 19. Porcentagem de doentes cujo trabalhador de saúde questiona sobre a ingesta de outros medicamentos (que não da TB), em diferentes Ambulatórios de Referência.	4,41	1,36	Teste F P = 0, 767694
Variável 20a. Distribuição dos doentes segundo a frequência que procuram o MÉDICO por condição que não a queixa de TB em diferentes Ambulatórios de Referência.	4,25	1,45	Teste H P < 0, 000001
Variável 20b. Distribuição dos doentes segundo frequência com que procuram o ENFERMEIRO por condição que não a queixa de TB, em diferentes Centros de Referência.	1,61	1,30	Teste H P < 0, 000001
Variável 20c. Distribuição dos doentes segundo frequência que procuram o AUXILIAR DE ENFERMAGEM em diferentes Centros de Referência.	2,36	1,82	Teste F P = 0, 000074
Variável 21. Percepção do doente sobre a atenção despendida pela equipe do Programa de Controle da TB em diferentes ambulatórios de referência.	4,70	0,52	Teste F P = 0, 612324

Para a variável 14 (V14), o teste não foi significativo ($P = 0,497116$), portanto não há diferença quanto ao trabalhador de saúde conversar sobre outros problemas de saúde que não sejam a tuberculose nos diferentes ambulatórios de referência.

Na variável V19 o teste também não foi significativo ($P = 0,767694$); sendo assim, nos ambulatórios de referência no tratamento da tuberculose do referido município, os profissionais de saúde perguntam sobre todos os medicamentos que os doentes utilizam de forma homogênea.

Para a variável 20a, o teste H foi significativo, $p = 0,0001$, indicando que as unidades apresentaram diferenças quanto à frequência em que os doentes procuraram pelo médico quando apresentaram alguma necessidade (cesta, básica, vale transporte,...).

Para identificar a ocorrência de diferenças entre as unidades foi realizado um teste de comparação múltipla de médias, Teste de z - prime. Este teste mostrou que as unidades A, B, C e D não apresentaram significância estatística.

Esse resultado confirma a “preferência” dos pacientes em procurar este profissional em detrimento de outros, como o enfermeiro/a ou auxiliar de enfermagem, pois isso está muito ligado à questão da hegemonia do saber e que em inúmeras ocasiões o médico é o profissional mais requisitado. (SCHIMITH, 2004; TEIXEIRA, 2000)

Para a variável 20b, o teste H foi significativo, $p < 0,0001$, indicando que as unidades apresentaram diferenças quanto à frequência em que os doentes

procuraram pelo enfermeiro quando apresentaram alguma necessidade (cesta, básica, vale transporte,...).

Para identificar a ocorrência de diferenças entre as unidades foi realizado um teste de comparação múltipla de médias, Teste de z - prime. Este teste mostrou que as unidades A e D ($p = 0,024671$) apresentaram significância estatística, ou seja, nas unidades A e D procura-se com mais frequência o profissional enfermeiro do que nas demais unidades, possivelmente pelo fato da distribuição desses benefícios nessas unidades estar centralizada no profissional enfermeiro.

Para Shimith (2004), a enfermeira/o envolve-se mais em atividades administrativas do que na própria assistência de enfermagem, deixando muitas vezes competências que são dela/e aos encargos do auxiliar de enfermagem ou médico. Tais atitudes resultam em entraves na criação e estabelecimento do vínculo entre o paciente e este profissional. Ainda para a autora, “ *o vínculo deve ser extensivo a toda equipe de saúde, pois somente desta maneira é possível atender de fato às demandas e necessidades dos sujeitos reais do trabalho em saúde*”.

O teste F foi significativo para a variável 20c, ($P = 0,000074$), indicando que as unidades apresentaram diferenças quanto à frequência em que os doentes procuraram pelo auxiliar de enfermagem quando apresentaram alguma necessidade (cesta, básica, vale transporte,...).

Para identificar a ocorrência de diferenças entre as unidades foi realizado um teste de comparação múltipla de médias, Teste de Tukey. Este

teste mostrou que as unidades A ($p = 0,003823$) e B ($p = 0,001298$) se diferenciam da unidade D.

Vale ressaltar que no ambulatório D o PCT ficou sem um médico responsável pelo programa, ou seja, as consultas eram realizadas ou em outro serviço que contava com o PCT ou por outros médicos pouco ligados ao programa, ou seja, apresentou alterações na composição da equipe, mantendo-se apenas o visitador que é um auxiliar de enfermagem que, então, passou a ser referência para os doentes.

Confirmando assim a visão de Arcêncio 2006, que relata que por vezes o paciente identifica-se com um determinado ator e quer que esse seja o seu supervisor.

Na V21, verifica-se que a maioria dos entrevistados julga que os trabalhadores dos ambulatórios de referência no tratamento da tuberculose apresentam uma opinião semelhante sobre a atenção prestada aos usuários.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existem dentro do Programa de Controle da Tuberculose, facilidades e dificuldades como em todo o serviço de saúde.

Como dificuldade pode-se citar a situação de moradia de grande parte dos doentes de TB que gera dificuldade para a localização de seus domicílios. Por ocuparem regiões mais periféricas da cidade, como favelas ou acampamentos, as indicações dos endereços não constavam nos mapas urbanos. As áreas de risco observadas nestes locais são de difícil acesso, caracterizadas pela violência e o tráfico de drogas.

Nem todo o ambulatório de tuberculose pode contar com uma viatura para tratamento supervisionado exclusiva, tendo que dividi-la com as visitas domiciliares para outros fins, além de ter que dividir também com as visitas e serviços da vigilância epidemiológica, como por exemplo, levar ou buscar materiais utilizados em campanhas, como vacinas, por exemplo.

Ressalta-se que, na maioria das vezes, funcionando dentro de UBS e UBDS as equipes são fixas e são responsáveis pelo programa, mas a equipe de enfermagem é solicitada para outras atividades além das do PCT, tais como, ações do Programa de Hanseníase, sala de vacina e curativo, desviando um pouco da atenção à tuberculose.

Apenas uma das unidades conta dentro da unidade de saúde, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), mas este tem pouca articulação com o PCT local.

Os programas de Controle da Tuberculose contam com algumas facilidades no combate a essa doença, tais como os incentivos.

O município oferece como incentivos para pacientes em tratamento: uma cesta básica por mês, um litro de leite por semana e vale-transporte, sendo

este último, apenas para pacientes que não têm condições de comparecer a consultas ou fazer exames.

Para pacientes sem condições de moradia e de manter-se durante o tratamento, o PCT conta com o apoio de um Abrigo, mantido pela Santa Casa de Misericórdia de RP, que acolhe os doentes e os mantém em internação até o término do tratamento.

Uma vez constatada a falta, o profissional busca entrar em contato com o doente e se for o caso, reagendá-lo. O contato é feito via telefone ou diretamente no domicílio do doente.

O Tratamento Supervisionado (TS) é uma das vertentes da Estratégia DOTS, sendo disponibilizado para o maior número de doentes possível. O TS consiste em observar a ingestão do medicamento pelo doente a fim de prevenir o abandono.

O TS é realizado por um visitador fixo que compõe a equipe de cada uma das cinco unidades do município, respeitando a área de abrangência à qual o paciente pertence e favorecendo o vínculo entre os doentes e o profissional.

Contudo, observa-se por meio dos resultados obtidos que o doente de TB avalia positivamente a equipe de saúde que o atende e sente que os profissionais de saúde dispensam a atenção desejada para esse paciente, nos quatro ambulatorios que realizam as ações do PCT.

Nota-se que os doentes sentem-se à vontade para esclarecer dúvidas e falar de suas preocupações com os profissionais que os atendem, demonstrando que os trabalhadores da saúde estão dispostos a escutar esses pacientes, a fim de estabelecer com eles uma relação de confiança.

Atenta-se que no momento das entrevistas, os pacientes referiam estar satisfeitos com o atendimento realizado pela equipe do programa, mas o mesmo não poderiam dizer do atendimento fora do PCT (pronto atendimento, por exemplo).

Assim, é essencial que o paciente sinta-se fortalecido na relação que se estabelece por vários meses com os profissionais que os atende durante o tratamento da TB, para que não haja desvios nesse tratamento nem abandono, sendo todos os casos encerrados por cura.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, M. F. M.; LEITÃO, C. C. S.; CAMPELO, A. R. L.; SOUZA, W. V.; SALUSTIANO, A. Fatores prognósticos para o desfecho do tratamento da tuberculose pulmonar em Recife, Pernambuco, **Brazil. Rev Panam Salud Publica**, cidade, v. 9, n. 6, p. 368-374, 2001.

ALMEIDA, C. M.; MACINKO, J. Validação de metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e de desempenho da atenção básica em nível local. In: CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA E 8 CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 11. 2006, Rio de Janeiro. **Saúde coletiva em um mundo globalizado**: rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas. Rio de Janeiro: ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2006. v.1.

ARCÊNCIO, R. A. **A organização do tratamento supervisionado nos municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005)**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. 140p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MUTUÁRIOS DA HABITAÇÃO (ABMH). Ano. Disponível em: http://www.abmh.org.br/cartilhas.asp?v_mensagem=41. Acesso em: 19 nov. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Administração. **Bol Pneumol Sanit**, Brasília, v. 4, n. 1, p. 7-56, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano nacional de controle da tuberculose**. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. REUNIÃO TÉCNICA DOS PÓLOS DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 1999. **Anais...** Brasília (DF), 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças endêmicas, Áreas técnicas de Pneumologia Sanitária. **Programa Nacional de Controle da tuberculose**, 28p. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à descentralização. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística**: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed, 2003. 256p.

CARVALHO, A. M. A.; BASTOS, A. C. S. B.; RABINOVICH, E. P.; SAMPAIO, S. M. R. Vínculos e redes sociais em contextos familiares institucionais: uma reflexão conceitual. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 589-598, set-dez. 2006.

DAWSON, B.; TRAPP, R. **Bioestatística básica e clínica**. 3. ed. Rio de Janeiro: McGraw-hill, 2001. 364 p.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e o processo de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: prática de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunic, Saúde, Edu.**, Botucatu, v.9, n.17, p.287-301, mar./ago. 2005.

GONÇALVES, H.; COSTA, J. S. D.; MENEZES, A. M. B; KNAUTH, D.; LEAL, O. F. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul, na perspectiva do doente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p. 777-787, out. /dez. 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2003. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 19 nov. 2007.

LONG, N. H.; JOHANSSON, E. V. A.; DIWAN, V. K.; WINKVIST, A. Fear and social isolation as consequences of tuberculosis in Vietnam: a gender analysis. **Health Policy**, cidade, n. 58, p. 69-81, 2001.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciências & Saúde Coletiva**, 12(2):335-342, 2007.

MALTA, D. C.; FERREIRA, L. M.; REIS, A. T.; MERHY, E. E. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência de Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 24, n. 56, p. 21-34, set./dez. 2000.

MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. 2007. 154p. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/PSF/Textos/oficina_atencao_saude.pdf>. Acesso em 17 de Dezembro de 2007.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: Os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E.; CAMPOS, G.W.S. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994. p.145-186.

MUNIZ, J. N. **O Tratamento Supervisionado no Controle da Tuberculose em Ribeirão Preto**: uma intervenção de que tipo? 1999. 152p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

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

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 comunitário de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 2, p. 315-321, 2005.

OMS/OPAS/MS-BRASIL. **Desenvolvimento de sistemas de serviços de saúde**: validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 215p.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 1, 2003.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Divisão de Vigilância em Saúde. **Doenças de notificação Compulsória. Ano.** Disponível em: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br>. Acesso em: 19 nov. 2007.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento. **Plano municipal de contingência para epidemias de Febre Hemorrágica da Dengue (FHD).** Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/CRP>. Acesso em: 20 fev. 2008.

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

SANTOS, C. B.; HINO, P.; VILLA, T. C. S.; MUNIZ, J. N. Indicadores epidemiológicos e de impacto da tuberculose para Ribeirão Preto no período de 1990 a 2000. **Bol. de Pneumologia Sanitária**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 31-40, 2002.

SCHMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, p.1487-1494, nov./dez. 2004.

SEVERO N. P. F.; LEITE, C. Q. F.; CAPELA, M. V.; SIMÕES, M. J. S. Características clínico: demográficas dos pacientes hospitalizados com tuberculose no Brasil, período 1994 a 2004. **J Bras Pneumol**, Brasília, v. 33, n. 5, p. 565-571, 2007.

SIEGEL, S.; CASTELLAN JR, N. J. **Nonparametrics statistics**. 2nd ed. New York: Mc Graw-Hill, 1988.]

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

TEIXEIRA, R. A.; MISHIMA, S. M. Perfil dos trabalhadores no Programa Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, São Paulo, v. 53, p. 386-400, 2000.

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

VILLA, T. C. S.; MONROE, A. A.; CARDOZO GONZALES, R. I.; ARCÊNCIO, R. A.; OLIVEIRA, M. F.; GALESI, V. M. N.; SANTOS, L. A. R.; RUFFINO NETTO, A. A. **Experiência da implantação da estratégia DOTS no Estado de São Paulo (1998-2005)**. In: VILLA, T. C. S.; RUFFINO NETTO, A. (Orgs.). **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais**. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2006b. p.75-139.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the tuberculosis epidemic, 1997: use dots more widely**. Geneva: WHO, 1997. (WHO, TB/97.224).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **What is DOTS?: a guide to understanding the WHO-recommended TB control Strategy known as DOTS**. Geneva: WHO, 1999. 34p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **An expanded DOTS framework for effective Tuberculosis control: stop TB communicable disease**. Geneva: WHO, 2002. 23 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Addressing poverty in TB control: options for national TB control programmes**. WHO/TB/05.352, 2005. Geneva: WHO, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO Report 2007**. Geneva: WHO, 2007.

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

8. APÊNDICES

ANEXO I

I. Doentes de Tuberculose

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

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

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

(Para ser aplicado aos doentes de TB)

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

Atualizado em 20 de junho de 2007

Este instrumento é baseado num questionário elaborado por James Macincko (New York University) e Célia Almeida (ENPS-FIOCRUZ), norteado por Bárbara Starfield, MD, MPH, FRPCGP e James Macincko, PHD.D, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins, Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD. USA.

Adaptado para a atenção à tuberculose por Tereza Cristina Scatena Villa (EERP-USP/ Área Operacional REDE-TB) e Antonio Ruffino Netto (FMRP/ REDE-TB).

Nome do Entrevistador:.....

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

Município:.....Estado:.....

A. INFORMAÇÕES GERAIS.			
1	Código identificador (Nº SINAM ou WEB-TB) do entrevistado		
2	Iniciais do entrevistado e Nº do Prontuário:	Iniciais:	
		Prontuário:	
3	Endereço completo do entrevistado		
4	Nome da Unidade de AB		
5	Endereço da Unidade de AB		
6	Tipo de Unidade		
	UBS	1 ()	
	UBS/PACS	2 ()	
	USF/PACS	3 ()	
	Ambulatório de Referência	4 ()	
7a	Unidade de saúde que encaminhou o caso	Nome: _____ End : _____ Bairro: _____	
7b	Unidade de saúde que diagnosticou o caso	Nome: _____ End : _____ Bairro: _____	
8	Faz Tratamento Supervisionado	Sim	Não
9	Local de Atendimento		
9a	Consulta Médica de Controle	USF/PACS	1 ()
		UBS	2 ()
		UBS/PACS	3 ()
		Ambulatório de Referência	4 ()
		Domicílio	5 ()
9b	Tratamento Supervisionado	USF/PACS	1 ()
		UBS	2 ()
		UBS/PACS	3 ()
		Ambulatório de Referência	4 ()
		Domicílio	5 ()

B. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS SOBRE O DOENTE DE TB.			
10.a	Sexo do usuário	Feminino	0 ()

		Masculino	1 ()			
10.b	Qual foi a última série escolar que o(a) Sr.(a) cursou?	Sem escolaridade	0 ()			
		Ensino Fundamental (1º grau incompleto)	1 ()			
		Ensino Fundamental (1º grau completo)	2 ()			
		Ensino Médio (2º grau incompleto)	3 ()			
		Ensino médio (2º grau completo)	4 ()			
		Ensino superior (universitário) incompleto	5 ()			
		Ensino superior (universitário) completo	6 ()			
10.c	O local onde o(a) Sr.(a) vive é:					
	Própria	1 ()				
	Alugada	2 ()				
	Empréstimo	3 ()				
	Instituição (asilar/ abrigo/outros)	4 ()				
	Não tem moradia	5 ()				
10.d	Número de cômodos da sua casa INCLUINDO o banheiro:					
	1 Cômodo	1 ()				
	2 Cômodos	2 ()				
	3 Cômodos	3 ()				
	4 Cômodos	4 ()				
	5 ou mais Cômodos	5 ()				
		4 ou mais pessoas	2 – 3 pessoas			
		1	2			
			1 pessoa			
			3			
10.e	Número de pessoas residentes em sua casa?					
AGORA VAMOS FALAR SOBRE A FORMA DE COMO O(A) SR.(A) É ATENDIDO PELOS PROFISSIONAIS DO POSTO/CENTRO/UNIDADE DE SAÚDE.						
F. VÍNCULO.						
		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
11	Quando o(a) Sr.(a) vai ao posto/centro/unidade de saúde para a consulta de TB, é atendido pelo mesmo profissional?					
12	Se o(a) Sr.(a) tem alguma dúvida sobre o seu tratamento, consegue falar com o mesmo profissional do posto/centro/unidade de saúde que o atende?					

		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
13	Quando o(a) Sr.(a) faz alguma pergunta ao profissional do posto/centro/unidade de saúde sente que ele entende?					
14	Quando o(a) Sr.(a) consulta o profissional do posto/centro/unidade de saúde conversa sobre outros problemas de saúde?					
15	O profissional do posto/centro/unidade de saúde dá tempo suficiente para que o(a) Sr.(a) fale suas dúvidas ou preocupações?					
16	O profissional do posto/centro/unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está fazendo o tratamento responde às suas perguntas de maneira clara?					
17	Durante seu atendimento o profissional do posto/centro/unidade de saúde anota as suas queixas no seu prontuário?					
18	O profissional do posto/centro/unidade de saúde explica sobre os medicamentos utilizados para o tratamento de TB?					
19	O profissional do posto/centro/unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamentos que o(a) Sr.(a) está utilizando?					
20	Quando o(a) Sr.(a) tem algum problema de saúde ou outras necessidades (cesta básica, vale					

		transporte...), com que frequência procura os seguintes profissionais do posto/centro/unidade de saúde?				
		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
20 a	Médico					
20 b	Enfermeiro					
20 c	Auxiliar Enfermagem					
		Muito Ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom
		1	2	3	4	5
21	Qual é sua opinião sobre a equipe de saúde que o atende?					

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa sobre “*Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da tuberculose em municípios do Estado de São Paulo*”.

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

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

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

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

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

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

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

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

Ribeirão Preto, ____, de _____ de 2007

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

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

Atenciosamente

Prof^a Dr^a Tereza Cristina Scatena Villa

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

9. COMITÊ DE ÉTICA

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

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

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 054/2007

Ribeirão Preto, 22 de março de 2007

Prezada Senhora,

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

Protocolo: nº 0762/2007

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

Pesquisador: Tereza Cristina Scatena Villa

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

Atenciosamente,

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

Ilma. Sra.

Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa

Deptº de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP