UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MÁRCIO CURTO

**Atenção individual, enfoque familiar e orientação à comunidade nas ações de controle
da tuberculose na percepção de diferentes atores - Ribeirão Preto, SP (2007)**

Ribeirão Preto
2009

MÁRCIO CURTO

Atenção individual, enfoque familiar e orientação à comunidade nas ações de controle da tuberculose na percepção de diferentes atores - Ribeirão Preto, SP (2007)

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

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Inserida na linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa

Ribeirão Preto
2009

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.

Curto, Márcio

Atenção individual, enfoque familiar e orientação à comunidade nas ações de controle da tuberculose na percepção de diferentes atores - Ribeirão Preto, SP (2007). Ribeirão Preto, 2009.

93 f.: il.; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa

1. Tuberculose. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Avaliação dos Serviços de Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Márcio Curto

Atenção individual, enfoque familiar e orientação à comunidade nas ações de controle da tuberculose na percepção de diferentes atores - Ribeirão Preto, SP (2007).

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

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Inserida na linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

À Deus, pelo dom da vida e por permitir que mais esse objetivo fosse alcançado, Nele busquei forças nos momentos mais difíceis.

*À minha querida mãe, **María**, exemplo de vida, garra e determinação, que mesmo diante das maiores dificuldades e privações impostas pela vida, jamais deixou de incentivar meus estudos e os meus ideais de vida. Amo você!*

Ao João, que mesmo sem laços consangüíneos, soube ser pai e amigo em momentos difíceis da minha vida. Serei grato, sempre!

*Ao meu pai, **Mário**, pela esperança de uma nova vida.*

*Às minhas irmãs, **Marilda** e **Marlene** pelo exemplo de força e determinação, que me ensinaram que só é “tarde demais”, quando se deixa de lutar.*

*Ao meu irmão, **Milton**, meu “primeiro orientador”, por aguçar em mim desde a infância a curiosidade, mãe de todas as ciências.*

*À(o)s meu (minha)s sobrinho (a)s: **Gísele**, **Bruna**, **Leonardo**, **María Eduarda** e **Thiago**, pela alegria e carinho. Vocês são muito importantes pra mim!*

*Ao **Sérgio** e à **Sandra** meus cunhado(a)s. Sou grato pela amizade e convivência.*

*À **Cléa**, pelo carinho, companheirismo, paciência e compreensão nos meus momentos de ausência dedicados ao estudo. Amo você!*

Agradecimentos Especiais

À Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa, minha orientadora, pela confiança em mim depositada e pelo despertar a esse agravo (tuberculose), que há séculos assola a humanidade. Agradeço ainda, por me colocar em contato e compartilhar conhecimentos com pesquisadores do mais alto nível, por intermédio do Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose - GEOTB - REDE-TB.

Ao Prof. Dr. António Ruffino Netto pela determinação na luta contra a “calamidade negligenciada”, como ele mesmo denominou a tuberculose. Agradeço ainda a oportunidade de poder receber seus ensinamentos e compartilhar sua racionalidade de pesquisador e coração de poeta. Nossa jornada se torna mais fácil quando se tem um grande líder como o senhor nos orientando. Muito obrigado pela humildade e paciência com que sempre nos recebeu!

À Profa. Dra. Sílvia Helena Figueiredo Vendramini por acreditar no meu potencial e me colocar em contato com esse grupo de pesquisas. Que Deus a ilumine sempre!

À Profa. Dra. Lúcia Marina Scatena pela imensa contribuição e ensinamentos nas análises estatísticas desse trabalho. A sua contribuição torna mais proveitosa nossa jornada.

À FAPESP - Fundo de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo pelo apoio financeiro sob concessão de Bolsa de Mestrado, processo: 2007/02648-7.

“O valor das coisas não está no tempo em que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

(Fernando Pessoa)

Agradecimentos

Aos membros da Banca Examinadora, Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa, Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto e Profa. Dra. Sílvia Helena Figueiredo Vendramini. As suas recomendações e sugestões muito contribuíram para a conclusão deste trabalho. Muito Obrigado.

À Profa. Dra. Vânia Del Arco Paschoal pelo exemplo de dedicação aos portadores de Hanseníase e por me proporcionar o primeiro contato com a Saúde Pública. Muito obrigado pelo carinho, amizade e pela convivência!

Ao Sr. Walmir, Dona “Zéza” e Fábio que durante alguns anos foram mais que amigos, talvez uma extensão de minha família. Muito obrigado pelos conselhos, pela força e pela confiança em mim depositada. Vocês são pessoas especiais em minha vida!

Aos amigos do GEO-TB: Aline Beraldo, Aline Monroe, Anneliese, Bruna, Cláudia Eli, Danuza, Gabriela, Elisângela, Flávio, Laís Mara, Livia, “Lurdinha”, Maria Amélia, Maria Eugênia, Mayra, Pedro, Reinaldo, Ricardo, Roxana, Sônia, Tânia e todos os pesquisadores de outras instituições. Compartilhar conhecimentos e vivências com vocês fez de mim uma pessoa melhor. Sempre me lembrarei de vocês.

Agradecimentos

À Patrícia (Paty) e Rúbia, meus sinceros agradecimentos pelo companheirismo no sentido pleno da palavra, por me ensinarem dia-a-dia ser, estar e viver o Grupo GEO-TB. Sem vocês, essa passagem da minha vida seria menos construtiva.

A todos os profissionais das equipes do PCT de Ribeirão Preto pela atenção e pela exemplar dedicação aos doentes de tuberculose. Vocês fazem a diferença!

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

A todos aqueles que com sua contribuição tornaram possível a concretização desse trabalho. Sou grato.

Por fim, agradeço especialmente a todos os doentes de tuberculose, profissionais de saúde e gestores que colaboraram e participaram dessa pesquisa. Meus sinceros agradecimentos por acreditarem nesse estudo.

Testamento

*O que não tenho e desejo
É que melhor me enriquece.
Tive uns dinheiros -- perdi-os...
Tive amores -- esqueci-os.
Mas no maior desespero
Rezei: ganhei essa prece.*

*Vi terras da minha terra.
Por outras terras andei.
Mas o que ficou marcado
No meu olhar fatigado,
Foram terras que inventei.*

*Gosto muito de crianças:
Não tive um filho de meu.
Um filho!... Não foi de jeito...
Mas trago dentro do peito
Meu filho que não nasceu.*

*Criou-me, desde eu menino,
Para arquiteto meu pai.
Foi-se-me um dia a saúde...
Fiz-me arquiteto? Não pude!
Sou poeta menor, perdoaí!*

*Não faço versos de guerra.
Não faço porque não sei.
Mas num torpedo-suicida
Darei de bom grado a vida
Na luta em que não lutei!*

Manuel Bandeira

(Poeta Brasileiro que sobreviveu à tuberculose)

RESUMO

CURTO, M. Atenção individual, enfoque familiar e orientação à comunidade nas ações de controle da tuberculose na percepção de diferentes atores - Ribeirão Preto, SP (2007). 2009. 93 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

O objetivo desse estudo foi avaliar, sob a percepção dos doentes, dos profissionais de saúde e dos gestores as características organizacionais e desempenho dos serviços de saúde (SS) que desenvolvem ações de controle da TB, abordando as dimensões: atenção individual (AI), enfoque familiar (EF) e orientação à comunitária (OC) na cidade de Ribeirão Preto, SP, Brasil. O estudo justifica-se pelo fato da TB ser um problema de saúde pública mundial com grande impacto no Brasil e também pela necessidade reorganização dos serviços de atenção primária à saúde (APS) considerando os aspectos da AI, EF e OC. Materiais e Métodos: O estudo epidemiológico, inquérito avaliativo-exploratório utilizou o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCAT), adaptado e validado para a atenção à TB no Brasil. O PCAT foi aplicado a 100 doentes, 16 profissionais e três gestores que responderam cada questão de acordo com uma escala pré-determinada, (escala de Likert), variando de zero a cinco. Resultados: O desempenho dos SS foi considerado satisfatório em relação à AI pelos três atores. Em relação ao EF, houve discordância entre o padrão de respostas dos atores entrevistados. Em relação à OC, o desempenho dos SS pôde ser considerado como insatisfatórios pelos três atores. Após ter sido realizada a análise de variância, quatro indicadores apresentaram diferença estatística significativa segundo a percepção dos doentes e os SS foram comparados utilizando o teste de Tukey. Alguns SS apresentaram médias superiores em relação aos demais SS, o que pode estar relacionado ao fato das equipes dos SS com as maiores médias atenderem um número menor de doentes que a dos demais SS que apresentaram as menores médias. Conclusões: É necessário ampliar a visão das equipes dos SS afim de que a atenção à TB extrapole a AI e aborde também as ações que envolvam o EF e a OC, assim como a necessidade de redimensionamento das equipes ou a descentralização da atenção à TB para as unidades de APS próximas aos serviços com maior demanda de casos.

Palavras-chave: Atenção primária à Saúde. Tuberculose. Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

CURTO, M. Individual care, family focus and community orientation in the control of tuberculosis in the perception of different actors - Ribeirão Preto, SP, Brazil (2007). 2009. 93 P. Thesis (Masters) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2009.

This study aimed to assess the organizational characteristics and performance of the Primary Health Care Services (PHCS) that develop actions against tuberculosis (TB), in the perception of patients, health professionals and managers. The research addresses the dimensions: Individual Care (IC), Family Focus (FF) and Community Orientation (CO), in the city of Ribeirão Preto, state of São Paulo, Brazil. The study is justified by the fact that TB is a worldwide public health problem highly relevant in Brazil and due to the need of reorganizing the PHCS, considering the IC, FF and CO aspects. Materials and Methods: This epidemiological exploratory study used the Primary Care Assessment Tool (PCAT) instrument, adapted and validated to assess TB in Brazil. The PCAT was applied to 100 TB patients, 16 professionals and three managers who answered each question in accordance with a predetermined scale (Likert scale) ranging from zero to five. Results: The performance of the PHCS was considered satisfactory by the three actors as to IC. Regarding the FF, there was discordance in the patterns of responses of the subjects interviewed. As for CO, the performance of the PHCS was considered unsatisfactory by the three actors. After analysis of variance (ANOVA) was performed, four indicators showed statistically significant differences in the perception of TB patients. The PHCS were compared using the Tukey test. Some PHCS had higher averages than other PHCS, which may be related to the fact that teams of PHCS with high averages have fewer patients than other PHCS, with lower averages. Conclusions: Broadening the view of the PHCS teams is needed, so that TB care can surpass the IC and also address actions involving FF and CO. The need to resize the teams or decentralize TB care to PHCS close to services with higher demand of cases is also highlighted.

Key Words: Primary health care. Tuberculosis. Health services evaluation.

RESUMEN

CURTO, M. Atención individual, enfoque familiar y orientación a la comunidad en acciones de control de TB en la percepción de los diferentes actores - Ribeirão Preto, SP (2007). 2009. 93 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

El objetivo de este estudio fue evaluar, las características de organización y el rendimiento de los servicios de Atención Primaria de Salud (APS) que se desarrollan acciones contra la tuberculosis (TB), en la percepción de los pacientes, los profesionales de la salud y los gerentes. La investigación aborda las dimensiones: atención individual (AI), enfoque familiar (EF) y Orientación a la Comunidad (OC), en la ciudad de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, Brasil. El estudio se justifica por el hecho de que la tuberculosis es un problema de salud pública en todo el mundo con gran repercusión en Brasil y también la necesidad de reorganización de los servicios de APS, teniendo en cuenta los aspectos de la AI, EF y OC. Materiales y Métodos: Este estudio exploratorio epidemiológico fue utilizado la Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria (PCAT) instrumento, adaptado y validado para evaluar la tuberculosis en Brasil. El PCAT se aplicó a 100 pacientes, 16 profesionales y tres directivos que respondieron a cada pregunta de acuerdo con una escala (escala Likert) que van de cero a cinco. Resultados: El desempeño de la APS fue considerada satisfactoria en relación con los tres jugadores de AI. Para EF, hubo desacuerdo entre el patrón de las respuestas de los entrevistados. En cuanto a OC, el desempeño de la APS podría ser considerada como insuficiente por los tres actores. Después de análisis de varianza (ANOVA) se realizó, cuatro indicadores mostraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de los pacientes con tuberculosis. El APS se compararon mediante la prueba de Tukey. Algunos APS habían promedios más altos que otros, que puede estar relacionado con el hecho de que los equipos de APS con altos promedios tienen menos pacientes que otros APS, con promedios más bajos. Conclusiones: La ampliación de la vista de los equipos de APS es necesario, para que la atención a la tuberculosis más allá de la AI y también abordar las acciones que implican a EF y OC, así como la necesidad de cambiar el tamaño de los equipos o la descentralización de la atención para la tuberculosis unidades de APS cerca de la demanda de servicios con un mayor número de casos. **Palabras clave:** Tuberculosis. Atención Primaria de Salud. Evaluación de los Servicios de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Nível explicativo das doenças.....	28
Figura 2. Nível de organização e processos saúde-doença.....	30
Figura 3. Ideograma da inter-relação biopsicossocial entre o doente de tuberculose, a família e a comunidade.....	35
Figura 4. Distribuição dos doentes de tuberculose entrevistados por unidade de saúde com PCT e seu respectivo tipo de tratamento em Ribeirão Preto, 2007.	47
Figura 5. Análise de frequência comparativa das variáveis V1 a V3 relacionadas à <i>Atenção Individual</i> em Ribeirão Preto, 2007 sob a percepção dos doentes, profissionais de saúde e gestores.....	48
Figura 6. Análise de frequência comparativa das variáveis V4 a V6 relacionadas à <i>Atenção Individual</i> em Ribeirão Preto, 2007 sob a percepção dos doentes (D), profissionais de saúde (P) e gestores (G).....	49
Figura 7. Valor médio dos indicadores, intervalo de confiança e valor de p para o teste F da <i>Atenção Individual</i> sob a percepção dos doentes.....	51
Figura 8. Análise de frequência comparativa das variáveis relacionadas às condições socioeconômicas e ao controle de comunicantes da dimensão <i>Enfoque na Família</i> em Ribeirão Preto, 2007 sob a percepção dos doentes (D), profissionais de saúde (P) e gestores (G).....	52
Figura 9. Análise de frequência comparativa das variáveis relacionadas às ações educativas da dimensão <i>Enfoque na Família</i> em Ribeirão Preto, 2007 sob a percepção dos doentes (D), profissionais de saúde (P) e gestores (G)..	56
Figura 10. Média, intervalo de confiança, desvio padrão e teste de Tukey do indicador: oferecimento de pote para exame de escarro para diagnóstico dos comunicantes por unidade de saúde sob a percepção dos doentes, Ribeirão Preto, 2007.....	59
Figura 11. Média, intervalo de confiança, desvio padrão e teste de Tukey do indicador: conhecimento dos contatos domiciliares pelos profissionais por unidade de saúde sob a percepção dos doentes, Ribeirão Preto, 2007.....	59
Figura 12. Análise de frequência comparativa das variáveis da dimensão <i>Orientação à Comunidade</i> em Ribeirão Preto, 2007 sob a percepção dos doentes (D), profissionais de saúde (P) e gestores (G).....	63

Figura 13. Média, intervalo de confiança, desvio padrão e teste de Tukey do indicador: informação da comunidade sobre a TB pelos profissionais de saúde sob a percepção dos doentes, Ribeirão Preto, 2007.....	66
Figura 14. Média, intervalo de confiança, desvio padrão e teste de Tukey do indicador: entrega de pote para exame de escarro pelos profissionais na comunidade sob a percepção dos doentes, Ribeirão Preto, 2007.....	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Itens do questionário para a <i>Atenção Individual</i>	43
Tabela 2. Itens do questionário para a dimensão <i>Enfoque na Família</i>	43
Tabela 3. Itens do questionário para a dimensão <i>Orientação à Comunidade</i>	44
Tabela 4. Rótulos das variáveis, valor médio dos indicadores com intervalo de confiança, valor médio total dos indicadores e valor de p para o teste F da <i>Atenção Individual</i> na percepção dos doentes de tuberculose.	50
Tabela 5. Rótulos das variáveis, valor médio dos indicadores com intervalo de confiança, valor médio total dos indicadores e valor de p para o teste F da dimensão <i>Enfoque na Família</i> na percepção dos doentes de tuberculose.	58
Tabela 6. Rótulos das variáveis, valor médio dos indicadores com intervalo de confiança, valor médio total dos indicadores e valor de p para o teste F da dimensão <i>Orientação à Comunidade</i> na percepção dos doentes de tuberculose.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AI	Atenção Individual
APS	Atenção Primária À Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
BSR	Busca de Sintomático Respiratório
CMS	Conselhos Municipais de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DOT	Directly Observed Treatment (Tratamento Diretamente Observado)
DOTS	Directly Observed Treatment Short Course
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EF	Enfoque Familiar
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GEOTB	Grupo de Estudos Epidemiológicos Operacionais em Tuberculose
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
OC	Orientação à Comunidade
ONG	Organização não governamental
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde.
PA	Pronto Atendimento
PCAT	Primary Care Assessment Tool
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNCT	Plano Nacional de Controle da Tuberculose
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
REDE-TB	Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
SS	Serviços de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
1.1 A tuberculose como um problema de saúde pública	20
1.2 A tuberculose no Mundo, no Brasil e no Estado de São Paulo.....	20
1.3 Justificativa.....	22
2 OBJETIVOS	24
3 QUADRO TEÓRICO	26
3.1 Atenção primária à saúde	26
3.2 Atenção individual.....	27
3.3 Enfoque na família	30
3.4 Orientação à comunidade	32
4 MATERIAIS E MÉTODOS	37
4.1 Natureza do estudo.....	37
4.2 Caracterização do local de estudo	37
4.2.1 Informações gerais do município.....	37
4.2.2 O serviço de saúde e a atenção a tuberculose.....	37
4.2.3 População do estudo.....	38
4.2.3.1 Critério de seleção.....	38
4.2.3.2 Critérios de inclusão.....	39
4.2.4 Estrutura e abrangência	39
4.3 Coleta de dados	40
4.4 Aspectos éticos	41
4.5 Análise de dados	41
4.5.1 Análise exploratória de dados	42
4.5.2 Análise de frequência comparativa entre os três atores.....	42
4.5.3 Construção de indicadores.....	42
4.5.3.1 Atenção Individual.....	43
4.5.3.2 Enfoque na Família.....	43
4.5.3.3 Orientação à Comunidade.....	44
4.5.4 Comparação entre as unidades de saúde com PCT em relação aos valores médios de cada indicador da Atenção Individual, das dimensões Enfoque na Família e Orientação à Comunidade na percepção dos doentes de tuberculose	44

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1 Análise exploratória dos dados.....	47
5.2 Análise de frequência comparativa entre os três atores para a Atenção Individual..	47
5.2.1 Construção de indicadores e comparação entre as unidades de saúde com PCT sob a perspectiva dos doentes para a atenção individual	49
5.3 Análise de frequência comparativa entre os três atores para a dimensão enfoque na família	52
5.3.1 Construção de indicadores e comparação entre as unidades de saúde com PCT sob a perspectiva dos doentes para a dimensão enfoque na família	57
5.4 Análise de frequência comparativa entre os três atores para a dimensão orientação à comunidade	62
5.4.1 Construção de indicadores e comparação entre as unidades de saúde com PCT sob a perspectiva dos doentes para a dimensão orientação à comunidade	64
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES	71
REFERÊNCIAS	74
ANEXOS	

Apresentação

O presente estudo realizado em Ribeirão Preto - SP é parte de uma série de estudos realizados em diferentes regiões do Brasil a partir do projeto multicêntrico desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em tuberculose/REDE-TB “Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da TB em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil” processo 410547/2006-9 (VILLA ; RUFFINO-NETTO, 2009).

O critério de inclusão foi a implantação do Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (DOTS) no município há pelo menos cinco anos, envolveu cinco municípios e foi desenvolvido por pesquisadores da REDE/TB; Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Universidade Federal do Rio de Janeiro; Universidade Estadual da Paraíba; Universidade Federal da Paraíba; Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)/NUPISC.

1 Introdução

1.1 A tuberculose como um problema de saúde pública

A tuberculose (TB) permanece como um grave problema de saúde pública, acometendo milhares de vítimas no mundo, principalmente indivíduos mais vulneráveis.

Uma pessoa com TB ativa não tratada infecta em média de 10 a 15 pessoas ao ano. Um estudo feito em Ribeirão Preto - SP, assinala 8 pessoas ao ano (RUFFINO NETTO; ARANTES, 1976). Além disso, a cada segundo acontece uma nova infecção pelo bacilo da tuberculose no mundo e um terço da população está infectada, sendo que o risco de adoecer aumenta em indivíduos com sistema imune debilitado (WHO, 2008).

O aumento e as dificuldades no controle global da TB são facilitados 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).

A partir de 1993, ocorre um aumento significativo do número de casos de tuberculose que leva a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarar a TB como uma emergência mundial e propor a estratégia DOTS (Directly Observed Treatment Short course), cujas principais metas são, a de atingir 85% de sucesso de tratamento e 70% de detecção. O DOTS é composto por cinco componentes: detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios que demandam os serviços gerais de saúde; tratamento padronizado de curta duração, diretamente observável e monitorado em sua evolução; fornecimento regular de drogas; sistema de registro e informação que assegure a avaliação do tratamento; compromisso do governo colocando o controle da tuberculose como prioridade entre as políticas de saúde (VILLA et al, 2008).

1.2 A tuberculose no mundo, no Brasil e no estado de São Paulo

A TB é ainda uma das principais causas de morte no mundo inteiro com uma

estimativa de 9,3 milhões de casos novos em 2007 e uma prevalência de 206 casos por 100.000 habitantes. A taxa de co-infecção TB/HIV foi de 15% e a de mortalidade foi de 19,2% no mesmo ano (WHO, 2009).

No Brasil, para o ano de 2007, segundo a OMS foi estimado 92 mil casos de TB com incidência 49 casos por 100.000 habitantes por todas as formas da doença, sendo 26 casos por 100.000 habitantes por TB pulmonar bacilífera e prevalência de 60 casos por 100.000 habitantes por todas as formas. A taxa de detecção foi de 78%. O Brasil ocupa atualmente o 18º lugar no total de casos e 14º considerando os casos com baciloscopia positiva entre os 22 países com a mais alta carga de TB notificada no mundo. As taxas de mortalidade e abandono foram de 9,1% e 8,3% respectivamente, alcançando 72% de sucesso de tratamento (WHO, 2009).

Esses dados representam um desafio para o Brasil em relação às metas pactuadas junto à OMS que declara a TB em 1993 uma emergência mundial e propõe a estratégia DOTS como uma política de controle da doença com o objetivo de atingir 85% de tratamento de doentes, 70% de detecção de casos e redução de abandono em 5% (WHO, 2005). Em 2007 no Brasil, a taxa de cobertura DOTS foi de 75% (WHO, 2009).

A cobertura do DOTS ainda é lenta, tanto em termos absolutos quanto relativos se comparados a outros países com elevada carga da TB, porém devemos levar em consideração os desafios em se expandir os serviços em um país de dimensões continentais como o Brasil (SANTOS FILHO, 2006).

No Estado de São Paulo, são notificados anualmente cerca de 17 mil casos novos a cada ano segundo o Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). A mesma fonte de dados evidencia que a mortalidade vem diminuindo, apesar de ainda ser inaceitável haver 1100 óbitos ao ano por uma doença evitável e curável. Há 10 anos eram mais de 1500 por ano. Os números sugerem a ocorrência de um lento declínio na incidência, mas ainda é cedo para

“comemorar”. É preciso mais tempo para dizer se essa queda é real ou a descoberta de casos deixa a desejar (CVE, 2007).

1.3 Justificativa

Por tratar-se de uma doença cujo tratamento demanda um período relativamente prolongado (mínimo seis meses), as implicações sociais e epidemiológicas da falta de controle dessa doença são de grande relevância para o nosso meio e um dos grandes entraves nos serviços de saúde corresponde ao desempenho do profissional na atenção à tuberculose nas diferentes maneiras de abordar o processo saúde-doença. Buscando entender melhor o modelo de atenção à TB no município em estudo, esse trabalho explora a visão de diferentes atores quanto à *Atenção Individual* (AI) prestada aos doentes de TB e às dimensões da APS *Enfoque na Família* (EF) e *Orientação à Comunidade* (OC).

2 Objetivos

A Avaliar o desempenho dos serviços de saúde em relação à *atenção individual* ao doente de tuberculose sob a percepção de diferentes atores.

Avaliar o desempenho dos serviços de saúde em relação ao *enfoque na família* na atenção ao doente de tuberculose sob a percepção de diferentes atores.

Avaliar o desempenho dos serviços de saúde em relação à *orientação à comunidade* na atenção ao doente de tuberculose sob a percepção de diferentes atores.

Comparar as unidades de saúde em relação aos indicadores da *Atenção Individual*, das dimensões *Enfoque na Família* e *Orientação à Comunidade* na atenção ao doente de tuberculose sob a percepção do doente.

3 Quadro Teórico

3.1 Atenção primária à saúde

Será utilizado neste estudo como quadro teórico o conceito de atenção primária à saúde (APS) proposta por Starfield (2002).

Starfield (2002) define atenção primária como sendo o nível de um sistema de serviço de saúde que funciona como porta de entrada no sistema, atendendo todas as necessidades e problemas de saúde da pessoa (não direcionadas apenas para a enfermidade), ao longo do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra os outros tipos de atenção fornecidos em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária aborda os problemas mais comuns da comunidade oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação. Ela integra a atenção quando existem múltiplos problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

Entre as características inovadoras do sistema de saúde inclui-se a ênfase em reorganizar os serviços de Atenção Básica (AB), centrando-os na família e na comunidade e integrando-os aos outros níveis de atenção (BRASIL, 2000b; 2004; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

A idéia de APS foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez em 1920, em um documento do governo Inglês chamado Relatório Dawson, contrapondo-se ao modelo flexneriano americano de cunho essencialmente curativista. A APS tem sido apresentada como um modelo adotado por diversos países desde a década de 1960 visando um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde e também para reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, em um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático. No Brasil, a

APS reflete os princípios da Reforma Sanitária, levando o SUS a adotar a designação de AB à Saúde (FAUSTO; MATTA 2007). É importante destacar que durante a última década, o Brasil experimentou grandes mudanças na organização, financiamento e oferta de serviços de saúde (SS), sendo que a AB tem merecido especial atenção, com a introdução de programas inovadores e estratégicos para a mudança do modelo assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS) (CIANCIARULLO, 2002).

As definições de AB do MS (2000b) incluem 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.

3.2 Atenção individual

A especialização da medicina orientada ao indivíduo, elemento do modelo flexneriano, causa profundas repercussões na formação dos profissionais de saúde e na estrutura organizacional do sistema de saúde (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

Esse modelo, baseado num paradigma fundamentalmente biológico, gerou o “culto à doença” e não à saúde e a devoção à tecnologia, sob a presunção ilusória de que seria o centro de atividade científica e de assistência à saúde. Historicamente, o modelo de atenção à saúde no Brasil tem sido marcado pela predominância da assistência médica curativa e individual e pelo entendimento de saúde como ausência de doença, princípios definidores do modelo flexneriano. O que contribuiu para o rompimento deste paradigma foi a implantação do SUS, uma vez que o modelo clínico/flexneriano não respondia aos problemas da organização das ações e serviços de saúde de maneira a atender às necessidades de saúde da população (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

Na compreensão das doenças, pode haver diferentes níveis explicativos, desde os decorrentes de alterações biológicas intracelulares até o que vê a sociedade como um todo

como evidencia o esquema abaixo (RUFFINO-NETTO; PEREIRA, 1982; RUFFINO-NETTO; PASSOS, 2005).

Figura 1. Nível explicativo das doenças.

Fonte: Fundamentos da epidemiologia.

Ainda que os níveis possam variar, geralmente o que se observa em serviços de saúde é o predomínio de interpretação da doença, quando individualizada, um prisma biológico e funcionalista. E para que essa hipótese norteadora se mantenha, há que se voltar freqüentemente para um modelo interpretativo reducionista no qual o objetivo principal é a homeostase do sistema biológico (RUFFINO-NETTO; PASSOS, 2005).

Para os mesmos autores, diferentes seriam as interpretações e, portanto a solução se partisse de uma visão do todo, ou seja, visão holística, onde a busca dos níveis explicativos tomariam outra direção, invertendo a noção de causa e efeito. Dentro dessa explicação holística, a preocupação vai desde alguns indicadores relacionados com a pessoa doente até a compreensão da estrutura social que se insere esse doente. Conseqüentemente, para exemplificar, a solução do problema da tuberculose, numa determinada região, não seria apenas procurada através da realização de ações ao nível individual, esperando que a somatória das soluções individuais eliminasse o problema da doença coletiva. E dessa forma a discussão do problema se transferiria de certa forma, do nível apenas médico (no sentido

técnico) para um nível também político (mas não necessariamente partidário) em que se procurasse ativamente realizar as ações médicas convenientes ao nível individual e alterar a realidade social (ou aspectos dela) provocadora do problema (RUFFINO-NETTO; PASSOS, 2005).

A construção de um novo marco explicativo que supere a concepção biologicista linear de simples causa-efeito aponta o papel da estrutura social como modeladora dos processos de produção da saúde ou doença. A noção de ‘causalidade’ é substituída, do ponto de vista analítico, pela noção de ‘determinação’ com base na qual a hierarquia das condições ligadas à estrutura social é considerada na explicação da saúde e doença. Está vinculada à compreensão dos ‘modos e estilos de vida’, derivados não só das escolhas pessoais, como de fatores culturais, práticas sociais e constituição do espaço (BATISTELLA, 2007).

Semelhante às afirmativas de Ruffino-Netto e Passos (2005) ao disporem os níveis explicativos das doenças, Sabroza (2001) descreve o processo saúde-doença também em seis níveis hierárquicos como aparece na figura 2 e considera a saúde como um sistema complexo, em que se articulam diferentes dimensões (biopsicossocial, econômica, cultural, individual, coletiva, etc) e que precisam ser analisadas em diferentes dimensões da vida (molecular, celular, individual, grupo social, sociedade e global). O processo saúde-doença, pela ótica do observador, aparece como alteração celular, sofrimento ou problema de saúde. No nível individual, esse processo pode ser simultaneamente alteração fisiopatológica, sofrimento e representação (mediada por valores culturais). No nível coletivo, o processo saúde-doença apresenta uma expressão populacional (demográfica, ecológica), cultural (conjunto de regras) e espacial (organização e disposição). Nas sociedades, esse processo aparece como problemas de saúde pública, na interface com o Estado, entre privado e público e entre o individual e o coletivo. Estará assim, sempre na interseção de duas lógicas: a da reprodução da vida e a da produção econômica (SABROZA, 2001).

Figura 2. Nível de organização e processos saúde-doença.

Fonte: Sabroza (2001).

A construção social do novo sistema de saúde exige mudanças na concepção do processo saúde/doença, que deixa de ser centrada na doença e passa a ser centrada na saúde. Nesse caso, o paradigma sanitário deixa de ser flexneriano e passa a privilegiar a produção social da saúde e a prática sanitária não se fixa na atenção médica meramente curativa, e mantém a vigilância da saúde (COSTA, 2004). Essa visão vai de encontro às afirmativas de Vasconcelos (1999) quando diz que vem crescendo internacionalmente a visão de que as unidades de atuação ‘família’ e ‘comunidade’ são pontos importantes da estratégia de integração das diversas políticas sociais.

3.3 Enfoque na família

A importância da participação da família no cenário das práticas de saúde tem sido destacada há muito tempo, desde meados do século passado, sendo incluídas nas publicações da OMS (LITMAN, 1974). Tamanha a importância em abordar a família no cuidado a saúde que o ano de 1994 foi definido pela organização das nações unidas (ONU) como o ano

internacional da família que evidenciou a importância da família nos processos de viver e ser saudável (CIANCIARULLO, 2002).

Desde a criação do SUS embasado pela constituição de 1988, os documentos oficiais do MS do Brasil fazem referência à abordagem da família na atenção à saúde culminando com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 que posteriormente foi classificado como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 1999; BRASIL 2000b). Pelo ponto de vista da abordagem, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de agentes comunitários de saúde (PACS) colocam a família e a comunidade nas agendas das políticas sociais brasileiras, refletindo tanto interesses do modelo neoliberal como de forças sociais solidárias atuando como norteadores da organização da atenção à saúde, quando tradicionalmente a abordagem individual centrada na doença dominava a ação programática da política nacional de saúde (RIBEIRO, 2004; FAUSTO; MATTA, 2007).

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

A abordagem dos hábitos e estilos de vida visando à promoção da saúde envolve não apenas o conhecimento dos fatores de risco para doenças, mas especialmente a compreensão da dinâmica familiar e da determinação saúde/doença dentro dela (CARBONE, 2004).

Medalie et al. (2000) aborda em seu estudo, dois estilos médicos de enfoque na família como processo do cuidado, um deles, diz respeito ao atendimento ao doente baseado no histórico familiar, o outro, adota por sua vez, a família como sendo uma unidade de cuidado. Um estudo de revisão realizado por Rodrigues (2008) evidencia também a visão da família

como unidade de cuidado e afirma que qualquer esforço em construir abordagens profissionais que tenham a família como foco e objeto de cuidado implica, por outro lado, desconstruir visões cristalizadas decorrentes da formação de caráter eminentemente biológico da maioria das profissões da área da saúde e, por outro, em desvincular concepções pessoais e ideológicas de família, permeadas por crenças e mitos sem o devido embasamento teórico (RODRIGUES, 2008). Nesta abordagem a família se concretiza na perspectiva do indivíduo, que é o foco real de atenção, ou seja, a família é o cliente nominal, mas não é “objeto” do cuidado. E, ainda, a família tem papéis a desempenhar, tem deveres e responsabilidades para com o indivíduo em foco e para isso necessita de orientação, de treinamento. A família também é tida como aquela que interfere positiva ou negativamente no processo de saúde/doença do indivíduo. Dado a expectativa de deveres, as condições reais de capacidade de cuidado da família, vista de forma multidimensional, são freqüentemente esquecidas, além de serem objeto de juízos de valor, por parte da comunidade e de profissionais (RIBEIRO 2004).

É essa lógica da compreensão do indivíduo introjetado em seu meio familiar, com valores socioculturais específicos, em seu contexto particular, proativo em sua vida, que poderá redirecionar a obtenção de resultados no controle da tuberculose, porque estará lá, onde os fatos se desenrolam, na integralidade do indivíduo (NOGUEIRA et al., 2007).

3.4 Orientação à comunidade

Segundo Starfield (2002), na Declaração de Alma-Ata, a palavra “comunidade” foi usada três vezes: “A um custo que a comunidade possa manter”, “como parte integral...do desenvolvimento global econômico e social da comunidade” e “o primeiro nível de contato de indivíduos, família e comunidade com o sistema nacional de saúde...”.

A mesma autora define que orientação para a comunidade implica o reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social

determinado, que deve ser conhecido e tomado em consideração. Além disso, requer a capacitação das comunidades para que desempenhem o papel principal na identificação dos determinantes destas necessidades no planejamento de soluções para atendê-las (STARFIELD, 2002).

A APS orientada para a comunidade divide a responsabilidade com a saúde pública para maximizar a extensão na qual os serviços de saúde podem superar as desvantagens sociais e seus efeitos adversos sobre a saúde, e afirma ainda, que pouco tem sido feito para explorar a utilidade ou os benefícios da atenção orientada a comunidade na melhora nos níveis de saúde e redução das desigualdades na saúde dentro e entre diferentes comunidades (STARFIELD, 2002).

No que diz respeito à tuberculose, o Ministério de Saúde (MS) destaca que os profissionais de saúde devem mobilizar a comunidade para identificar os “tossidores crônicos”, nas famílias, clubes, igrejas e comunidades fechadas (presídios, manicômios, abrigos e asilos) e encaminhá-los para realizarem o exame de escarro (BRASIL, 2002a).

Quanto aos profissionais de saúde que irão atuar junto à população, como é o caso dos profissionais que realizam as VD's, é fundamental que se conheça e respeite a expressão dessas crenças e práticas na sociedade, propiciando um encontro de saberes que possa conferir maior efetividade às ações de promoção, prevenção e cuidado, realizadas pelos serviços de saúde (BATISTELLA, 2007).

O surgimento de iniciativas compostas por organizações comunitárias em torno do tema TB é bastante recente. Até há pouco tempo, evidenciava-se ausência absoluta da participação dessas organizações na luta contra a TB (SANTOS FILHO; GOMES, 2007).

A importância da comunicação e participação social ficou evidente após sua inserção no plano global contra a TB pela OMS (WAISBORD, 2007). Algumas tentativas de participação da comunidade vêm se dando através do ativismo político de alguns grupos

organizados como comitês locais de saúde e ONG's, entre eles, em agosto de 2003 foi fundado o fórum estadual das ONG no combate a tuberculose que vem ocupando importante espaço na mídia.

A OMS ressalta que voluntários da comunidade podem ser capacitados para a realização do DOT (WHO, 2003), e essa idéia tem sido bem sucedida em alguns locais (WILKINSON, 1994; CLARKE et al., 2005).

Ainda nesse sentido, no Equador, um estudo feito por Soares & Cavalcante (2004) evidencia a existência de grupos que visam à motivação de doentes recém diagnosticados por pacientes curados como forma de incentivar a adesão terapêutica. Essa ação de formação de grupos de apoio formados pelos próprios doentes e estimulados pelas equipes de saúde são explorados há algum tempo em vários países com significativo sucesso (AKRAMUL, 2005; HE et al., 2005; ALVAREZ GORDILLO et al., 2003; RANGAN et al., 2003).

Pode-se afirmar que no cenário atual de enfrentamento da TB no Brasil, é indiscutível e imprescindível a atuação do setor comunitário. Não se pode abrir mão da participação dos que trabalham diretamente e/ou que representam as populações afetadas pelo problema (SANTOS FILHO; GOMES, 2007).

Na busca de um olhar menos fragmentado do processo de atenção ao doente de tuberculose, relacionamos alguns conceitos em nosso quadro teórico que se complementam ao abordar o cuidado ao doente de TB como aparece na figura 3, onde o doente inserido em seu contexto familiar e social sofre e ao mesmo tempo exerce influência de seu meio de convívio, em concordância com as afirmativas de Chaui (1986) de que a vida doméstica e comunitária não são isoladas, mas inseridas na dinâmica política e econômica da sociedade como um todo.

Figura 3. Ideograma da inter-relação biopsicossocial entre o doente de tuberculose, a família e a comunidade.

4 Materiais e Métodos

4.1 Natureza do estudo

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

4.2 Caracterização do local de estudo

4.2.1 Informações gerais do município

Ribeirão Preto, localizada a nordeste do Estado de São Paulo com área de 627 Km², distando 313 Km da capital e população estimada em 550 mil habitantes, caracteriza-se hoje como um importante centro de múltiplos pólos que lhe confere significativa importância socioeconômica e cultural no cenário regional e nacional. Politicamente forte, por ser sede de uma vasta macro região administrativa, Ribeirão Preto se destaca pelo elevado grau de polarização que exerce sobre a maioria dos municípios. Localizada em um dos centros mais desenvolvidos do Brasil, constitui-se numa das âncoras da economia do Estado através de um PIB de US\$ 22 bilhões de dólares, com uma das rendas per capita mais altas do país (RIBEIRÃO PRETO, 2008a).

4.2.2 O serviço de saúde e a atenção a tuberculose

O atendimento aos pacientes com tuberculose está centralizado em cinco unidades de saúde que possuem ambulatório com o PCT, além do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ AIDS (DST/AIDS), (no Distrito Central estes dois programas encontram-se no NGA); e no Hospital das Clínicas: na Unidade Especializada de Terapia de Doenças Infecto-Contagiosas (UETDI). Este hospital também possui um centro de referência à TB (CRT) para o atendimento de casos multirresistentes (LUCCA, 2008).

Os casos suspeitos ou diagnosticados de TB atendidos na rede básica de saúde, em pronto-atendimento, hospitais conveniados ou não ao SUS, ambulatórios ou consultórios

privados são encaminhados para tratamento em um dos PCT. As notificações de TB e AIDS realizadas pelos PCT são encaminhadas ao Distrito de Vigilância Epidemiológica a que pertencem, e estas, após a consolidação, são direcionadas ao nível central da Vigilância Epidemiológica, localizada na Secretaria Municipal de Saúde.

O município em estudo foi o pioneiro na implantação do DOTS (Terapia Diretamente Observada de Curta Duração) no Brasil, para tornar mais eficaz o controle da doença em seu território tendo início em 1997 (VILLA et al., 2007). Em 2006, o município notificou 146 casos novos da doença (coeficiente de incidência de 26,1 por 100.000 habitantes), observando taxa de incidência de 65,07 por 100.000 habitantes para o sexo masculino e 34,93 para o sexo feminino. Desse total, 125 apresentaram a forma pulmonar ou pulmonar associada às formas extra-pulmonar e foram registrados no período taxa de coinfeção de 30,2%. A taxa de abandono ficou em 2,1%, a taxa de cura foi de 68,5% e 12,4 % de óbitos (que incluem os coinfectados TB-HIV). Foram realizadas no ano de 2006, 2.114 baciloscopias, que representou 19% dos Sintomáticos Respiratórios (SR) estimados para esse ano (LUCCA, 2008).

O PCT- RP conta atualmente com cinco equipes distribuídas em Distritos de Saúde na cidade, sendo designados por motivos éticos e operacionais na presente pesquisa como: Distrito A; Distrito B; Distrito C e Distrito D.

4.2.3 População do estudo

Tratou-se de uma amostra de 100 doentes de TB, 16 profissionais e três gestores que atuam no PCT do município.

4.2.3.1 Critério de seleção

Os 100 doentes de TB entrevistados eram parte de um total de 133 que estavam em tratamento para a doença no período da coleta de dados (junho e julho de 2007).

4.2.3.2 Critérios de inclusão

Os doentes foram selecionados segundo os seguintes critérios: ser maior de dezoito anos, ser residente em Ribeirão Preto, estar fora do sistema prisional, estar em tratamento há pelo menos um mês e concordar com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Quanto aos profissionais e gestores, foram selecionados todos os que atuavam no PCT desenvolvendo ações de controle da TB e que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do TCLE.

4.2.4 Estrutura e abrangência

Todas as unidades em estudo estão organizadas com equipes especializadas e possuem em suas áreas de abrangência uma população de respectivamente: unidade A, 136.906 habitantes; unidade B, 103.184 habitantes; unidade C, 82.771 habitantes; unidade D, 96.761 habitantes (RIBEIRÃO PRETO, 2008b). Nos quatro, a equipe do PCT em RP está organizada da seguinte forma: 1 médico, 2 auxiliares de enfermagem, sendo uma responsável pelas Visitas Domiciliares (VD) e 1 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 Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) as equipes são fixas, mas não exclusivas, sendo responsáveis pelo programa de TB e outros. O horário de funcionamento do programa ocorre em horários específicos e o atendimento médico não é diário em todas as unidades.

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

O DOT é uma das vertentes da Estratégia DOTS, tendo que ser disponibilizado para o maior número de doentes possível e consiste em observar a administração do medicamento pelo doente a fim de prevenir o abandono do tratamento.

A frequência do DOT varia de acordo com a característica dos doentes, sendo os alcoolistas, usuários de drogas, idosos e pacientes que apresentam ou apresentaram reações medicamentosas, os que mais demandam atenção e VD. Os serviços de saúde do município seguem o que é preconizado no país pelo PNCT (BRASIL, 2004), DOT pelo menos três vezes por semana, mas há casos em que é realizado de duas a cinco vezes por semana no município. Em outros casos, o paciente prefere e se dispõe a ir até a Unidade de Saúde para receber o medicamento.

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. 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.

No que diz respeito às visitas domiciliares (VD's), os distritos A, C e E contam com uma viatura exclusiva para a realização das VD's. No distrito A, as visitas são realizadas de segunda a quinta-feira das 07h30min às 10h:00min. No distrito C, de segunda à sexta-feira das 07h00min às 11h00min e na E as VD são realizadas de segunda, quarta e sexta-feira das 07h30min às 10h00min. Já nos distritos B e D, a viatura é dividida. No distrito B, as visitas são de segunda à sexta-feira, das 07h30min às 9h00min. No distrito D, são realizadas visitas de segunda a sexta-feira, a partir das 9h00min, tendo também o período da tarde.

4.3 Coleta de dados

Utilizou-se um instrumento componente do Primary Care Assessment Tool (PCAT), formulado e validado para avaliar os aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, desenvolvido na Universidade de Johns Hopkins por Starfield. Este instrumento foi adaptado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko por meio de sua

aplicação no município de Petrópolis/RJ (STARFIELD, 1998 apud ALMEIDA; MACINKO, 2006, p. 26). O mesmo foi adaptado para avaliar a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino-Netto, (2009).

Foi realizado pré-teste com alguns informantes-chaves para identificar possíveis falhas no instrumento e sua aplicação.

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

Para proceder à coleta de dados, foram utilizados roteiros explicativos sobre a escala de respostas do questionário direcionado aos usuários. Os entrevistadores explicaram para os entrevistados que cada resposta tinha um significado numérico (escores de um a cinco), por exemplo: nunca = 1; quase nunca = 2; às vezes = 3; quase sempre = 4; sempre = 5.

Foi realizado o treinamento de entrevistadores para a aplicação do instrumento, especialmente contratados para esse fim. Durante o treinamento foi realizado um pré-teste inicial com os próprios pesquisadores para ajustes e sugestões de modificações do questionário.

4.4 Aspectos éticos

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, protocolo número 0762/2007, atendendo às recomendações da resolução 196/96 do CNS.

4.5 Análise de dados

Para a análise dos dados foi criado um banco de dados com todas as informações

contidas nos questionários e submetidas à análise estatística utilizando o software *Statistica* 8.0 da *Statsoft* (STATISTICA, 2003). O nível de 5% de significância foi adotado em todos os testes estatísticos. A análise de dados foi realizada em quatro etapas: análise exploratória de dados; análise de frequência comparativa entre os três atores (doentes, profissionais, e gestores); construção de indicadores e comparação entre as unidades de saúde sob a percepção dos doentes.

4.5.1 Análise exploratória de dados

A análise exploratória de dados verificou possíveis inconsistências nos bancos de dados, como erros na entrada ou omissão de respostas pelos respondentes. As categorias das respostas às perguntas do questionário foram quantificadas através da obtenção da frequência relativa de cada categoria e expressas em porcentagem. Os resultados foram apresentados através de gráficos de barras para permitir uma melhor visualização.

4.5.2 Análise de frequência comparativa entre os três atores

Por meio da análise de frequência das variáveis expressas em porcentagem e apresentadas em gráficos, identificou-se o padrão de respostas obtidas pela aplicação dos questionários aos três atores envolvidos neste estudo para as três dimensões analisadas (*Atenção Individual, Enfoque na Família e Orientação à Comunidade*). Adotou-se o critério de classificação os valores médios aproximadamente 1 e 2 como insatisfatório; 3 como regular e 4 e 5 como satisfatório.

4.5.3 Construção de indicadores

Os indicadores foram construídos usando os itens do questionário dos doentes, representados pelas variáveis das dimensões abordadas neste estudo com suas respectivas

categorias de respostas. Cada indicador foi determinado através do somatório dos escores (categorias) das respostas dos doentes dividido pelo total de doentes para obtenção de um valor médio.

4.5.3.1 Atenção Individual.

Os indicadores foram construídos usando os itens dos questionários, tabela 1, representados pelas variáveis V1 a V6.

Variável (Rótulo)	Itens do questionário
V1	Recomendação da unidade de saúde a um amigo pelo doente.
V2	Resolutividade dos problemas de saúde em geral do doente pelo profissional.
V3	Resolutividade da Tuberculose pelo profissional.
V4	Relacionamento interpessoal entre o profissional e a comunidade.
V5	Sensação de rejeição do doente pelos profissionais da unidade devido a TB.
V6	Desejo de mudança de unidade de saúde pelo doente por causa dos profissionais.

Tabela 1. Itens do questionário para a *Atenção Individual*.

4.5.3.2. Enfoque na família

Os indicadores foram construídos usando os itens dos questionários, tabela 2, representados pelas variáveis V7 a V14.

Variável (Rótulo)	Itens do questionário
V7	Questionamento das condições de vida da família.
V8	Questionamento sobre as doenças dos familiares.
V9	Conhecimento dos contatos domiciliares pelos profissionais.
V10	Questionamento sobre a presença de sintomáticos respiratórios (SR) entre os contactantes.
V11	Oferecimento de pote para exame de escarro para diagnóstico dos comunicantes.
V12	Orientação dos contatos domiciliares quanto a TB.
V13	Orientação dos contatos domiciliares quanto ao tratamento da TB.
V14	Orientação dos contatos domiciliares quanto a outros problemas de saúde.

Tabela 2. Itens do questionário para a dimensão *Enfoque na Família*.

4.5.3.3 Orientação à comunidade.

Os indicadores foram construídos usando os itens dos questionários, tabela 3,

representados pelas variáveis V15 a V19.

Variável (Rótulo)	Itens do questionário
V15	Questionamento dos doentes e familiares sobre a resolutividade dos problemas de saúde pelos profissionais.
V16	Observação de realização de trabalhos educativos pelos profissionais para informar a comunidade sobre a TB.
V17	Realização de parcerias sociais para entrega de pote para coleta de escarro pelos profissionais.
V18	Observação de visitas dos profissionais na vizinhança, para a entrega do pote para coleta de escarro.
V19	Solicitação da participação de alguém da comunidade para discutir o problema da TB pelos profissionais.

Tabela 3. Itens do questionário para a dimensão *Orientação à Comunidade*.

Desta forma, obteve-se 19 indicadores, sendo seis indicadores da *Atenção Individual*, oito indicadores na dimensão *Enfoque na Família* e cinco indicadores na dimensão *Orientação à Comunidade*.

4.5.4 Comparação entre as unidades de saúde com PCT em relação aos valores médios de cada indicador da *atenção individual*, *enfoque na família* e *orientação à comunidade* sob a percepção dos doentes de tuberculose.

Para comparar as unidades de saúde com relação aos indicadores da *Atenção Individual*, *Enfoque na Família* e *Orientação à Comunidade* sob a percepção dos doentes, os dados foram submetidos à análise de variância, ANOVA a um critério de classificação, com o uso do teste F. Este modelo mede a variação global subdividida em duas frações. A primeira fração é a variação entre as médias dos indicadores das diferentes unidades de saúde analisadas, quando comparadas com a média geral de respostas de todos os doentes e representa o efeito das diferentes unidades que tratam o caso. A outra é a diferença observada entre as diferenças nas repostas dos doentes de uma mesma unidade, ou aleatórias.

A análise de variância foi aplicada às variáveis (indicadores) que satisfizeram as pressuposições de independência, homocedasticidade e normalidade. Segundo Dawson e

Trapp (2003) os resultados do teste F não são influenciados pelos desvios moderados da normalidade, especialmente para um grande número de observações em cada unidade de saúde (grupo), isto é, o teste F é robusto com relação às violações da hipótese de normalidade. A suposição de igualdade de variância (homocedasticidade) requerida pela ANOVA foi verificada com o uso do teste de Levene (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

Para os indicadores 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; TRAPP, 2003) que permite verificar quais unidades de saúde apresentaram diferenças em relação ao indicador avaliado.

5 Resultados e Discussão

5.1 Análise exploratória dos dados.

A figura 4 apresenta a distribuição dos pacientes segundo sua origem. Vemos que 39% dos doentes entrevistados foram provenientes da unidade A, 24% na unidade B, 22% na unidade C e 15% na unidade D que ficou quase seis meses sem realizar o atendimento aos doentes de TB encaminhando-os principalmente às unidades A e B. Entre os doentes entrevistados, 81% realizavam o tratamento diretamente observado (DOT).

Figura 4. Distribuição dos doentes de tuberculose entrevistados por unidade de saúde com PCT e seu respectivo tipo de tratamento em Ribeirão Preto, 2007.

5.2 Análise de frequência comparativa entre os três atores para a Atenção Individual

As variáveis relacionadas à *Atenção Individual* prestada aos doentes de TB sob a percepção dos doentes, profissionais de saúde e gestores estão expostas nos gráficos a seguir, e evidenciam, de maneira geral, um padrão satisfatório de resposta dos três atores envolvidos neste estudo.

As figuras 5 e 6 apresentam o padrão de respostas das variáveis da *atenção individual* separadamente de maneira que possibilita uma fácil visualização e comparação da percepção dos três atores para essas variáveis. Nessas figuras pode-se observar a semelhança no padrão de respostas dos três atores onde a *atenção individual* foi avaliada de maneira satisfatória, sendo que houve pequena divergência apenas para a variável V2 sob a percepção dos gestores que avaliaram a “Resolutividade dos problemas de saúde em geral do doente pelo profissional” como regular.

Legenda. V1 Recomendação da unidade de saúde a um amigo pelo doente; V2 Resolutividade dos problemas de saúde em geral do doente pelo profissional; V3 Resolutividade da Tuberculose pelo profissional. Satisfatório = Sempre/Quase sempre; Regular = Às vezes; Insatisfatório = Nunca/Quase nunca.

Figura 5. Análise de frequência comparativa das variáveis V1 a V3 relacionadas à *Atenção Individual* em Ribeirão Preto, 2007 sob a percepção dos doentes (D), profissionais de saúde (P) e gestores (G).

Legenda. V4 Relacionamento interpessoal entre o profissional e a comunidade; V5 Sensação de rejeição do doente pelos profissionais da unidade devido a TB; V6 Desejo de mudança de unidade de saúde pelo doente por causa dos profissionais. Satisfatório = Sempre/Quase sempre; Regular = Às vezes; Insatisfatório = Nunca/Quase nunca.

Figura 6. Análise de frequência comparativa das variáveis V4 a V6 relacionadas à *Atenção Individual* em Ribeirão Preto, 2007 sob a percepção dos doentes (D), profissionais de saúde (P) e gestores (G).

5.2.1 Construção de indicadores e comparação entre as unidades de saúde com PCT sob a perspectiva dos doentes para a *Atenção Individual*.

Temos exposto na tabela 4 todas as variáveis da *Atenção Individual* com seus respectivos rótulos, médias, intervalo de confiança e valor do nível de significância (p) sob a percepção dos doentes de TB.

Rótulo das Variáveis		A	B	C	D	Média Total	P
V1	Média	4,90	4,87	5,00	4,80	4,90	0,7314
	IC	[4,69; 5,10]	[4,62; 5,13]	[5,00]	[4,49; 5,11]		
V2	Média	5,00	4,83	5,00	4,73	4,92	0,0680
	IC	[5,00]	[4,59; 5,07]	[5,00]	[4,34; 5,12]		
V3	Média	4,95	4,92	5,00	5,00	4,96	0,7164
	IC	[4,84; 5,05]	[4,74; 5,09]	[5,00]	[5,00]		
V4	Média	5,00	4,92	5,00	4,93	4,97	0,4139
	IC	[5,00]	[4,74; 5,09]	[5,00]	[4,79; 5,08]		
V5	Média	4,95	5,00	5,00	5,00	4,98	0,6738
	IC	[4,84; 5,05]	[5,00]	[5,00]	[5,00]		
V6	Não Apresentou Variância						

Legenda: IC – Intervalo com 95% de confiança. p – Nível de significância. V1 Recomendação da unidade de saúde a um amigo pelo doente; V2 Resolutividade dos problemas de saúde em geral do doente pelo profissional; V3 Resolutividade da Tuberculose pelo profissional; V4 Relacionamento interpessoal entre o profissional e a comunidade; V5 Sensação de rejeição do doente pelos profissionais da unidade devido a TB; V6 Desejo de mudança de unidade de saúde pelo doente por causa dos profissionais.

Tabela 4. Rótulos das variáveis, valor médio dos indicadores com intervalo de confiança, valor médio total dos indicadores e valor de p para o teste F da *Atenção Individual* sob a percepção dos doentes.

Os resultados do valor médio dos indicadores e o valor de p para o teste F da análise de variância da *atenção individual* prestada aos doentes de TB para cada unidade de saúde, A, B, C e D, para cada indicador mostraram que nenhum dos indicadores da *atenção individual* apresentaram significância estatística e, portanto as unidades de saúde A, B, C e D foram consideradas semelhantes em relação aos referidos indicadores de acordo com o ponto de vista dos doentes como evidencia a tabela 4 e a figura 7.

Legenda: p - Nível de significância. V1 Recomendação da unidade de saúde a um amigo pelo doente; V2 Resolutividade dos problemas de saúde em geral do doente pelo profissional; V3 Resolutividade da Tuberculose pelo profissional; V4 Relacionamento interpessoal entre o profissional e a comunidade; V5 Sensação de rejeição do doente pelos profissionais da unidade devido a TB; V6 Desejo de mudança de unidade de saúde pelo doente por causa dos profissionais.

Figura 7. Valor médio dos indicadores, intervalo de confiança e valor de p para o teste F da *atenção individual* sob a percepção dos doentes.

Embora a UBS seja responsável pelo acompanhamento programático de grupos considerados prioritários ou de portadores de doenças crônicas, entre elas a Tuberculose, e

realize a vigilância em saúde em seu território e, ainda, realize a relação política com a comunidade, com outros níveis do próprio setor saúde (relações intra-setoriais) e com outras instituições/organizações (relações extra-setoriais) (BOTAZZO, 1999). Vale destacar que o que observamos em nosso estudo foi a ocorrência de equipes especializadas no atendimento a TB e não equipes generalistas que atendem toda a demanda dos serviços de APS, o que talvez justifique a ocorrência de um padrão positivo e constante de respostas dos doentes quanto às ações individuais de atenção em todas as unidades avaliadas por este estudo como evidencia a figura 7.

Um bom relacionamento entre os profissionais de saúde e a comunidade irá influenciar na decisão do doente de TB na sua busca pelos serviços de saúde. Observa-se na figura 7 que os indicadores: “recomendação da unidade de saúde a um amigo”; “resolutividade dos problemas de saúde pelos profissionais da unidade”; “resolutividade da tuberculose pelos profissionais de saúde” “relacionamento interpessoal entre profissionais de saúde e doentes de TB”, apresentam um padrão positivo de respostas dos doentes em todas as unidades avaliadas nesse estudo, indo de encontro ao que afirmam Aday e Andersen, (1974) e Mishra et al. (2005) de que a utilização dos serviços de saúde é determinada pela relação amigável, pela cortesia e pela qualidade da interação entre profissionais de saúde e usuários.

Quanto aos indicadores que dizem respeito ao “enfrentamento de estigma pelos doentes em relação aos profissionais dos serviços de saúde”, os doentes apontaram que não houve rejeição pelos profissionais das unidades abordadas nesse estudo, o que demonstra um satisfatório desempenho das equipes no manejo dos casos de tuberculoses, lembrando que tratam-se de equipes especializadas e não generalista, situação essa que difere de outros contextos e cenários em que os doentes são discriminados não somente durante o tratamento, mas por toda sua vida. Lamentavelmente essa situação faz com que muitos doentes protelem o diagnóstico ou se neguem a serem submetidos ao tratamento (LONG et al., 1999; KHAN et

al., 2000; LÖNNROTH et al., 2001; BARAU et al., 2007).

As experiências têm demonstrado que os esquemas terapêuticos disponíveis são efetivos em relação ao processo de cura, porém, na prática, os rendimentos insatisfatórios se devem a problemas políticos, administrativos, sociais e assistenciais. Esta percepção da pessoa com tuberculose e o envolvimento do contexto social no seu comportamento amplia a discussão para além dos aspectos clínicos (SOUZA; SILVA, 2007; GONÇALVES et al., 1999).

5.3 Análise de frequência comparativa entre os três atores para o enfoque na família

As análises de frequência da dimensão *enfoque na família* sob a percepção dos doentes, profissionais de saúde e gestores estão expostas nos gráficos das figuras 8 e 9.

Legenda: V7 Questionamento das condições de vida da família; V8 Questionamento sobre as doenças dos familiares; V9 Questionamento sobre a presença de sintomáticos respiratórios (SR) entre os contactantes; V10 Oferecimento de pote para exame de escarro para diagnóstico dos comunicantes; V11 Conhecimento dos contatos domiciliares pelos profissionais. Satisfatório = Sempre/Quase sempre; Regular = Às vezes; Insatisfatório = Nunca/Quase nunca.

Figura 8. Análise de frequência comparativa das variáveis relacionadas às condições socioeconômicas e ao controle de comunicantes da dimensão *Enfoque na Família* em Ribeirão Preto, 2007 sob a percepção dos doentes (D), profissionais de saúde (P) e gestores (G).

No que diz respeito às condições socioeconômicas, 53% dos doentes 94% dos profissionais e 100% dos gestores entrevistados avaliaram os serviços de saúde como satisfatório quanto a variável “questionamento pelos profissionais de saúde sobre as condições de vida da família”. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) afirma ainda que a tuberculose esteja diretamente relacionada à pobreza e a má distribuição de renda, além do estigma que implica na não adesão ao tratamento dos portadores e/ou familiares/contactantes (BRASIL, 2004). Por sua vez, o controle da TB promove o alívio da pobreza e reduz o grande impacto sócio-econômico da doença (WHO, 2002). A TB e a pobreza assumem uma relação bidirecional, pois tanto a pobreza pode estar relacionada às condições precárias de saúde, como essas podem produzir a pobreza, limitando as oportunidades de trabalho e de subsistência, formando, assim, um ciclo vicioso que tende a piorar (SANTOS et al., 2007).

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

A observação das condições de vida e de alguns indicadores como: a recorrência de patologias facilmente controláveis, ocorrência de óbito por doenças tratáveis, doença incapacitante, desemprego prolongado e repetição de posturas prejudiciais a comunidade local, possibilitam a identificação de famílias a serem assistidas, priorizando suas necessidades, e sem dúvidas, é um passo importante na reorientação do modelo de atenção, e requer o domínio de conceitos e instrumentos advindos de outros campos de conhecimento além daqueles habitualmente abordados na capacitação de equipes de saúde. O que permitiria

ainda a superação do reducionismo dos problemas de saúde à sua dimensão biológica e a incorporação de diferentes dimensões da reprodução social. (VASCONCELOS, 1999; SAMAJA, 2000). Porém, Batistella (2007), alerta que essa busca em evitar a individualização e a fragmentação biologicista não seja tomada como justificativa para a normatização dos corpos numa biossocialidade perigosa quando adotados estilos de vida prescritivos, homogêneos e indiferenciados tornando uma sociedade igualitária em demasia, contrapondo-se ao fato de que a capacidade de dizer se o corpo está ou não saudável cabe ao titular, mediante suas normas culturais e particulares (BATISTELLA, 2007).

Quanto ao controle de comunicantes e a busca de sintomáticos respiratórios, os doentes, os profissionais de saúde e os gestores avaliaram como satisfatório os serviços de saúde quanto às variáveis: “questionamento sobre a existência de doença entre os familiares pelos profissionais”, “questionamento sobre a presença de sintomáticos respiratórios entre os comunicantes” e “oferecimento de pote para exame de escarro para diagnóstico dos comunicantes”. No entanto no que diz respeito à variável “conhecimento dos contatos domiciliares pelos profissionais” foi nítida a divergência entre os padrões de resposta dos 3 atores, sendo que 52% dos doentes avaliaram como insatisfatório e os profissionais de saúde e os gestores avaliaram como satisfatório os serviços de saúde no que diz respeito a essa variável.

Nos serviços de saúde abordados nesse estudo por se tratarem de equipes especializadas do PCT, os potes para exame de escarro são disponibilizados regularmente aos doentes e comunicantes de acordo com o que é preconizado pelo PNCT. Vale ressaltar ainda que a busca de sintomáticos respiratórios é uma das atividades prioritárias do PNCT como medida de controle da TB e espera-se que a todos os doentes atendidos pelos serviços, sejam ao menos questionados quanto a presença de SR entre os comunicantes almejando a interrupção da cadeia de transmissão da doença. (BRASIL, 2002a).

Gazetta et al. (2007) afirma que a maior fonte de infecção são os indivíduos bacilíferos não tratados e que após o início do tratamento efetivo, o risco de transmissão diminui rapidamente considerando o caso não contagiante. No serviço de saúde é importante o diagnóstico precoce e tratamento efetivo dos casos contagiantes, e isso deve ocorrer por meio da busca ativa entre os comunicantes (GAZETTA et al., 2007).

A importância dos serviços de saúde em realizar o controle de comunicantes e busca de sintomáticos respiratórios, é evidenciada por Lemos (2001), que em seu estudo evidencia que o risco de adoecimento por TB entre os comunicantes intradomiciliares é superior aos demais contatos da comunidade (LEMOS, 2001¹ apud GAZETTA, 2004).

Vale ressaltar ainda que a rede municipal possui respaldo laboratorial para análise das amostras de escarro coletadas e viaturas para transporte do material coletado, não sendo esse, um obstáculo no controle de comunicantes. O momento das visitas domiciliares para realização do DOT é utilizado pela equipe para a busca dos SR. Porém o grande número de visitas que o profissional realiza ao dia, que chegou a ser superior a 15 em algumas unidades abordadas neste estudo durante o período de coleta de dados e a sua não exclusividade ao PCT, pode comprometer a qualidade das atividades de busca ativa dos sintomáticos respiratórios e controle de comunicantes.

¹ LEMOS, A. C. M. **Prevalência e risco de tuberculose em contatos domiciliares**. 2001. 185f. Tese (Doutorado em medicina interna) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

Legenda: V12 Orientação dos contatos domiciliares quanto a TB; V13 Orientação dos contatos domiciliares quanto ao tratamento da TB; V14 Orientação dos contatos domiciliares quanto a outros problemas de saúde. Satisfatório = Sempre/Quase sempre; Regular = Às vezes; Insatisfatório = Nunca/Quase nunca.

Figura 9. Análise de frequência comparativa das variáveis relacionadas às ações educativas da dimensão *ênfase na família* em Ribeirão Preto, 2007 sob a percepção dos doentes (D), profissionais de saúde (P) e gestores (G).

Quanto aos indicadores que se referem às ações educativas junto aos doentes de TB, englobando desde o oferecimento de informações sobre a TB e seu tratamento até o diálogo sobre outras doenças, houve concordância no padrão de respostas dos três atores que avaliaram de maneira satisfatória os serviços de saúde para as seguintes variáveis analisadas: “orientação dos contatos domiciliares quanto a TB; “orientação dos contatos domiciliares quanto ao tratamento da TB” e “orientação dos contatos domiciliares quanto a outros problemas de saúde”.

Os achados desse estudo vão de encontro ao recomendado pela literatura de que as ações educativas junto aos doentes devem ser priorizadas pelos profissionais que atuam nos programas de controle da tuberculose dado que se trata de uma doença complexa não só pelo ponto de vista biomédico, mas também social, pois o tratamento é prolongado e existe ainda a ocorrência das reações adversas no uso dos quimioterápicos anti-tuberculose. Além disso, a

educação em saúde pode promover redução no abandono ao tratamento, ocasionado pela melhora clínica nos primeiros três meses de tratamento e pelo estigma relacionado à tuberculose (DICK; LOMBARD, 1997). O DOT pode ser um momento propício para as equipes realizarem orientações não só individuais, mas conjuntas com os membros da família presentes no momento, pois a vida familiar constitui um espaço importante para a elaboração de um destino comum, para a transmissão de conhecimentos, informações e para a compensação da pouca escolarização com outros aprendizados transmitidos oralmente e por contato direto (DURHAM, 1980).

5.3.1 Construção de indicadores e comparação entre as unidades de saúde com PCT sob a perspectiva dos doentes para o enfoque na família

Os resultados do valor médio dos indicadores e o valor de p para o teste F da análise de variância da dimensão *Enfoque na Família* na percepção dos doentes para cada unidade de saúde, A, B, C e D, estão expostos na tabela 5.

Rótulo das Variáveis	A	B	C	D	Média Total	P
V7 Média	2,97	3,33	3,90	3,26	3,31	0,3223
IC	[2,36 ; 3,59]	[2,52 ; 4,15]	[3,16 ; 4,66]	[2,17 ; 4,36]		
V8 Média	3,95	4,17	3,82	4,33	4,03	0,7666
IC	[3,39 ; 4,50]	[3,51 ; 4,82]	[3,07 ; 4,58]	[3,53 ; 5,15]		
V9 Média	4,54	4,08	4,23	4,73	4,39	0,3999
IC	[4,17 ; 4,91]	[3,38 ; 4,79]	[3,56 ; 4,90]	[4,16 ; 5,31]		
V10 Média	2,56	2,42	3,00	4,47	2,91	0,0058
IC	[1,94 ; 3,19]	[1,61 ; 3,22]	[2,10 ; 3,91]	[3,69 ; 5,25]		
V11 Média	3,41	3,83	4,73	5,00	4,04	0,0008
IC	[2,82 ; 4,00]	[3,09 ; 4,58]	[4,31 ; 5,14]	[5,00]		
V12 Média	3,38	3,83	4,00	4,20	3,75	0,3567
IC	[2,82 ; 3,95]	[3,05 ; 4,62]	[3,24 ; 4,76]	[3,38 ; 5,02]		
V13 Média	3,31	3,83	4,00	4,20	3,72	0,2929
IC	[2,71 ; 3,90]	[3,05 ; 4,62]	[3,24 ; 4,76]	[3,28 ; 5,12]		
V14 Média	2,41	3,58	3,45	3,27	3,05	0,0556
IC	[1,83 ; 2,99]	[2,78 ; 4,39]	[2,64 ; 4,27]	[2,17 ; 4,36]		

Legenda: IC – Intervalo com 95% de confiança. p - Nível de significância. V7 Questionamento das condições de vida da família; V8 Questionamento sobre as doenças dos familiares; V9 Questionamento sobre a presença de sintomáticos respiratórios (SR) entre os contactantes; V10 Oferecimento de pote para exame de escarro para diagnóstico dos comunicantes; V11 Conhecimento dos contatos domiciliares pelos profissionais; V12 Orientação dos contatos domiciliares quanto a TB; V13 Orientação dos contatos domiciliares quanto ao tratamento da TB; V14 Orientação dos contatos domiciliares quanto a outros problemas de saúde.

Tabela 5. Rótulos das variáveis, valor médio dos indicadores com intervalo de confiança, valor médio total dos indicadores e valor de p para o teste F da dimensão *Enfoque na Família* na percepção do doente.

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

Os indicadores: “oferecimento de pote para exame de escarro para diagnóstico dos comunicantes” e “conhecimento dos contatos domiciliares pelos profissionais” apresentaram diferença estatisticamente significativa no padrão de respostas dos usuários entre as quatro unidades estudadas, tabela 5. Para estes indicadores foi realizado o teste de Tukey, figuras 10 e 11.

Figura 10. Média, intervalo de confiança, desvio padrão e teste de Tukey do indicador: oferecimento de pote para exame de escarro para diagnóstico dos comunicantes por unidade de saúde sob a percepção dos doentes, Ribeirão Preto, 2007.

Figura 11. Média, intervalo de confiança, desvio padrão e teste de Tukey do indicador: conhecimento dos contatos domiciliares pelos profissionais por unidade de saúde sob a percepção dos doentes, Ribeirão Preto, 2007.

Quanto ao indicador referente ao “oferecimento de pote para exame de escarro para diagnóstico dos comunicantes”, O teste de Tukey (figura 10) considerou semelhantes as médias das unidades A, B e C, assim como foram semelhantes também as médias das unidades C e D.

Com relação ao indicador, “conhecimento dos contatos domiciliares pelos profissionais”, o teste de Tukey (figura 11), considerou semelhantes as médias das unidades A e B assim como as médias das unidades B, C e D.

Para ambos os indicadores, a unidade D foi a que apresentou o maior escore seguido da unidade C, enquanto que as unidades A e B apresentaram os menores escores. O menor

escore apresentado pelas unidades A e B, evidencia maior deficiência nessas unidades em relação à prestação desses serviços se comparada à unidade D.

Retomando as ações de controle preconizadas pelo PNCT, vale lembrar que todos os contatos dos doentes de tuberculose, prioritariamente dos pacientes pulmonares positivos, devem comparecer à unidade de saúde para exame incluindo-se aqui a baciloscopia de escarro cuja amostra para análise pode e deve ser colhido em todas as unidades de atenção à tuberculose (BRASIL, 2002a). Nogueira et al. (2007) afirma que nesta perspectiva, compreende-se que a atuação voltada prioritariamente para a família, possa contribuir para a identificação de sintomáticos respiratórios e diagnóstico precoce dos casos de tuberculose na comunidade.

Essa ocorrência pode estar relacionada ao fato de que as Unidades A e B atendem proporcionalmente, um número muito maior de doentes que as unidades C e D já que neste estudo, 39% dos doentes entrevistados eram acompanhados pela unidade A, 24% pela unidade B, 22% pela unidade C e 15% dos casos atendidos pela unidade D que apresentou a melhor média, e podemos associar ainda ao fato de que a unidade A possui em sua área de abrangência 136.906 habitantes e a unidade D 96.761 habitantes, o que poderia dificultar que os profissionais da unidade A monitorem todos os comunicantes dos doentes atendidos, uma vez que o trabalho é feito por apenas uma equipe assim como nas demais unidades de saúde em estudo com exceção ao fato de que a unidade A possui em sua equipe dois médicos (mas que atendem apenas dois dias por semana), e não um como nas demais unidades, o que não difere, portanto das demais unidades. Reforçamos ainda que outro fator que pode ter gerado essa discrepância desse indicador é que a unidade A não realizava DOT em 28,21% dos doentes entrevistados na unidade, enquanto que a unidade D, em 13,33% dos doentes entrevistados dessa unidade. No que diz respeito às unidades B e C, embora, proporcionalmente atendam, respectivamente 24% e 22% dos doentes entrevistados e ambas

as unidades realizem o DOT no domicílio de segunda a sexta-feira, a unidade B o faz das 7:30 as 9:00H, enquanto que a unidade C realiza o DOT das 7:00 as 11:00H, portanto, 37,5% a mais de tempo disponível para VD's do que a unidade B, o que pode justificar as melhores médias da unidade C em relação a unidade B para o monitoramento dos comunicantes. Associamos ainda a ocorrência de maior média na unidade C para esse indicador, ao fato dessa unidade ter realizado 100% de cobertura de DOT em seus doentes, enquanto a unidade B deixou de realizar o DOT em 25% de seus doentes entrevistados. Dessa forma, o fato da realização de DOT no domicílio pode ser relevante para a aproximação dos profissionais de saúde (pelo menos do visitador que realiza o DOT) com a família do doente de TB.

O atendimento no domicílio também deve ser realizado com o objetivo de trabalhar a proteção da saúde através de uma abordagem inter-relacional e educativa em prol do desenvolvimento de potencialidades individuais e coletivas no enfrentamento de condições adversas (MANDÚ et al., 2008).

O desenvolvimento de uma política mais efetiva nessa área deve promover um processo de educação continuada dos profissionais, aprofundando sua formação quanto à abordagem familiar e comunitária. Os planejadores de políticas sociais dispõem de várias possibilidades para introduzir novas e criativas iniciativas em nível de comunidade, que oferecem a oportunidade de valorizar o papel do cuidado informal, em particular o cuidado prestado administrado pelo parentesco, e para integrá-lo às atividades realizadas pelos serviços institucionais (SERAPIONI, 2005).

Embora ainda seja controversa a utilização de membros da família para a realização do DOT, Newell et al., (2006) e Maciel et al. (2008) em seus estudos realizados respectivamente no Nepal e em Vitória, demonstram que essa estratégia pode ser muito eficiente e de baixo custo em locais onde a supervisão pelos agentes de saúde seja inviável ou o acesso dos doentes ao serviço de saúde seja difícil.

Cardozo-Gonzáles et al. (2008), destaca que a realização do DOT no domicílio exige a reorganização das atividades internas do serviço, tanto em função da necessidade de uma estrutura mínima (viatura, motorista e designação de um profissional de saúde supervisor) para desenvolver as atividades inerentes ao tratamento do doente com TB no domicílio, como a garantia da continuidade das atividades executadas no âmbito do SS. Essa reorganização ocorre a partir da disponibilidade dos recursos humanos e materiais existentes nos serviços de saúde e das necessidades do doente e família.

Tanto a falta de recursos humanos e a não sistematização das atividades relacionadas ao DOT podem resultar na redução do tempo para a realização das visitas domiciliares, podendo afetar, inclusive, a qualidade da assistência prestada ao doente com TB. (CARDOZO GONZÁLES et al., 2008).

A inclusão da família como foco de atenção básica de saúde pode ser ressaltada como um dos avanços, para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde. Ultrapassa o cuidado individualizado, focado na doença; elege-se aquele que contextualiza a saúde, produzida num espaço físico, social, relacional, resgatando as múltiplas dimensões da saúde (RIBEIRO, 2004).

5.4 Análise de frequência comparativa entre os três atores para a orientação à comunidade

As análises de frequência da dimensão *Orientação à Comunidade* sob a percepção dos doentes, profissionais de saúde e gestores estão expostas na figura 12.

Legenda: V15 Questionamento dos doentes e familiares sobre a resolutividade dos problemas de saúde pelos profissionais; V16 Observação de realização de trabalhos educativos pelos profissionais para informar a comunidade sobre a TB; V17 Realização de parcerias sociais para entrega de pote para coleta de escarro pelos profissionais; V18 Observação de visitas dos profissionais na vizinhança, para a entrega do pote para coleta de escarro; V19 Solicitação da participação de alguém da comunidade para discutir o problema da TB pelos profissionais. Satisfatório = Sempre/Quase sempre; Regular = Às vezes; Insatisfatório = Nunca/Quase nunca.

Figura 12. Análise de frequência comparativa das variáveis da dimensão *Orientação à Comunidade* em Ribeirão Preto, 2007 sob a percepção dos doentes (D), profissionais de saúde (P) e gestores (G).

Ao compararmos os padrões de respostas dos doentes, profissionais de saúde e gestores pela análise de frequência expostos pela figura 12, nota-se claramente a divergência de pontos de vistas desses três atores.

Quando questionados sobre a “preocupação da equipe de saúde quanto à resolutividade dos serviços prestados” e quanto à “realização de campanhas e trabalhos educativos realizados pela equipe de saúde”, os doentes avaliaram como satisfatório o desempenho dos serviços de saúde, enquanto que para as mesmas variáveis, os profissionais de saúde e gestores avaliaram os serviços entre regular e satisfatório. Tanto doentes como profissionais de saúde avaliaram como insatisfatório o desempenho dos serviços de saúde quanto à “existência de parcerias sociais para controle da tuberculose”, enquanto que os gestores avaliaram como regular o desempenho dessa ação de controle da TB. Com relação à

variável sobre “realização de atividades extra muro para controle da tuberculose”, houve divergência entre os três atores sendo que os doentes avaliaram como insatisfatório; os profissionais de saúde entre regular e satisfatório e os gestores avaliaram como satisfatório a realização dessa atividade pelos serviços de saúde. E finalizando as variáveis da dimensão *orientação à comunidade*, os três atores avaliaram como insatisfatório o desempenho dos serviços de saúde quando foram questionados sobre a participação social no controle local da TB.

5.4.1 Construção de indicadores e comparação entre as unidades de saúde com PCT sob a perspectiva dos doentes para a orientação à comunidade

Os resultados do valor médio dos indicadores e o valor de p para o teste F da análise de variância da dimensão *orientação à comunidade* sob a percepção dos doentes para cada unidade de saúde com PCT estão expostos na tabela 6.

Rótulo das Variáveis	A	B	C	D	Média Total	p
V15 Média	4,13	4,33	4,64	4,13	4,29	0,5848
IC	[3,60 ; 4,66]	[3,74 ; 4,93]	[4,21 ; 5,06]	[3,27 ; 4,99]		
V16 Média	4,23	4,50	3,45	2,47	3,86	0,0004
IC	[3,75 ; 4,71]	[3,93 ; 5,07]	[2,67 ; 4,24]	[1,49 ; 3,44]		
V17 Média	1,10	1,00	1,18	1,13	1,10	0,6655
IC	[0,98 ; 1,23]	[1,00]	[0,80 ; 1,56]	[0,85 ; 1,42]		
V18 Média	1,05	1,00	1,14	1,60	1,14	0,0107
IC	[0,95 ; 1,15]	[1,00]	[0,93 ; 1,34]	[0,88 ; 2,32]		
V19 Média	1,00	1,17	1,32	1,13	1,13	0,2982
IC	[1,00]	[0,82 ; 1,51]	[0,90 ; 1,74]	[0,85 ; 1,42]		

Legenda: IC – Intervalo com 95% de confiança. p - Nível de significância. V15 Questionamento dos doentes e familiares sobre a resolutividade dos problemas de saúde pelos profissionais; V16 Observação de realização de trabalhos educativos pelos profissionais para informar a comunidade sobre a TB; V17 Realização de parcerias sociais para entrega de pote para coleta de escarro pelos profissionais; V18 Observação de visitas dos profissionais na vizinhança, para a entrega do pote para coleta de escarro; V19 Solicitação da participação de alguém da comunidade para discutir o problema da TB pelos profissionais.

Tabela 6. Rótulos das variáveis, valor médio dos indicadores com intervalo de confiança, valor médio total dos indicadores e valor de p para o teste F da dimensão *orientação à comunidade* na percepção dos doentes.

Os resultados mostraram que os indicadores: “questionamento dos doentes e familiares sobre a resolutividade dos problemas de saúde pelos profissionais”; “realização de parcerias sociais para entrega do pote para coleta de escarro pelos profissionais” e “solicitação da

participação de alguém da comunidade para discutir o problema da TB pelos profissionais” não apresentaram diferença estatisticamente significativa e, portanto as unidades de saúde A, B, C e D foram consideradas semelhantes em relação aos referidos indicadores.

O indicador que diz respeito à “realização de parcerias sociais para entrega do pote para coleta de escarro na comunidade” evidencia a inexistência dessas ações pelos serviços de saúde no controle da tuberculose. Estudos demonstraram que grande parte das intervenções sociais vem se caracterizando como circunstanciais e descontínuas, sendo que as primeiras iniciativas foram realizadas e consolidadas junto às igrejas. Em muitos municípios brasileiros, os serviços locais de saúde, escolas e órgãos de assistência social ligados a igrejas, entidades filantrópicas e organizações não governamentais (ONG's) vêm desenvolvendo programas de acompanhamento e apoio a famílias em situação especial de dificuldade (VASCONCELOS, 1999).

Quanto ao indicador referente à “solicitação da participação da comunidade para discutir sobre a TB pelos profissionais”, é preocupante o fato de que os três atores envolvidos no estudo tenha avaliado como insatisfatório o desempenho dessa ação, uma vez que 81% dos entrevistados se encontravam em DOT, portanto, em contato freqüente com os profissionais de saúde. É preciso superar a visão corrente entre os profissionais locais e gestores das políticas sociais a respeito da incapacidade de pobres cuidarem de si mesmos (NEDER, 1994). Dentro dessa perspectiva, torna-se necessário investir em posturas e práticas inovadoras e na disseminação de experiências alternativas que caminhem em direção a autonomia e à autoconfiança desses sujeitos (TAKASHIMA, 1994). O “empoderamento” e o envolvimento dos doentes de TB contra a doença é uma área em expansão, mas não é um novo conceito (WHO, 2007b).

Os indicadores: “informação da comunidade sobre a TB pelos profissionais de saúde” e “entrega de pote para exame de escarro pelos profissionais na comunidade” apresentaram

diferença estatisticamente significativa, entre as unidades de saúde de Ribeirão Preto que prestam atenção aos doentes de TB (tabela 6). Para estes indicadores foi realizado o teste de Tukey (figuras 13 e 14).

Figura 13. Média, intervalo de confiança, desvio padrão e teste de Tukey do indicador: informação da comunidade sobre a TB pelos profissionais de saúde sob a percepção dos doentes, Ribeirão Preto, 2007

Figura 14. Média, intervalo de confiança, desvio padrão e teste de Tukey do indicador: entrega de pote para exame de escarro pelos profissionais na comunidade sob a percepção dos doentes, Ribeirão Preto, 2007

O teste de Tukey, (figura 13), considerou semelhante às médias das unidades A, B e C e as médias das unidades C e D, para o indicador “informação da comunidade sobre a TB pelos profissionais de saúde”.

Com relação ao indicador “entrega de pote para exame de escarro pelos profissionais na comunidade”, o teste de Tukey (figura 14) considerou semelhante as médias das unidades A, B e C, assim como as unidades A, C e D.

O Plano Nacional de Controle da Tuberculose apresenta uma concepção de atenção à saúde focalizada na família e na comunidade, com práticas que apontam para o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde envolvidos, os indivíduos, suas famílias e território (NOGUEIRA et al., 2007). O município em estudo possui como já foi mencionado PCT implantados e funcionando em áreas regionalizadas estrategicamente, e embora possua baixa cobertura de PSF (22%) o município possui um comitê local de

Tuberculose que atua de maneira ativa para maximizar a atuação da comunidade junto aos serviços de saúde buscando alterar essa característica negativa evidenciada pelos baixos indicadores das ações coletivas evidenciadas neste estudo.

Não podemos afirmar com certeza, se a descentralização das ações de controle da TB para as unidades de saúde da família supriria o problema, uma vez que em estudo realizado por Scatena, et al. (2008) comparando cinco municípios do Brasil com diferentes coberturas de PSF, o fator alta cobertura de PSF não garantiu melhores indicadores para o programa de controle da tuberculose nesses municípios.

Na maioria dos países, nem a centralização na família, nem a orientação na comunidade são um enfoque dos sistemas de atenção primária. Embora exista um apelo intuitivo e uma validade aparente dos conceitos de família e orientação para a comunidade, não existem evidências de sua prática universal (STARFIELD, 2002). Nesse contexto, reforçamos as afirmativas de Newell et al. (2006), de que as ações de controle da tuberculose deve ser vista também como uma intervenção social e não apenas biomédica.

Apesar do aumento do empenho dos diferentes níveis de governo em incorporar a prática de relação com organizações comunitárias, é inegável que ainda existe certa resistência por parte das instituições governamentais em lidar com esse ator notoriamente crítico (SANTOS FILHO et al., 2007).

A fragilidade evidenciada nesse estudo pelos indicadores da dimensão *orientação à comunidade*, encontram respaldo nas idéias de Santos Filho et al. (2007) de que não se deve esperar que a resposta comunitária no controle da TB seja gerada espontaneamente. Tal possibilidade é muito remota em função da situação de carência financeira da maioria afetada pelo problema, sua baixa escolaridade e do reduzido poder de articulação, quando não dentro de organizações de defesa de direitos.

Outro fator importante a ser ressaltado diz respeito à visita domiciliar realizada pela equipe durante o DOT, tendo em vista que 81% dos doentes entrevistados recebiam DOT, essas visitas poderiam ser mais bem exploradas para suprir as deficiências evidenciadas pelos indicadores das dimensões *ênfase na família e orientação à comunidade*. Pois o profissional da saúde, a partir da avaliação das condições de moradia, da família, da situação socioeconômica, cultural e de saúde consegue elaborar um plano de ação para atender de forma integral o indivíduo e sua família e conseguem estabelecer um vínculo com o indivíduo e a família, tornando-os co-responsáveis pela assistência (OHARA; RIBEIRO, 2008).

Vale ressaltar ainda que ao serem comparadas as frequências de respostas dos três atores envolvidos no estudo, ficou evidente nas três dimensões analisadas que os doentes foram expressivamente mais críticos ao avaliar os serviços de saúde em quase todas as variáveis/indicadores estudadas, salientando a importância da abordagem desse ator em estudos semelhantes.

6 Considerações finais e Conclusões

Sob a percepção dos doentes de tuberculose, o desempenho dos serviços de saúde em relação às ações da *atenção individual* foram avaliados satisfatoriamente de maneira geral, porém as ações que abordam o *enfoque na família a orientação à comunidade* precisam ser repensadas novas estratégias de trabalho pela equipe de saúde. Reforça-se a necessidade dos profissionais de saúde que atuam no programa de controle da tuberculose do município “interiorizar” os conceitos de que o doente apresenta-se inserido em seu contexto familiar e comunitário e ao mesmo tempo interagindo, modificando e sendo modificado pelo meio em que vive, resultando num complexo e dinâmico sistema de inter-relação biopsicossocial entre doente, família e comunidade.

Ficou evidente a existência de divergência nas percepções dos três atores contemplados neste estudo, o que sugere uma maior compreensão das necessidades e expectativa dos doentes por parte dos profissionais e gestores.

Conclui-se ainda, que, as ações de vigilância dos contatos nem sempre fazem parte de forma sistemática da rotina dos Serviços de Saúde, considerando que a disponibilização do pote para exame de escarro nem sempre foi oferecido aos contactantes, o que dificulta o diagnóstico precoce, assim como nem todos os doentes foram questionados sobre a presença de sintomáticos respiratórios entre os comunicantes, uma das prioridades do PCT. Nota-se ainda que existem evidências favoráveis quanto a preocupação dos profissionais em se aproximar ou conhecer o contexto familiar em que se insere o doente de TB.

O desempenho das ações de controle da TB na percepção dos profissionais de saúde prioriza o enfoque individual relacionado ao tratamento, porém as ações de alcance coletivo voltadas para o controle de contatos na família do doente são ainda realizadas de forma assistemática e sem monitoramento e as ações voltadas para a educação em saúde ainda não fazem parte do trabalho das equipes dos PCT's.

As ações de controle da TB desenvolvidas pelos profissionais de saúde não prioriza as

ações voltadas à comunidade, porém essa não é uma característica exclusiva da atenção a tuberculose, mas também de todo o sistema de saúde, pois embora ainda seja incipiente, a participação da comunidade nas ações de saúde tem se tornado mais evidente.

Torna-se necessário capacitar os usuários para o exercício do controle social, que só é possível com a sensibilização e participação da sociedade organizada.

Considera-se que a sociedade civil não precisa somente ser esclarecida sobre o que é a doença e como ela é transmitida, mas também, da sua co-responsabilidade social no controle da TB e que se veja vulnerável ao problema da doença que cresce e que se configura como um dos maiores problemas de saúde pública. E no que diz respeito aos profissionais de saúde, é preciso que internalizem a necessidade da participação dos usuários nas discussões locais de controle da doença, pois dessa forma, torna-se possível avaliar não só o serviço prestado, como também levantar as necessidades de saúde da população local.

Enfim, o conhecimento e a conseqüente resolução das desigualdades na atenção à tuberculose só poderão ser traduzidos em propostas políticas, se existir essa busca por parte da própria sociedade civil organizada ao reivindicar seus direitos de cidadania assegurados pela constituição brasileira.

Referências

ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health Services Research**, v. 9, n 3, p. 208- 220, 1974.

AKRAMUL, I. Community participation in TB control as part of social development: the experience of BRAC. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 9, n. 11S1, p. S31-S37, 2005.

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: OPAS; 2006. (Série técnica - Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, 10).

ALVAREZ GORDILLO G. D. C.; ALVAREZ GORDILLO J. F.; DORANTES JIMENEZ, J. E. Educational strategy for improving patient compliance with the tuberculosis treatment regimen in Chiapas, Mexico. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 14, p. 402-408, 2003.

BARAU, S. C.; KARKI , D. K.; NEWELL; J. N. Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study. **BMC Public Health**. 2007. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/211>>. Acesso em: 06 ago. 2008.

BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007.

BOTAZZO, C. **Unidade básica de saúde: a porta de entrada do sistema revisitada**. Bauru: Edusc, 1999.

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Competências para o trabalho em uma unidade básica de saúde sob a estratégia de saúde da família: médico e enfermeiro**. Brasília, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

CLARKE, M.; DICK, J.; ZWARENSTEIN, Z.; LOMBARD, C. J.; DIWAN, V. K.; Lay health worker intervention with choice of DOT superior to standard TB care for farm dwellers in South Africa: a cluster randomised control trial. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, França, v. 9, p. 673-679, 2005.

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

CARBONE, M. H. Estilo de vida. In: COSTA, E. M. A; CARBONE, M. H. **Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

CARDOZO-GONZALES, R. I.; MONROE, A. A.; ARCÊNCIO, R. A.; OLIVEIRA, M. F.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. Indicadores de desempenho do DOT no domicílio para o controle da tuberculose em município de grande porte, SP, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.1, p.95-100, 2008.

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CVE). **Tuberculose**. 2007. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/tb/releasetb_2007.htm>. Acesso em: 22 jan. 2008.

CHAUÍ, M. **Conformismo e Resistência: aspectos da cultura popular no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; CUNHA, I. C. K. O.; SILVA, G. T. R. (Orgs.). **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe Editorial, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: Conass, 2007.

COSTA, E. M. A. Saúde da família. In: COSTA, E. M. A; CARBONE, M. H. **Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

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

DICK, J.; LOMBARD, C. Shared vision a health education project designed to enhance adherence to anti-tuberculosis treatment. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, França, v. 1, n. 2, p. 181-186. 1997.

DURHAM, E. A família operária: consciência e ideologia. **Revista Brasileira de**

Ciências Sociais, v. 23, n. 2, 1980.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007.

GAZETTA, C. E.; **Controle de comunicantes de doentes de tuberculose: ações realizadas no programa de controle da tuberculose, no município de São José do Rio Preto – SP**. 2004. 175f.

GAZETTA, C. E.; VENDRAMINI, S. H. F.; RUFFINO NETTO, A.; CURY, M. R. C. O.; VILLA, T. C. S. Estudo descritivo sobre a implantação da estratégia de tratamento de curta duração diretamente observado no controle da tuberculose em São José do Rio Preto e seus impactos (1998-2003). **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 33, n. 2, p. 192-198, 2007.

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 paciente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 777-787, 1999.

HE, G. X.; ZHOU, L.; XU, M.; CHENG, S. M. Implementing DOTS strategy through tuberculosis clubs. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, França, v. 9, n. 11S1, p. S135-S136, 2005.

KHAN, A.; WALLEY, J.; NEWELL, J.; IMDAD, N. Tuberculosis in pakistan: socio-cultural constraints and opportunities in treatment. **Social Science & Medicine**, Londres, v. 50, p. 247-254, 2000.

LITMAN, T. The family as a basic unit health and medical care: a social behavioral overview. **Social Science & Medicine**, Londres, v. 8, n. 9-10, p. 495-519, 1974.

LONG, N. H.; JOHANSSON, E.; LÖNNROTH, K.; ERIKSSON, B.; WINKVIST, A.; DIWAN V. K. Longer delays in tuberculosis diagnosis among women in Vietnam. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, França, v. 3, n. 5, p. 388-393, Maio. 1999.

LÖNNROTH, K.; TRAN, T. U.; THUONG, L. M.; QUY, H. T.; DIWAN, V. Can I afford free treatment?: perceived consequences of health care provider choices among people with tuberculosis in Ho Chi Minh city, Vietnam, **Social Science & Medicine**, Suécia, v. 52, p. 935-948, 2001.

LUCCA, M. E. S. **Análise epidemiológica da tuberculose e co-infecção HIV/TB, em Ribeirão Preto-SP, de 1998-2006**. 2008. 134 f.. Dissertação – Departamento de Medicina Social, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MACIEL, E. L. N.; SILVA, A. P.; MEIRELES, W.; FIOROTTI, K.; HADAD, D. J.; DIETZE, R. Tratamento supervisionado em pacientes portadores de tuberculose utilizando supervisores domiciliares em Vitória, Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Ribeirão Preto, v. 34, n. 7, p. 506-513, 2008.

MANDÚ, E. N. T.; GAÍVA, M. A. M.; SILVA, M. A.; SILVA, A. M. N. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 131-140, jan./mar. 2008.

MEDALIE, J. H.; ZYZANSKI, S. J.; GOODWIN, M. A.; STANGE, K. C. Two physician styles of focusing on the family. **The Journal of Family Practice**, Montvale, v. 49, n. 3, p. 209-15, 2000.

MISHRA, P.; HANSEN, E. H.; SVEND, S.; KAFLE, K. K. Adherence is associated with quality of professional-patient interaction in directly Observed treatment short-course, DOTS. **Patient Education and Counseling**, San Francisco, v. 2544, p. 1-9, 2005.

NEDER, G. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. 1994 In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). **Família brasileira: a base de tudo**. São Paulo: Cortez, p. 26-46, 1994.

NEWELL, J. N.; BARAL, S. C.; PANDE, S. B.; BAM, D. S.; MALLA, P. Family-member DOTS and community DOTS for tuberculosis control in Nepal: cluster-randomised controlled trial. **Lancet**, v. 367, p. 903-909, 2006.

NOGUEIRA, J. A.; RUFFINO NETTO, A.; MONROE, A. A.; GONZALES, R. I. C.; VILLA, T. C. S. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do agente de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 106-118, jan./abr. 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a08.htm>. Acesso em: 25 mar. 2007.

OHARA, E. C. C.; RIBEIRO, M. P. Assistência domiciliaria. In: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Livraria e Editora Martinari, 2008.

RANGAN, S.; Ambe G, Borremans N, Zallocco D, Portter J. The Mumbai experience in building field level partnerships for DOTS implementation. **Tuberculosis**, v. 83, p. 165-172, 2003.

RIBEIRÃO PRETO. Portal da cidade de Ribeirão Preto. 2008. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/index.html>. Acesso em: 13 fev. 2008.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 658-64. 2004.

RODRIGUES, C. R. F. Famílias como unidade do cuidado em saúde: subsídios para o ensino/prática em graduação. In: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Livraria e Editora Martinari, 2008.

RUFFINO-NETTO, A.; ARANTES G. R. Risco de Infecção tuberculosa em município do interior do estado de São Paulo e suas aplicações. **Revista de Saúde Pública de São Paulo**, São Paulo, v. 10, p.143-149, 1976.

RUFFINO-NETTO, A.; PEREIRA, J. C. O processo saúde-doença e suas interpretações. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.15, p. 1-4. 1982.

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

RUFFINO-NETTO, A.; PASSOS, A. D. C. Epidemiologia: conceitos e usos. In: FRANCO, L. C.; PASSOS, A. D. C. **Fundamentos da epidemiologia**. Barueri: Manole, 2005.

SABROZA, P. C. **Concepções de saúde e doença**. Rio de Janeiro: EAD, Ensp, 2001. (Texto de apoio ao módulo I do curso de especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde).

SAMAJA, A. **A Reprodução social e a saúde: elementos teóricos e metodológicos sobre a questão das "relações" entre a saúde e condições de vida**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

SANTOS FILHO, E. T. **Tempos de mudança para o controle da tuberculose no Brasil**, Rio de Janeiro: PHW-OSI, 2006.

SANTOS FILHO, E. T; GOMES, Z. M. S. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, S1, p. 111-116, 2007.

SANTOS, M. L. S. G.; VENDRAMINI, S. H. F.; GAZETTA, C. E.; OLIVEIRA, S. A. C.; VILLA, T. C. S. Poverty: socioeconomic characterization at tuberculosis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. Especial, p. 762-767, 2007.

SCATENA, L. M.; VILLA, T. C. S.; RUFFINO NETTO, A.; KRITSKI, A. L.; FIGUEIREDO, T. M. R. M.; VENDRAMINI, S. H. F.; MOTTA, M. C. S.; ASSIS, M. M. A. Acesso ao diagnóstico de tuberculose em cinco municípios do Brasil análise multivariada. **Revista de Saúde Pública**, 2008.

SCHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas

categorias kuhnianas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 53-66, 2004-2005.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, s., p. 243-253, 2005.

SOUZA, S. S.; SILVA, D. M. G. V. Grupos de convivência: contribuições para uma proposta educativa em tuberculose. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 590-595, 2007.

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

STARFIELD, B. **Primary care**: balancing health needs, services and technology. London: Oxford University Press, 1998.

STATISCA.EXE: **Statistic**. Versão.8.0. Tulsa, OK: StatSoft, 2003.

TAKASHIMA, G. K. O desafio da política de atendimento à família: dar vida as leis - uma questão de postura. 1994. In: VASCONCELOS, E. M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 6-19, 1999.

VASCONCELOS, E. M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 6-19, 1999.

VILLA, T. C. S.; MONROE, A. A.; CARDOZO-GONZALES, R. I.; ARCÊNCIO, R. A.; OLIVEIRA, M. F. de; GALESI, V. M. N.; SANTOS, L. A. R. dos; RUFFINO-NETTO, A. DOTS implementation experience in São Paulo state (1998-2005). In: RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. **Tuberculosis treatment: DOTS implementation in some regions of Brazil background and regional features**. Buenos Aires: Organización Panamericana de La Salud (OPS/OMS), 2007.

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

VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, 2009. No prelo.

WAISBORD, S. **Beyond the medical-informational model**: recasting the role of communication in tuberculosis control. *Social Science & Medicine*, v. 65, p. 2130–2134, 2007.

WILKINSON, D. High compliance tuberculosis treatment programme in a rural community. **Lancet**, v. 343, p. 647-648, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing: WHO report 2009**. Geneva, 2009.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Empowerment and involvement of tuberculosis patients in tuberculosis control: Documented experiences and interventions**. Stop TB Partnership. Geneva, 2007b.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Community contribution to TB care: practice and policy**. Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control**. Stop TB communicable diseases. Geneva, 2002. 23 p. WHO/CDS/TB/2002.297.

Anexos

ANEXO I

I. Doentes de Tuberculose

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

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

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

(Para ser aplicado aos doentes de TB)

Apresentação:

Bom dia!

Meu nome é...

Estou realizando uma pesquisa.

Posso conversar um pouco com o(a) Sr.(a)?

O(A) Sr.(a) aceita participar desta pesquisa?.

Observação: Ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e solicitar a assinatura ou impressão digital.

Só após a aceitação do sujeito poderá ser iniciada a aplicação do Questionário.

Atualizado em 20 de junho de 2007

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

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

Nome do Entrevistador:.....

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

Município:.....Estado:.....

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

ATENÇÃO INDIVIDUAL

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
01	O(A) Sr.(a) recomenda este posto/centro/unidade de saúde a um(a) amigo(a)?					
02	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conseguem resolver seus problemas de saúde?					
03	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde são capazes de ajudar o(a) Sr.(a) para melhorar da TB?					
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
04	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?					
CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
05	O(A) Sr.(a) já se sentiu rejeitado pelos profissionais do posto/centro/unidade de saúde por ter TB?					
06	O(A) Sr.(a) já pensou em mudar de posto/centro/unidade de saúde por causa dos profissionais?					

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

ENFOQUE NA FAMÍLIA.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
07	O profissional do posto/centro/unidade de saúde pede informações sobre suas condições de vida e da sua família (emprego, moradia, disponibilidade de água potável, saneamento básico...)?					
08	O profissional do posto/centro/unidade de saúde pede informações sobre doenças da sua família?					

09	O profissional do posto/centro/unidade de saúde pergunta se as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) têm tosse, febre...?					
10	Quando ficou doente de TB, o profissional do posto/centro/unidade de saúde entregou pote para exame de escarro a todas as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?					
11	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conhecem as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?					
12	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre a sua doença?					
13	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre seu tratamento?					
14	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre outros problemas de sua saúde?					

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

ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
15	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde perguntam ao Sr.(a) ou sua família se os serviços oferecidos resolvem seus problemas de saúde ?					
16	O(A) Sr.(a) observa propagandas/campanhas/trabalhos educativos realizados pelos profissionais do posto/centro/unidade de saúde para informar a comunidade sobre a TB?					
17	O(A) Sr.(a) observa que os profissionais do posto/centro/unidade de saúde desenvolvem ações de saúde com as Igrejas, Associações de Bairro, etc, para entrega do pote para coleta de escarro?					
18	O(A) Sr.(a) observa visitas dos profissionais do					

	posto/centro/unidade de saúde na sua vizinhança, para a entrega do pote para coleta de escarro?					
19	O(A) Sr.(a) observa que os profissionais do posto/centro/unidade de saúde solicitam a participação de alguém da comunidade para discutir o problema da TB?					

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

Observações do entrevistador.

ANEXO II

II. Profissionais de saúde

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

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

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

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

Atualizado em 01 de junho de 2007

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

Nome do Entrevistador:.....

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

Município:.....Estado:.....

ATENÇÃO INDIVIDUAL.						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
01	Os doentes de TB atendidos nesta unidade de saúde recomendariam os serviços para um(a) amigo(a) ser atendido?					
02	Os profissionais conseguem resolver os problemas de saúde dos doentes de TB e famílias?					
03	Os profissionais conseguem resolver os problemas relacionados ao tratamento da TB?					
04	Os profissionais relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?					
CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
05	Os doentes de TB sofrem discriminação pelos profissionais / trabalhadores de saúde, por causa da doença?					
06	Os doentes de TB mudam de unidade de saúde por causa dos profissionais que os atendem?					
ENFOQUE NA FAMÍLIA.						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
07	Durante as consultas, os profissionais perguntam sobre as condições de vida dos doentes de TB e família (emprego, moradia, disponibilidade de água potável, saneamento básico...)?					
08	Durante as consultas, os profissionais pedem informações sobre enfermidades das pessoas que moram com os doentes de TB?					
09	Os profissionais realizam consultas nas pessoas que moram com os doentes de TB?					
10	Os profissionais realizam exames para investigação da doença nas pessoas que moram com os doentes de TB?					
11	Os profissionais conhecem as pessoas que moram com os doentes de TB?					
12	Os profissionais falam com a família dos doentes de TB sobre a doença?					
13	Os profissionais conversam com a família dos doentes de TB sobre o tratamento da doença?					
14	Os profissionais conversam com a família dos doentes de TB sobre outros problemas de saúde?					

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

Suas sugestões, comentários, e /ou dúvidas.

Agradecimento pela participação!

Observações do entrevistador

ANEXO III

III. Gestores

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

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

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

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

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), norteados por Bárbara Starfield, MD, MPH, FRPCGP e James Macincko, PHD.D, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins, Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD. USA.
Adaptado para a atenção à tuberculose por Tereza Cristina Scatena Villa (EERP-USP/ Área Operacional REDE-TB) e Antonio Ruffino Netto (FMRP/ REDE-TB).

Nome do Entrevistador:.....

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

Município:.....Estado:.....

ATENÇÃO INDIVIDUAL.						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
01	Os doentes de TB atendidos pelos profissionais do posto/centro/unidade de saúde recomendariam o uso do serviço para um amigo ser atendido?					
02	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conseguem resolver os problemas de saúde dos doentes de TB e família?					
03	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conseguem resolver os problemas relacionados ao tratamento da TB?					
04	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?					
CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
05	Os doentes de TB sofrem discriminação pelos profissionais/trabalhadores do posto/centro/unidade de saúde por causa da doença?					
06	Os doentes de TB mudam de posto/centro/unidade de saúde por causa dos profissionais que os atendem?					
ENFOQUE NA FAMÍLIA.						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
07	Durante as consultas os profissionais do posto/centro/unidade de saúde perguntam sobre as condições de vida dos doentes de TB e família (emprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico...)?					
08	Durante as consultas os profissionais do posto/centro/unidade de saúde, pedem informações sobre enfermidades das pessoas que moram com os doentes de TB ?					
09	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde realizam consultas nas pessoas que moram com os doentes de TB?					
10	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde realizam exames para investigação da doença nas pessoas que moram com os doentes de TB?					

11	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conhecem as pessoas que moram com os doentes de TB?					
12	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde falam com a família dos doentes de TB sobre a doença?					
13	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com a família dos doentes de TB sobre o tratamento da doença?					
14	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com a família dos doentes de TB sobre outros problemas de saúde?					

ORIENTAÇÃO À COMUNIDADE.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
15	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde realizam entrevistas com os doentes de TB atendidos para saber se os serviços oferecidos estão respondendo às suas necessidades de saúde?					
16	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde realizam propagandas/ campanhas/ trabalhos educativos, para informar a comunidade sobre a TB?					
17	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde trabalham em parceria com outras instituições (igreja, associações de bairro, abrigos...) para identificar sintomáticos respiratórios?					
18	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde realizam busca de sintomáticos respiratórios na comunidade?					
19	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde solicitam a participação de um representante da comunidade para discutir o problema da TB?					

Suas sugestões, comentários, e /ou dúvidas.

Agradecimento pela participação!

Observações do entrevistador

ANEXO IV**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado (a) senhor (a),

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ribeirão Preto, ____, de _____ de 2007

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

Certos de estar contribuindo com o conhecimento em Tuberculose para a melhoria da saúde da população, 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

ANEXO V**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA**

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