**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MARCEL OLIVEIRA BATAIERO

**ACESSO, VÍNCULO E ADESÃO AO TRATAMENTO PARA A
TUBERCULOSE: DIMENSÕES ORGANIZACIONAIS E DE
DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

**SÃO PAULO
2009**

MARCEL OLIVEIRA BATAIERO

**ACESSO, VÍNCULO E ADEÇÃO AO TRATAMENTO PARA A
TUBERCULOSE: DIMENSÕES ORGANIZACIONAIS E DE
DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do Título de
Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Cuidado em
Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Rita
Bertolozzi

SÃO PAULO

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.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Bataiero, Marcel Oliveira.

Acesso, vínculo e adesão ao tratamento para a tuberculose: dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde / Marcel Oliveira Bataiero. – São Paulo, 2009.

249 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Rita Bertolozzi.

1. Acesso aos serviços de saúde
2. Tuberculose
3. Cooperação do paciente
4. Cuidados primários de saúde
5. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Autor: Marcel Oliveira Bataiero

Título: Acesso, vínculo e adesão ao tratamento para a tuberculose: dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Cuidado em Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus ancestrais, bravos desbravadores deste Brasil, humildes nas condições materiais, mas orgulhosos no espírito e na honra.

Aos meus queridos pais, Alcides e Maria da Luz, cujos esforços incansáveis para oferecer as melhores possibilidades de vida a seus filhos, determinaram, não só a concretização deste trabalho, mas também o desgaste de seus próprios corpos.

Ao meu irmão, Rafael, sangue do meu sangue: não escolheria qualquer outra pessoa para partilhar do laço que nos une.

O amor que sinto por vocês é a força motriz por traz de todas as minhas ações.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por permitir que tivesse a saúde e os recursos necessários para ser um instrumento da Sua vontade, especialmente, entre aqueles que mais necessitam.

À Professora Maria Rita Bertolozzi, por me acolher, nos momentos em que mais precisava, e por me instigar a superar minhas próprias limitações. Para sempre serei grato por apontar os caminhos e se dispor a trilhá-los comigo, tornando-se mais do que uma orientadora acadêmica: uma verdadeira parceira para todas as horas e situações.

À Professora Renata Ferreira Takahashi, por acreditar em mim e neste trabalho, pelos ensinamentos e reflexões, e pelo apoio incondicional em todos os momentos, desde o primeiro dia em que discutimos este projeto.

À Professora Tereza Cristina Scatena Villa, não apenas por participar da conclusão deste ciclo da minha vida, mas por ter me dado as melhores condições imagináveis para iniciá-lo.

A todos os funcionários da Escola de Enfermagem, especialmente àqueles ligados ao departamento ENS (Terezinha, Socorro, Evelyn, Valéria), à Seção de Pós Graduação (Silvana, Dayse, Regiane e Renata) e pertencentes à gráfica (Sérgio e Ronaldo), que se tornaram minha segunda família.

Aos meus verdadeiros amigos, “estranhos de terras distantes” (Diego, Rebeca, Heitor, Angela, Tatiane) e “companheiros de longa data” (Sheila Lachtim, Sheila Cozin, Vitor, Fausto e Sérgio), irmãos e irmãs que estarão para sempre em meus pensamentos e em minhas orações.

Aos pacientes e profissionais que permitiram a realização deste estudo, compartilhando o que tivessem, fosse muito ou pouco, com igualdade e fraternidade. Peço a Deus que este trabalho esteja à sua altura.

(...) dessa forma, mesmo na conjuntura da sociedade que é mais favorável ao operário, o resultado fatal para o trabalhador é o trabalho exagerado e a morte precoce, a deterioração em máquina, a submissão ao capital que se acumula em intimidante oposição a ele, nova concorrência, à morte, à fome ou à mendicância para uma parcela dos trabalhadores.

(Marx, 2004, p. 107)

Bataiero, MO. Acesso, vínculo e adesão ao tratamento para a tuberculose: dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

RESUMO

Considerando a magnitude global da tuberculose, destaca-se que os elementos da dimensão organizacional e de desempenho dos serviços de saúde que integram a Atenção Primária em Saúde (APS), são preponderantes para o controle da doença, quer seja em relação ao acesso, elenco de serviços, vínculo, coordenação da atenção, enfoque familiar, orientação na comunidade ou formação profissional. Nesta perspectiva, o presente estudo* objetivou analisar a operacionalização do acesso e do vínculo, aos quais se integrou à adesão ao tratamento, dado que esta se refere, diretamente, as primeiras, além da sua importância para o controle da enfermidade. Trata-se de pesquisa quantitativa, ramo de um Projeto Matriz intitulado “Avaliação das Dimensões Organizacionais e de Desempenho dos Serviços de Atenção Básica no Controle da Tuberculose em Municípios do Estado de São Paulo”, tendo como referencial a teoria da determinação social do processo saúde-doença e o marco da APS. O projeto foi submetido e aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, e os dados foram coletados, de Julho a Setembro de 2008, por meio de instrumentos específicos, com questões fechadas, destinados a dois grupos de sujeitos: usuários portadores de tuberculose e profissionais de saúde que atuavam no controle da enfermidade, no âmbito de cinco Unidades Básicas de Saúde da Supervisão Técnica de Saúde da Subprefeitura Sé, no Município de São Paulo. Foram entrevistados 53 usuários e 40 profissionais de saúde. Apresentam-se os principais resultados: 79,2% dos usuários eram homens, em idade economicamente ativa (69,9%), com baixa escolaridade (77,3%) e que viviam sós (45,3%); 17,0% eram imigrantes provenientes da Bolívia e 90,5% viviam em áreas vulneráveis, que predispunham à ocorrência da

* Financiamento FAPESP, modalidade Auxílio à Pesquisa.

tuberculose, como cortiços (39,6%), ocupações (7,5%) ou em situação de rua (43,4%); 62,2% tinham renda familiar mensal menor que um salário mínimo; 37,8% não tinham ocupação e importante parcela desenvolvia trabalhos esporádicos, com baixa qualificação; ressalta-se que 26,6% deixaram de trabalhar, após o início dos sintomas. Quanto aos profissionais entrevistados, 30,0% eram agentes comunitários de saúde, 30,0% eram auxiliares de enfermagem, 5,0% eram técnicos de enfermagem, 22,5% eram enfermeiros e 12,5% eram médicos. Quanto ao acesso, os principais pontos de estrangulamento foram: a restrição de benefícios; o número diminuído de visitas domiciliares; dificuldade no encaminhamento para outros serviços, quando necessário; e oferecimento reduzido de informações acerca de outros problemas de saúde. Quanto ao vínculo, de modo geral, os entrevistados apontaram que se efetiva, destacando-se que, quanto menor a qualificação do trabalhador, mais importante é sua relação com os usuários. Quanto à adesão, os usuários apontaram que ocorre em função da motivação para a melhoria das condições de vida, para a recuperação da auto-estima e que os incentivos (cesta básica, vale-transporte e lanche) são importantes neste processo. Conclusão: ainda que o acesso e o vínculo se operacionalizem na região estudada, os resultados deste estudo apontam para a necessidade de aprimoramento da organização e do desempenho dos serviços de saúde da região, com o sentido de contribuir para a adesão ao tratamento e para o controle da tuberculose.

Unitermos: acesso aos serviços de saúde, tuberculose, cooperação do paciente, cuidados primários de saúde

Bataiero, MO. Access, bonding and adherence to tuberculosis treatment: organizational and effectiveness dimensions of health services. [Dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

ABSTRACT

Considering the global magnitude of tuberculosis, it is emphasized that the elements of the organizational and effectiveness dimensions of health services that integrate the Primary Health Care (PHC), are fundamental to the control of the disease, whether in relation to accessibility, continuity (bonding), comprehensiveness, coordination, interpersonal and technical accountability. Therefore, this study[†] aimed to analyze the operation of the access and the bonding, to which was integrated the treatment adherence, as it refers directly to them and because of its importance to the control of the disease. It is quantitative research, a branch of a major project entitled "Organizational and effectiveness dimensions of Primary Care Services in the Control of Tuberculosis in counties in the State of Sao Paulo", adopting the theory of social determination of health-illness process and in the mark of PHC. The project was approved by a Committee of Ethics in Research, and the data were collected from July to September of 2008, through specific instruments, with closed questions, aimed at two groups of subjects: patients with tuberculosis and health professionals who worked with them in five Primary Care Units from the Technical Supervision of Health of the Sub-prefecture Sé, in the City of São Paulo. 53 users and 40 professionals were interviewed. The main results: 79.2% of the patients were men, in the economically active age (69.9%), with low education (77.3%) and living alone (45.3%); 17.0 % were immigrants from Bolivia and 90.5% were living in vulnerable areas, that predisposed the occurrence of tuberculosis, as tenements (39.6%), occupations (7.5%) or homeless (43, 4%); 62.2% had family income less than a minimum wage, 37.8% had no job and a important part had sporadic work, with low qualifications, emphasizing that 26.6%

[†] Supported by FAPESP.

stopped working after the beginning of the symptoms. As for the professionals, 30.0% were community health workers, 30.0% were nursing assistants, 5.0% were nursing technicians, 22.5% were nurses and 12.5% were physicians. Regarding the accessibility, the main problems were the restriction of the treatment incentives; the decreased number of home visits; difficulty in being referral to other services, when in need; and limited offering of information about other health problems. Regarding the bonding, in general, the respondents indicated that was effective, pointing out that as lower is the qualification of the professionals, the better was its relationship with users. As for adherence, users indicated that it occurs according the motivation to improve living conditions, for the recovery of self-esteem and, also, the incentives (food basket, bus-tickets and snacks) are important in this process. Conclusion: Although the access and the bond occurred within the study area, the results of this study points to the necessity to improve the organization and effectiveness of health services in the area, in order to contribute to treatment adherence and the control of tuberculosis.

Uniterms: access to health services, tuberculosis, patient compliance, primary health care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Coordenadorias Regionais de Saúde e cenário de estudo. Subprefeitura Sé – SP, 2009.....	52
Figura 2 - Organograma do cenário de estudo. Subprefeitura Sé – SP, 2009.....	63
Figura 3 - Principais serviços de saúde do cenário de estudo. Subprefeitura Sé – SP, 2009.....	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Coeficiente de Incidência de Tuberculose (por 100.000 habitantes) por Subprefeitura. Município de São Paulo, 2001 a 2005.....	37
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Área, População Residente e Densidade Demográfica do cenário de estudo. Subprefeitura Sé – SP, 2009.....	53
Tabela 2 - Variação populacional no cenário de estudo. Subprefeitura Sé – SP, 2000 a 2008.....	53
Tabela 3 - População residente no cenário de estudo por faixa etária e sexo. Subprefeitura Sé – SP, 2009.....	54
Tabela 4 – Indicadores que compõem o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS – no cenário de estudo. Subprefeitura Sé – SP, 2000.....	55
Tabela 5 - Áreas de risco habitacional no cenário de estudo. Subprefeitura Sé – SP, 2000.....	57
Tabela 6 - Estabelecimentos e Empregos por Tipo de Atividade no cenário de estudo. Subprefeitura Sé – SP, 2000.....	57
Tabela 7 - Índices de Desenvolvimento Humano e de Exclusão e Inclusão Social no cenário de estudo. Subprefeitura Sé – SP, 2000.....	58
Tabela 8 – Contingente Populacional em situação de Rua no cenário de estudo. Subprefeitura Sé – SP, 2000-2003.....	60
Tabela 9 - Índice de Necessidades em Saúde – INS – nos distritos do cenário de estudo. Subprefeitura Sé – SP, 2007.....	62
Tabela 10 - Contingente de usuários entrevistados por UBS no cenário de estudo. Subprefeitura Sé – SP, 2009.....	78
Tabela 11 - Contingente de profissionais entrevistados por UBS no cenário de estudo. Subprefeitura Sé – SP, 2009.....	79
Tabela 12 - Distribuição dos usuários segundo variáveis sócio-demográficas. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	83
Tabela 13 - Distribuição dos usuários segundo variáveis sócio-demográficas. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	88
Tabela 14 - Distribuição dos usuários segundo variáveis relacionadas à moradia. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	90

Tabela 15 - Distribuição dos usuários segundo condições de moradia e posse de bens. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	101
Tabela 16 - Distribuição dos usuários segundo características de convivência na moradia. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	103
Tabela 17 - Distribuição dos usuários segundo características relacionadas ao trabalho. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	106
Tabela 18 - Distribuição dos usuários segundo variáveis relacionadas à renda. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	113
Tabela 19 - Distribuição dos usuários segundo menção ao uso de drogas psicoativas. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	115
Tabela 20 - Distribuição dos usuários segundo características da tuberculose e tratamento. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	119
Tabela 21 - Distribuição dos profissionais segundo sexo e características relacionadas ao trabalho. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	125
Tabela 22 - Distribuição dos profissionais segundo frequência à menção de aspectos relacionados à qualificação para atuar com TB. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	131
Tabela 23 - Distribuição dos profissionais segundo frequência à menção de aspectos relacionados à qualificação para atuar com TB. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	133
Tabela 24 - Distribuição dos usuários segundo local procurado para assistência e referência ao local de diagnóstico. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	136
Tabela 25 - Distribuição dos usuários e profissionais segundo opiniões sobre o tempo para a consecução da assistência no período do diagnóstico. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	139
Tabela 26 - Distribuição dos usuários e profissionais segundo opiniões sobre o tempo para a consecução do diagnóstico. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	140
Tabela 27 - Distribuição dos usuários e profissionais segundo opiniões sobre a acessibilidade geográfica ao diagnóstico e tratamento. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	144
Tabela 28 - Distribuição das UBS nos distritos do cenário de estudo. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	147

Tabela 29 - Distribuição dos usuários e profissionais segundo opiniões sobre a acessibilidade geográfica e dispêndio financeiro para transporte na fase de diagnóstico e durante o tratamento. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	149
Tabela 30 - Distribuição dos usuários e profissionais segundo menção ao recebimento de benefícios durante o tratamento e sobre necessidade de falta no trabalho para o diagnóstico e tratamento da doença. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	152
Tabela 31 - Distribuição dos usuários e profissionais segundo opinião sobre elementos que compõem a acessibilidade ao diagnóstico e tratamento. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	156
Tabela 32 - Distribuição dos usuários e profissionais segundo opinião sobre elementos que compõem a acessibilidade ao diagnóstico e tratamento. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	159
Tabela 33 - Distribuição dos usuários e profissionais segundo opinião sobre elementos que compõem a acessibilidade ao diagnóstico e tratamento. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	163
Tabela 34 - Distribuição dos usuários e profissionais segundo opinião sobre elementos que compõem a acessibilidade à educação em saúde. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	167
Tabela 35 - Distribuição dos usuários e profissionais segundo elementos que compõem o vínculo. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	172
Tabela 36 - Distribuição dos usuários e profissionais segundo elementos que compõem o vínculo. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	175
Tabela 37 - Distribuição dos usuários segundo frequência com que as categorias profissionais indagam a respeito de aspectos da vida, família e local onde vivem. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	177
Tabela 38 - Distribuição dos usuários segundo menção de preconceito advindo de sua rede social. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	180
Tabela 39 - Distribuição dos usuários segundo apoio ao tratamento advindo de suas redes sociais. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	183
Tabela 40 - Distribuição dos usuários e profissionais segundo variáveis relacionadas ao vínculo com os profissionais. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....	186

Tabela 41 - Distribuição dos usuários e profissionais segundo variáveis relacionadas ao vínculo com os profissionais. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....189

Tabela 42 - Distribuição dos usuários segundo menção à frequência com que eram bem atendidos pelo profissional de saúde. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....192

Tabela 43 - Distribuição dos usuários segundo elementos relacionados à adesão ao tratamento. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....194

Tabela 44 - Distribuição dos usuários segundo aspectos motivadores da adesão ao tratamento. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009.....197

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ACSR - Agente Comunitário de Saúde de Rua

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AMA - Assistência Médica Ambulatorial

APS - Atenção Primária em Saúde

ASM - Ambulatório de Saúde Mental

BAAR - Bacilo Álcool-Ácido Resistente

BM - Banco Mundial

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CDHU - Companhia do Desenvolvimento Habitacional e Urbano

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CI - Coeficiente de Incidência

CM - Coeficiente de Mortalidade

COE - Clínica Odontológica Especializada

CRATOD - Centro de Referência de Álcool e Drogas

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

DOTS - Directly Observed Treatment Short Course

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

FERCAL - Fórum de Entidades da Região Cambuci, Aclimação e Liberdade

FMI - Fundo Monetário Internacional

G8 - Grupo dos oito países mais ricos

GEOTB - Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacionais em Tuberculose

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IEIS - Índice de Exclusão e Inclusão Social

INS - Índice de Necessidades em Saúde

IPVS - Índice Paulista de Vulnerabilidade Social

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

OSS - Organizações Sociais de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAM - Postos de Atendimento Médico

PAS - Plano de Assistência à Saúde

PCAT - Primary Care Assessment Tool

PCT - Programa de Controle da Tuberculose

PHC - Primary Health Care

PNCT - Programa Nacional de Controle da Tuberculose

PPD - Prova Tuberculínica

PSF - Programa de Saúde da Família

QUALIS - Qualidade Integral em Saúde

REDE-TB - Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose

SAE - Serviço de Atendimento Especializado

SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

SES - Secretaria de Estado da Saúde

SM - Salário Mínimo

SMS - Secretaria Municipal da Saúde

SPDM / UNIFESP - Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina da Universidade Federal de São Paulo

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

TAA - Tratamento auto-administrado

TB - Tuberculose

TS - Tratamento Supervisionado

UBS - Unidade Básica de Saúde

USAID - Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	22
1 - INTRODUÇÃO.....	24
1.1 – A TUBERCULOSE NO MUNDO.....	25
1.2 – A TUBERCULOSE NA AMÉRICA LATINA E NO BRASIL	29
1.3 – A TUBERCULOSE EM SÃO PAULO E NA REGIÃO DA SÉ	32
2 - OBJETIVOS	38
2.1 – OBJETIVO GERAL	39
2.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
3 - METODOLOGIA.....	40
3.1 – REFERENCIAL TEÓRICO E OPERACIONAL	41
3.2 – CENÁRIO DO ESTUDO.....	51
3.2.1 – SITUAÇÃO DA SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS.....	61
3.3 – DELINEAMENTO DO ESTUDO	75
3.4 – COLETA DE DADOS	75
3.4.1 – PERÍODO.....	75
3.4.2 – INSTRUMENTOS	76
3.4.3 – ETAPAS DA COLETA	77
3.4.4 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	77
3.4.5 – POPULAÇÃO DE ESTUDO	78
3.4.6 – ANÁLISE DOS DADOS.....	79
3.5 – CONSIDERAÇÕES SOBRE QUESTÕES ÉTICAS DA PESQUISA	80
4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	81
4.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS PORTADORES DE TUBERCULOSE E DOS PROFISSIONAIS QUE OS ASSISTEM.....	82
4.2 – O ACESSO AO DIAGNÓSTICO E AO TRATAMENTO	135
4.3 – O VÍNCULO COM OS PROFISSIONAIS E A ADESÃO AO TRATAMENTO	170
5 - CONCLUSÃO.....	201
6 - REFERÊNCIAS.....	207
7 - ANEXOS.....	235

APRESENTAÇÃO

O presente estudo é desdobramento do projeto multicêntrico intitulado “Avaliação das Dimensões Organizacionais e de Desempenho dos Serviços de Atenção Básica no Controle da Tuberculose em Municípios do Estado de São Paulo”, coordenado pela Prof^a. Dr^a. Tereza Cristina Scatena Villa, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Tal Projeto-Matriz foi apoiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (edital PP-SUS 2006/2007) e se insere na área de Avaliação de Tecnologias em Saúde, tendo por objetivo a avaliação do desempenho de serviços de saúde na atenção à Tuberculose (TB).

Para tanto, utiliza um instrumento componente do *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), desenvolvido na Universidade de Johns Hopkins e validado para avaliar os aspectos críticos da APS em países industrializados (Starfield, 2002). Este instrumento foi adaptado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006), tendo sido readequado para o foco na atenção à TB, pelo Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacionais em Tuberculose (GEOTB) da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB).

Seu referencial teórico fundamenta-se no marco da APS, cujos elementos estruturais são: acesso, elenco de serviços, vínculo, coordenação da atenção, enfoque familiar, orientação na comunidade e formação profissional. O presente estudo focalizará as dimensões acesso, vínculo e adesão ao tratamento – esta última foi incorporada ao estudo, tendo em vista sua pertinência em relação ao tratamento da TB, demonstrada em outras investigações (Bertolozzi, 1998, 2005; Queiroz, 2007; Sánchez, 2007; Santiago, 2007; Speciale, 2007; Terra, 2007), desenvolvidas junto ao Grupo de Pesquisa “Vulnerabilidade, Adesão e Necessidades em Saúde Coletiva”.

As demais dimensões constituem o pano de fundo do projeto, que se desenvolveu a partir das percepções de usuários e profissionais de saúde, no âmbito de serviços da Atenção Básica da Subprefeitura Sé, no Município de São Paulo.

1 - INTRODUÇÃO

1.1 – A Tuberculose no Mundo

A Tuberculose é uma das enfermidades documentadas desde mais longa data na história da humanidade e, até meados do século XX, era a principal causa de morte por doenças infecciosas, estimando-se que fosse responsável, anualmente, por sete milhões de óbitos no mundo (Bates et al., 2004).

Doença de evolução lenta e transmissão respiratória, o seu agente etiológico – o *Mycobacterium tuberculosis* – foi isolado somente na segunda metade do século XIX, pelo pesquisador alemão Robert Koch. Por esta razão, o bacilo da tuberculose ficou conhecido como bacilo de Koch, ou, simplesmente, BK (Gill, 2004).

Segundo Vynnycky e Fine (1999), o controle da doença passou a ser uma possibilidade a partir da concretização de três fatores: a melhora das condições de vida nos países industrializados, no decorrer do século XX; o desenvolvimento de tecnologias para a operacionalização de programas efetivos de saúde pública; e a introdução, a partir da década de 40, de quimioterapia eficaz para o seu tratamento – especialmente a Estreptomicina (1944), a Isoniazida (1952) e a Rifampicina (1957).

Vários tratamentos tinham sido testados anteriormente – alguns matando mais do que a própria doença – de modo que, até então, o tratamento consistia, basicamente, de repouso, nos casos leves, e pneumotórax, nos casos mais graves. Nas décadas seguintes, pesquisadores de países industrializados afirmavam que, com a melhora nas condições de trabalho, moradia, nutrição e na disponibilidade de terapêutica eficaz, a TB tenderia ao efetivo controle e possível eliminação (Rieder, 2001).

Nesta época, embora o controle da doença não tenha se tornado mais efetivo no mundo subdesenvolvido, o contrário ocorreu entre os mais ricos. Entretanto, na década de 1980, a enfermidade recrudesce como grave problema de saúde pública entre os segundos, consequência de uma série de processos, destacando-se: a emergência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); os processos migratórios que ampliaram

o montante de pessoas em bolsões de miséria; a complacência (entre os países desenvolvidos) e progressiva deterioração dos serviços de saúde (principalmente, nos países subdesenvolvidos), o que contribuiu para a deficiência da organização dos serviços e a dificuldade de acesso à atenção à saúde; e o aparecimento de focos de bacilos resistentes, principalmente em decorrência da terapêutica irregular e do abandono do tratamento (Ducati et al., 2006).

Neste contexto, pessoas idosas, minorias étnicas e imigrantes são os mais atingidos nos países desenvolvidos, enquanto que, nos países em desenvolvimento, o predomínio é da população economicamente ativa, homens (adoecem duas vezes mais do que as mulheres), pessoas privadas de liberdade, em situação de rua, além das mais pobres e menos escolarizadas (Rieder, 2001).

Evidencia-se que pessoas com baixa renda, vivendo em aglomerados urbanos e em precárias condições de habitação, apresentam maior probabilidade de se infectar, adoecer e morrer por causa da doença, fato que evidencia a influência determinante das condições sócio-econômicas no seu aparecimento e que se se revela na maior incidência na Ásia, África e América do Sul, enquanto que na Europa, América do Norte e Oceania, o risco de contraí-la é menor, permanecendo restrita aos bolsões urbanos de miséria e aglomeração humana (Carbone, 2000).

Neste sentido, a tuberculose é exemplo consagrado da determinação social do processo saúde-doença, causando graves repercussões sociais, ao acometer os extratos de maior vulnerabilidade e os segmentos populacionais na faixa etária economicamente ativa, impactando negativamente na economia das sociedades, ao lado do intenso sofrimento naqueles que a vivenciam (Bertolozzi, 1998, 2005).

Em face dessa situação, reconhecendo que a tuberculose vinha sendo negligenciada no mundo, em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a TB como emergência mundial e, a fim de conter o seu avanço, passou a recomendar a expansão da estratégia DOTS (em inglês, *Directly Observed Treatment Short Course*), também conhecida como Tratamento Supervisionado (TS), pautada em cinco pilares: compromisso político e

financeiro; retaguarda laboratorial; tratamento supervisionado, com detecção de 70% dos casos estimados e cura de 85% dos casos; provisão regular dos medicamentos; e sistema de notificação adequado para o monitoramento das atividades de controle (OMS, 1999; Nascimento, 2005).

O DOTS é recomendado, por ser uma proposta de intervenção que aumenta a probabilidade de cura (97% de eficácia, quando o tratamento é realizado adequadamente) em função da garantia do tratamento assistido, contribuindo para a interrupção da transmissão da doença. É recomendável como estratégia para aumentar a adesão ao tratamento e elevar o vínculo com os profissionais, além de diminuir o risco de desenvolvimento de resistência às drogas e reduzir a transmissão e contaminação dos contatos – sobretudo, os intradomiciliares (Bertolozzi, 1998, 2005).

A respeito desta estratégia, o Banco Mundial (BM) afirma que é uma das intervenções de saúde que apresenta melhor relação custo-eficácia, tendo em vista que seu valor estimado *per capita* é de, aproximadamente, US\$ 240,00, enquanto que os custos relativos às eventuais complicações da TB chegariam a US\$ 485,00 (Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2007).

Através desta estratégia, aproximadamente, 10 milhões de pessoas já foram curadas, desde que passou a ser mundialmente recomendada, alcançando taxas de cura entre 80% e 95% em países que, anteriormente, possuíam taxas abaixo de 50%, como a China, por exemplo (Levine, 2004, OMS, 2009).

Apesar dos avanços obtidos com o DOTS, a TB continuava a avançar. Assim, no ano 2000, ocorre a Conferência Ministerial sobre Tuberculose e Desenvolvimento Social, na qual ministros de saúde dos 22 países prioritários, além de instituições internacionais envolvidas no controle da tuberculose, elaboraram a “*Amsterdam Declaration to Stop TB*”, que expressa a necessidade de expansão e rapidez nas medidas para o controle da doença, bem como o aumento de recursos financeiros e políticos para o controle mundial, considerando a importância do envolvimento da sociedade, utilização de tecnologia eficaz e acessível para o diagnóstico e incorporação

dos serviços de Atenção Básica (AB) no atendimento aos pacientes (OMS, 2000a).

Ainda nesta perspectiva, organismos mundiais, como a Organização das Nações Unidas (ONU), o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o grupo dos oito países mais ricos (G8), além da OMS e do BM, lançaram, em 2006, a *Stop TB Partnership*, nova proposta mundial para o controle da tuberculose entre 2006 e 2015, tendo como metas: ampliação do DOTS; melhor qualidade e acesso ao diagnóstico e tratamento da doença; redução da sua incidência pela metade, até 2015; e estímulo à pesquisa, com o desenvolvimento de novas drogas terapêuticas, novas vacinas e novos testes de diagnóstico (OMS, 2006; Fundo Global, 2007).

Atualmente, segundo estimativas da OMS, um terço da população mundial (cerca de 2 bilhões de pessoas), está infectada pelo bacilo de Koch, fato que ocasiona, por ano, cerca de 9 milhões de casos novos e três milhões de mortes. Ademais, um terço dos indivíduos portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) – aproximadamente, 15 milhões de pessoas –, estão co-infectados com o bacilo. Ressalta-se que, em alguns países da África e América Latina, estas estatísticas de co-infectados podem aumentar para até 60%, verificando-se, assim, que a infecção pelo HIV é um dos fatores de risco mais importantes para a progressão da infecção para a forma ativa da tuberculose (Shafer, Edlin, 1996; OMS, 2009).

Ainda de acordo com as estimativas da OMS, 80% dos indivíduos infectados estão concentrados em 22 países subdesenvolvidos, considerados prioritários para o controle da doença, tendo em vista que são responsáveis por 95% dos casos e 98% das mortes pela doença, valores que representam, em números absolutos, 9,27 milhões de casos novos (dentre os quais, 44% - 4,1 milhões - são pulmonares bacilíferos) e 1,32 milhões de mortes entre pessoas não portadoras do HIV – além de 456 mil entre indivíduos que viviam com o HIV – no ano de 2007. O Brasil integra este grupo, ocupando o 14º lugar no ranking, que é liderado pela Índia, com cerca de 2 milhões de casos novos por ano (OMS, 2009).

1.2 – A Tuberculose na América Latina e no Brasil

Na América, provavelmente, a doença chegou com os navios dos colonizadores, junto com os degradados e trabalhadores mais pobres, mas também com as elites que tinham a esperança de se curar com o ar puro das terras recém descobertas. Ademais, historicamente, o continente se apresenta como cenário onde prevalecem os processos relativos às desigualdades, que repercutem fortemente na endemia da enfermidade na região (Ruffino-Netto, 2002; OPAS, 2004a).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), estima a ocorrência de 250 a 300 mil novos casos por ano, com cerca de 20 a 25 mil mortes. Estima-se, ainda, em 6% a prevalência de HIV em pacientes diagnosticados com tuberculose, sendo que as porcentagens de mortes nos co-infectados são estimadas em 6,5% (OPAS, 2005).

Cabe ressaltar que 75% da carga da TB nas Américas, concentra-se em nove países: Haiti, República Dominicana, México, Honduras, Equador, Nicarágua, Bolívia, Peru e Brasil – sendo que os dois últimos respondem, em conjunto, por 50% de todos os casos (Corbett et al., 2003; OPAS, 2004b). Segundo Hijjar et al. (2008), a doença é parte da história da sociedade brasileira, constituindo-se como um dos agravos que ocasionou o retardo do desenvolvimento social e econômico do País, desde o início da colonização.

A partir da declaração da TB como emergência mundial, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, implantado a partir de 1996, com o objetivo de aumentar a efetividade das ações de controle, através da implementação de atividades específicas em 230 municípios considerados prioritários, pois concentravam 75% dos casos estimados. A escolha desses municípios baseou-se em critérios de magnitude da TB e da AIDS, tamanho da população, bem como em informações operacionais, relacionadas à organização dos serviços para o atendimento destas enfermidades (Ruffino-Netto, Souza, 1999).

Em 1998, através do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), o MS definiu a doença como prioridade entre as políticas governamentais de saúde, estabelecendo como metas: diagnóstico de, pelo menos, 90% dos casos esperados e tratamento com sucesso de 85% dos casos diagnosticados; abandono de menos de 5% dos casos; redução da incidência pela metade e da mortalidade em dois terços; e expansão das ações de controle para a totalidade dos municípios, através dos serviços ligados à Atenção Básica (Brasil, 2000a, 2005).

Em 2000, o PNCT foi incorporado ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, agregando instrumentos para a organização da atenção e novas possibilidades de intervenção, como o Programa de Saúde da Família (PSF) e com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), fato que contribuiu para a expansão das ações no controle da TB, facilitando a descentralização do atendimento dos casos, fornecimento de incentivos, busca ativa de casos e diagnósticos mais precoces, além de ter possibilitado maior adesão terapêutica e vínculo com os serviços (Ruffino-Netto, Villa, 2006).

Desde 2006, estão sendo implementadas as estratégias da iniciativa *Stop TB* da OMS, apoiadas pelo Fundo Global de Luta contra Aids, Tuberculose e Malária, e mais de 80 entidades dos mais variados segmentos sociais brasileiros, com metas bem definidas de redução do número de casos e da aceleração do ritmo de queda da incidência. Estima-se chegar a 2011 com menos de 70.000 casos novos e, para 2015, 45 mil casos novos anuais (Hijjar, 2008).

Para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento, o PNCT também enfatiza a necessidade do envolvimento de organizações da sociedade civil, através do engajamento de grupos de pacientes, ex-pacientes, outros ativistas na saúde pública, bem como a discussão que se amplia nos espaços de controle social, como o Conselho Nacional e os conselhos estaduais e municipais de saúde, que já contemplam o controle da TB na sua pauta de discussões e de prioridades (Santos Filho, 2006).

Atualmente, o país conta com 50 milhões de infectados e Coeficientes de Incidência (CI), para todas as formas e para a pulmonar bacilífera, respectivamente, de 48 e 26 casos por 100.000 habitantes. Quanto ao Coeficiente de Mortalidade (CM), entre HIV negativos e positivos, respectivamente, é de 3 e 1 casos por 100.000 habitantes (OMS, 2009).

Ainda com relação à incidência da doença no Brasil, é interessante notar que, o mero processo de retirada de casos duplicados do sistema de notificação, de acordo com o último relatório de controle da doença da OMS, diminuiu as estimativas de casos novos no país de 111.050 para 95.408, com 74.113 casos novos notificados, em 2005 (OMS, 2009).

Portanto, a média anual de casos novos é 95 mil, embora apenas 75 mil sejam notificados, com uma taxa de detecção de casos é de 78% e percentual de cura de 72% dos casos, em 2007. Vale ressaltar que, ainda de acordo com o relatório supracitado, 39% dos casos curados não foram confirmados com uma baciloscopia negativa. Com relação à taxa de abandono, a média é de 10% (alcançando, em algumas capitais, o valor de 30% a 40%), percentuais distantes, portanto, da meta internacional, pactuada pelo governo brasileiro, de curar 85% dos casos (OMS, 2009).

Ruffino-Netto (2002) já alertava que, aparentemente, existia uma tendência de diminuição gradativa dos casos notificados no País, o que poderia significar diminuição na procura de casos, já que, no mesmo período, houve aumento da diferença entre os casos esperados e os efetivamente notificados.

Ademais, a tuberculose é a quarta causa de morte por doença infecciosa no Brasil (com seis mil óbitos entre HIV negativos e mais 2,5 mil entre HIV positivos, em 2007) e, apesar do seu tratamento ser ambulatorial, apresenta-se como a nona colocada no *ranking* de internações por doenças infecciosas e o 7º lugar em gastos com essas internações (Brasil, 2005; Estado de São Paulo, 2006a; OMS, 2009).

Quanto à associação TB/HIV, 14% dos casos de TB estão co-infectados, sendo a segunda causa de óbito entre pessoas vivendo com HIV/Aids em nosso país, denotando a enorme vulnerabilidade para as mais de 600 mil pessoas nesta situação (Saraceni et al., 2008; OMS, 2009).

1.3 – A Tuberculose em São Paulo e na Região da Sé

A incidência da TB no Brasil não é homogênea, quando comparada por regiões, sendo que o Sudeste notifica, em média, 45% do total de casos (CI: 47/100.000 hab.), seguida pela região Nordeste (31% - CI: 50/100.000 hab.), Sul (11,5% - CI: 35,5/100.000 hab), Norte (9% - CI: 51,7/100.000 hab.) e o Centro-Oeste (4,2% - CI: 27,4/100.000 hab.). O estado com maior incidência é o Rio de Janeiro, com CI de 80/100.000 habitantes; e a menor incidência se encontra em Tocantins, com CI de 19/100.000 habitantes (Brasil, 2006).

O PNCT está implantado nos 27 estados e em 5.561 municípios, dentre os quais, 328 são prioritários para a doença, segundo indicadores de magnitude e transcendência da doença. Destaca-se que, embora estes municípios concentrem 53% da população do país, devido à escassez de recursos humanos e financeiros, ainda há dificuldade operacional em empregar o DOTS para a totalidade dos pacientes (Bergel, Gouveia, 2005; Gonçalves, Penna, 2008).

São Paulo, com 39 milhões de habitantes, é o Estado que possui mais unidades administrativas prioritárias para o combate à doença – 73 municípios que representam, em média, 79% do total da sua incidência – com, aproximadamente, 21 mil casos novos notificados anualmente, representando, em números absolutos, o maior contingente de casos do Brasil (Estado de São Paulo, 2006a).

No entanto, o coeficiente de incidência do Estado não é o maior do país e situa-se próximo da média nacional, sendo, para todas as formas e para a pulmonar bacilífera, respectivamente, 44 e 22 casos por 100 mil habitantes, com cerca de 1.000 óbitos por ano (CM: 3/100.000 hab.). A maior incidência ocorre em pacientes na faixa etária entre 20 a 49 anos, sendo que, para o sexo masculino, este coeficiente é mais que o dobro do coeficiente das mulheres – respectivamente, 89/100.000 hab e 39/100.000 hab. Cabe ressaltar que os coeficientes para os maiores de 50 anos têm média de 94/100.000 hab. para o sexo masculino e 32/100.000 hab. para mulheres (Estado de São Paulo, 2006a).

Quanto à forma clínica, a pulmonar é a mais freqüente, perfazendo 86% dos casos – sendo que 60% desses são bacilíferos. Vale salientar que 14% dos casos de tuberculose do Estado estão co-infectados pelo HIV e que, apesar das iniciativas para efetivar o DOTS, há ainda cerca de 5.200 internações por ano causadas pela enfermidade, sendo a elucidação diagnóstica e a insuficiência respiratória, os principais motivos referidos para tal ação (Estado de São Paulo, 2006a).

É importante salientar que, durante o período de 1998 a 2004, quando se deu a implantação da estratégia DOTS no Estado, a taxa de cobertura do tratamento supervisionado para os casos bacilíferos, elevou-se de 5,4%, em 1998, para 42,6%, em 2004. Ademais, em 2005, aproximadamente 15% dos casos notificados permaneceram mais de três meses com os sintomas, antes de iniciarem a terapia medicamentosa, sendo a maioria destes casos descoberta por serviços de urgência e emergência, principalmente nos grandes centros urbanos (Estado de São Paulo, 2006a).

Para operacionalizar o controle da TB no Estado, foram eleitas quatro regiões, que apresentam grandes diferenças em termos de incidência da doença, sendo que a Baixada Santista apresenta a maior (95/100.000 hab.), seguida pela Capital (60/100.000 hab.), Grande São Paulo (40/100.000 hab.) e Interior (27/100.000 hab.). Quanto aos resultados de tratamento, as taxas de cura e abandono apresentaram certa semelhança nas regiões da Grande São Paulo, Baixada Santista e no Interior, com média de 80% e 8%, respectivamente. Nestes mesmos quesitos, a Capital apresenta as piores taxas, com média de 70% de cura e 12% de abandono (Monroe, 2007).

Dentre os 645 municípios que compõem o Estado, dez concentram 53% dos casos novos da doença, dentre os quais, inclui-se a capital – o Município de São Paulo – que merece destaque por albergar, aproximadamente, um quarto da população do Estado, registrando, anualmente, 6.800 casos novos e 370 mortes – CM de 3,7/100.000 habitantes. A incidência média estimada, para todas as formas e para a pulmonar bacilífera é de, respectivamente, 60 e 30 por 100.000 habitantes (Município de São Paulo, 2005).

Da totalidade dos casos do Município, 68,3% são do sexo masculino (proporção de 2,15 homens para cada mulher) e a faixa etária de maior incidência é a de 30 a 39 anos (45,1%), seguida de 40 a 49 anos (25%) e de 20 a 29 anos (16,2%), totalizando 86,3% dos casos em pessoas com idade economicamente ativa. A forma pulmonar é a mais comum, com 68,2%, e os resultados de encerramento da coorte de 2004, evidenciavam percentuais de cura baixos – 48,6% – e taxas altas de abandono – 12,4% (Município de São Paulo, 2005).

Neste ponto, faz-se necessário discorrer sobre as singularidades do processo de implantação da Atenção Básica no Município de São Paulo, pois estas definem, atualmente, a operacionalização das ações de controle da TB: até meados da década de 1990, em detrimento do modelo de AB inscrito nas diretrizes do SUS, a gestão local estabeleceu o Plano de Assistência à Saúde (PAS), cuja lógica de organização pautava-se na formação de cooperativas profissionais de assistência à saúde, centradas no modelo médico-curativo tradicional (Calipo, 2002).

A partir de 1995, objetivando a implantação do PSF no município de São Paulo, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) de São Paulo, juntamente com o MS, constituiu uma modalidade de Saúde da Família, denominada Qualidade Integral em Saúde (QUALIS), por meio de duas Organizações Sociais de Saúde (OSS), definidas como entidades privadas, sem fins lucrativos, que exercem atividades de interesse público, incluindo administração de serviços, recursos orçamentários, instalações e equipamentos do poder público (Calipo, 2002).

Assim, por meio destas OSS – a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini – se deu a expansão desta modalidade até o ano de 2001, chegando a um total de 226 equipes, distribuídas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) das Zonas Leste, Norte e Sudeste do Município. A partir daquele ano, com o fim do PAS, a lógica de implantação e expansão do PSF obedeceu ao critério de inserir equipes nas áreas mais carentes da cidade, através de parcerias da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) com mais de uma dezena de OSS, de tal forma que, atualmente, a maioria das UBS do Município (cerca de 400 Unidades) operacionaliza a estratégia de saúde da

família e agentes comunitários de saúde através de tal relação de parceria, com uma ou mais OSS (Estado de São Paulo, 2007).

Com relação à Estratégia DOTS, a Secretaria Municipal da Saúde firmou, em 2003, convênio com a Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e a Universidade Johns Hopkins, com a finalidade de investir no Programa de Controle da Tuberculose, por meio da Implantação de tal estratégia e dos seus cinco componentes. Mas, a sua cobertura não é homogênea nas diferentes áreas do município, sendo que a menor se dá na região Centro-Oeste (onde se localiza a Subprefeitura Sé, cenário deste estudo), com apenas 20,9% dos casos novos, contrastando com outras regiões (como a Sul), nas quais a estratégia chega a contemplar 56% dos casos (Município de São Paulo, 2005, 2006).

Cabe salientar o impacto positivo da estratégia DOTS em comparação com o tratamento auto-administrado (TAA) no município, tendo em vista os seus percentuais, respectivamente, de cura – 58,7% e 45,6% – e de abandono – 11,7% e 12,6%. O encerramento dos casos demonstra, ainda, que as maiores taxas de cura e as menores taxas de abandono, respectivamente, para os casos novos (80,1% e 6,9%), retratamentos (59,8% e 21,8%) e co-infectados TB-HIV (53,4% e 17,5%), ocorreram sob DOTS (Município de São Paulo, 2005).

Sobre este último grupo, no ano de 2004, o número de co-infectados TB/HIV residentes no município foi de 1220 pessoas, sendo que 76,4% (932) eram casos novos, 10,6% (129) recidivas e 13% (159) constituíram retratamentos. Ademais, vale ressaltar que a região Centro-Oeste apresenta o maior percentual de co-infectados (20,4%), seguida da região Sudeste (14,8%), Norte (13,7%), Leste (12,2%) e Sul (6,1%). Destaca-se ainda que, dentre os doentes com tuberculose sem residência fixa (pessoas vivendo em situação de rua, por exemplo), a positividade de co-infecção foi de 9,1% (Município de São Paulo, 2005).

Por fim, no período compreendido entre 2001 e 2005, a Subprefeitura Sé apresentou, em todos os anos, a maior incidência da doença dentre todas as 31 subprefeituras que compõe o Município, com incidência anual superior a 110 casos por 100.000 habitantes, contrastando com outras,

como Pinheiros, que sempre apresentaram taxas inferiores a 42 casos por 100.000 habitantes, como pode ser observado no Quadro 1 (Município de São Paulo, 2006).

Tal fato, somado à alta incidência de co-infecção com o HIV na região, realização de tratamento supervisionado e ações de controle da TB nas UBS e área geograficamente delimitada, com equipes de PSF e PACS, atendeu aos critérios adotados no Projeto-Matriz e desencadeou a escolha desta subprefeitura como cenário do presente estudo. Outros detalhes acerca desta região serão descritos no tópico “Cenário de Estudo”.

Sendo assim, tem-se por hipótese que a situação endêmica da enfermidade nesta região, está determinada, não apenas pelas condições de vida e saúde dos moradores daquela área, mas também em decorrência de fenômenos que atuam como mediadores do processo saúde-doença, particularmente o acesso aos serviços, o vínculo dos pacientes com os profissionais e a adesão ao tratamento.

Neste sentido, a situação importante da enfermidade no cenário apresentado, associada ao reduzido número de investigações sobre a doença na região, justificam a realização deste estudo, que terá como lastro teórico a determinação social do processo saúde-doença, tomando a tuberculose como agravo de relevância social e epidemiológica. Seus resultados, portanto, poderão oferecer subsídios à elaboração de projetos de intervenção que contribuam para aprimorar o controle da enfermidade nesta região, sob o ponto de vista da organização e desempenho dos serviços de saúde.

Quadro 1 - Coeficiente de Incidência de Tuberculose (por 100.000 habitantes) por Subprefeitura. Município de São Paulo, 2001a 2005

	Coef Incidência 2001		Coef Incidência 2002		Coef Incidência 2003		Coef Incidência 2004		Coef Incidência 2005	
1	Pinheiros	37,3	Pinheiros	37,2	Pinheiros	41,8	Vila Mariana	32,5	Santo Amaro	33,1
2	Parelheiros	38,8	Vila Mariana	41,5	Santo Amaro	45,3	Santo Amaro	35,2	Pinheiros	33,7
3	Vila Mariana	39,4	Aricanduva	42,4	Vila Mariana	45,3	Pinheiros	38,6	Vila Mariana	38,0
4	Aricanduva	43,9	Cachoeirinha	44,4	Lapa	46,0	Aricanduva	46,2	Lapa	38,3
5	Capela do Socorro	44,6	Lapa	45,9	Perus	52,6	Santana/Tucuruvi	48,7	Capela do Socorro	42,5
6	Ipiranga	46,9	Parelheiros	46,8	Capela do Socorro	54,2	Perus	50,9	Perus	43,4
7	Cidade Tiradentes	47,3	Capela do Socorro	46,9	Parelheiros	55,9	Butantã	51,1	Ipiranga	43,7
8	Cachoeirinha	47,4	Ipiranga	48,1	São Mateus	58,7	Capela do Socorro	51,3	Butantã	44,8
9	Jaçanã/Tremembé	48,0	Santo Amaro	50,0	Aricanduva	59,6	Vila Prudente	51,6	Parelheiros	45,6
10	Lapa	48,3	São Mateus	53,7	Ipiranga	61,4	Ipiranga	52,3	Aricanduva	46,4
11	São Mateus	49,2	Perus	53,9	Jabaquara	67,7	Lapa	53,6	Santana/Tucuruvi	48,8
12	Pirituba/Jaraguá	50,1	Cidade Tiradentes	54,9	Cidade Tiradentes	69,0	Parelheiros	55,9	Vila Prudente	52,5
13	Vila Prudente	55,1	Jaçanã/Tremembé	55,1	São Miguel	70,9	Jaçanã/Tremembé	57,6	M Boi Mirim	53,1
14	Cidade Ademar	57,3	Pirituba/Jaraguá	55,6	Santana/Tucuruvi	72,4	Itaquera	61,1	Itaquera	55,1
15	Perus	58,0	Santana/Tucuruvi	57,9	Guaianases	72,9	Penha	61,4	Jaçanã/Tremembé	56,6
16	Butantã	58,5	Vila Prudente	58,7	Vila Prudente	73,0	Campo Limpo	62,4	Penha	57,9
17	Santana/Tucuruvi	60,3	Butantã	59,5	M Boi Mirim	76,4	M Boi Mirim	62,6	São Mateus	59,5
18	M Boi Mirim	60,6	V Maria/V Guilherme	63,7	Campo Limpo	77,5	São Mateus	64,0	Cidade Tiradentes	60,2
19	Penha	64,4	Penha	64,0	Itaquera	77,9	São Miguel	66,3	Cidade Ademar	61,1
20	V Maria/V Guilherme	65,0	M Boi Mirim	66,5	Jaçanã/Tremembé	79,0	Guaianases	66,9	Campo Limpo	61,2
21	Mooca	66,4	Cidade Ademar	66,6	Penha	80,5	Cidade Ademar	67,6	Pirituba/Jaraguá	62,5
22	Itaim Paulista	68,1	Jabaquara	66,8	Ermelino Matarazzo	80,6	Cidade Tiradentes	67,9	Guaianases	62,9
23	Itaquera	68,3	Itaquera	71,9	Butantã	81,3	Pirituba/Jaraguá	70,0	Itaim Paulista	64,3
24	Ermelino Matarazzo	71,2	Mooca	74,0	Pirituba/Jaraguá	83,0	Ermelino Matarazzo	72,8	Ermelino Matarazzo	70,8
25	Jabaquara	73,6	Guaianases	74,9	V Maria/V Guilherme	86,0	Itaim Paulista	73,9	Jabaquara	74,3
26	Guaianases	75,9	São Miguel	76,5	Cidade Ademar	89,5	Casa Verde	74,1	São Miguel	79,2
27	Santo Amaro	76,2	Ermelino Matarazzo	80,4	Itaim Paulista	89,8	V Maria/V Guilherme	77,3	Freguesia/Brasilândia	79,5
28	São Miguel	80,6	Itaim Paulista	83,7	Freguesia/Brasilândia	92,8	Jabaquara	79,4	Casa Verde	81,0
29	Freguesia/Brasilândia	82,8	Freguesia/Brasilândia	89,4	Mooca	97,2	Freguesia/Brasilândia	80,8	Mooca	81,7
30	Campo Limpo	106,4	Campo Limpo	117,2	Casa Verde	102,2	Mooca	83,4	V Maria/V Guilherme	85,1
31	Sé/Santa Cecília	139,4	Sé/Santa Cecília	124,7	Se	130,3	Sé	113,5	Sé	121,6
	Discrepância máxima	102,0	Discrepância máxima	87,5	Discrepância máxima	88,6	Discrepância máxima	81,0	Discrepância máxima	88,5

Fonte: Coordenação de Epidemiologia e Informação do Município de São Paulo.

2 - OBJETIVOS

2.1 – Objetivo Geral

Analisar como se operacionalizam, como dimensões da Atenção Primária à Saúde, o acesso aos serviços, o vínculo com os profissionais e a adesão ao tratamento, sob a percepção de usuários portadores de tuberculose e profissionais de saúde que atuavam na assistência a esta enfermidade em Unidades da Atenção Básica pertencentes à Subprefeitura Sé – região central do Município de São Paulo.

2.2 – Objetivos Específicos

1. Caracterizar os usuários portadores de TB, segundo variáveis de cunho pessoal e social, e os profissionais de saúde, de acordo com variáveis relacionadas à sua formação e atuação profissional;
2. Descrever elementos que compõem o acesso aos serviços de saúde, o vínculo dos usuários com o serviço e a adesão ao tratamento para a tuberculose, segundo os sujeitos apontados;
3. Identificar fragilidades e potencialidades, em relação às dimensões supracitadas, que podem repercutir no controle da tuberculose.

3.1 – Referencial Teórico e Operacional

O desenvolvimento do presente estudo se deu a partir do quadro teórico da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, que encontra suporte nos conceitos do materialismo histórico, como classe social e processo de trabalho, e têm em Asa Cristina Laurell e Jaime Breilh, as referências principais na América Latina (Queiroz, Egry, 1988).

Segundo Laurell (1983), a forma como cada indivíduo se insere no modo de produção dominante e na estrutura social, confere às pessoas condições materiais peculiares, que repercutirão na manifestação da saúde ou da doença. Nesta perspectiva, o processo saúde-doença é a síntese da totalidade das determinações que operam sobre a qualidade da vida das pessoas e está articulado à estrutura econômica, política e de relações sociais (Laurell, Noriega, 1989).

Breilh (1989) sintetiza tal teoria, quando afirma que a saúde e a doença não conformam somente um processo individual, tampouco se referem exclusivamente à dimensão biológica do homem, mas expressam, neste nível, as condições coletivas de vida, resultantes das características concretas dos perfis de produção e consumo e suas conseqüências no viver. Compreende-se, então, como cada formação social cria determinado padrão de desgaste e fortalecimento, e estes, por sua vez, determinam o contexto no qual a doença ou a saúde é gerada, ou seja, os perfis epidemiológicos de cada uma destas formações sociais.

Bertolozzi (1998) defende que a tuberculose, como manifestação do processo saúde-doença, deve ser interpretada como um produto social, que transcende os limites relativos às atitudes ou comportamentos dos indivíduos, relacionando-se, fundamentalmente, ao acesso ao trabalho e à qualidade de vida, da mesma forma que depende da organização apropriada dos serviços de saúde, ao acesso à assistência e de um suporte de apropriado em termos de recursos humanos.

Portanto, para atingir uma compreensão ampliada dos processos que determinam à ocorrência da tuberculose (dentre os quais, certamente, se encontram o acesso aos serviços, o vínculo com os profissionais e a adesão

ao tratamento), da mesma forma que é fundamental entendê-la a partir da inserção social das pessoas que a contraem, é igualmente importante analisar a percepção que a sociedade – representada pelos profissionais de saúde – estabelece sobre tais processos, haja vista que a maneira como interpretam e exercem as ações de controle da doença, em suas práticas cotidianas, ao mesmo tempo, determinam socialmente os processos saúde-doença dos indivíduos e são determinadas por sua inserção na sociedade (Giddens, Beck, Lasch, 1997).

No Brasil, as ações de controle da enfermidade são organizadas a partir da Atenção Básica, que é definida como um conjunto de ações de saúde, de caráter individual ou coletivo, desenvolvidas no primeiro nível de atenção dos sistemas de serviços, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação (Brasil, 1999).

Com a adoção da AB, inscrita nos princípios e diretrizes do SUS, o Brasil vem experimentando grandes mudanças na organização, no financiamento e na oferta de serviços de saúde. Tais mudanças estão baseadas na descentralização e desconcentração de decisões e ações de saúde, visando promover aumento do poder decisório e a alocação de recursos aos municípios (Bossert et al., 2000), além de promover a introdução de programas inovadores e estratégicos, centrados na família e na comunidade e integrados aos outros níveis de atenção (Brasil, 2000b, 2002).

Sob o pressuposto da descentralização, os municípios passam a responder pela gestão da AB, com o propósito de privilegiar este nível de atenção, como porta de entrada do sistema, enfatizando um modelo centrado nas ações preventivas e de promoção à saúde (Bodstein, 2002; Merhy, 2002).

Neste contexto, o PSF e o PACS assumem caráter estratégico para viabilizar a reorganização dos serviços de AB, possibilitando significativa ampliação do acesso, inclusive, às ações de controle da TB. Evidência desta afirmação é que, em dezembro de 1998, haviam 116.393 famílias cadastradas no PSF e 213.107 no PACS, enquanto que, em agosto de 2005,

estes números passaram, respectivamente, para 2.542.516 e 1.304.779 (Almeida, Macinko, 2006).

Mesmo frente ao significativo processo de implantação e expansão destas estratégias no Brasil, ainda é hegemônico o modelo tradicional de assistência à saúde, fundamentado na lógica de atenção por demanda espontânea e operacionalizado nas UBS, não raro, por profissionais plantonistas, que precisam responder às necessidades de uma extensa base populacional (cerca de 20.000 habitantes). O resultado disso é a falta de vínculo entre usuários e profissionais, o que reforça o predomínio da atenção voltada às condições agudas (Mendes, 2004).

Esta é apenas uma das fragilidades do sistema de saúde que colocam em evidência dimensões essenciais (neste caso, o vínculo) não contempladas pelo conceito da AB e que, por sua vez, se refletem na organização e desempenho dos serviços de saúde, para a atenção à tuberculose.

Por esta razão, este estudo se utilizará do quadro teórico da Atenção Primária à Saúde, defendido por Starfield (2002), que considera o conceito de APS compatível com o da AB, com a vantagem desta ser mais ampla, tendo em vista que acrescenta dimensões essenciais, como a coordenação, o vínculo com o usuário, o enfoque familiar e a orientação comunitária, aos elementos já presentes no conceito adotado pelo MS, como a porta de entrada e o elenco de serviços (Almeida, Macinko, 2006).

A noção e a prática de que os serviços de saúde deveriam ser classificados em diferentes níveis de atenção, de acordo com a complexidade tecnológica das suas ações, constituem o eixo central da APS. Neste contexto, a APS é o nível de um sistema de serviços de saúde que funciona como porta de entrada, atendendo às necessidades e problemas de saúde mais comuns, embora seu enfoque não seja apenas a enfermidade do indivíduo, mas também suas condições de vida e trabalho (Starfield, 2002).

Partindo deste pressuposto, serão apresentadas, a seguir, as definições de cada uma das dimensões organizacionais, definidas por Starfield (2002) como princípios estruturais da Atenção Primária à Saúde:

- Porta de Entrada – primeiro atendimento procurado, exceto nos casos de urgência, implicando no acesso e uso do serviço de AB a cada novo problema ou novo episódio de um problema que necessita de atenção (Starfield, 2002).
- Acesso – envolve a localização da unidade de saúde em relação à população a qual pretende atender, os horários e dias em que oferece os serviços, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos (Starfield, 2002).
- Vínculo – pressupõe uma fonte regular e continuada de atenção pessoal, a partir do estabelecimento de fortes laços interpessoais, que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde (Starfield, 2002).
- Elenco de serviços – são os arranjos estabelecidos para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à sua saúde, incluindo os serviços que a unidade oferece e encaminhamentos para consultas especializadas (nível secundário), serviços terciários, internação domiciliária e serviços comunitários (Starfield, 2002).
- Coordenação (ou integração dos serviços) – pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos. Inclui, ainda, o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados (Starfield, 2002).
- 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 o enfrentamento do desafio dos recursos familiares limitados (Starfield, 2002).
- Orientação para a comunidade – implica no reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser conhecido e levado em consideração (Starfield, 2002).

- Formação profissional – formação específica dos profissionais de saúde, que os capacita a desempenhar suas funções, de acordo com as dimensões mencionadas anteriormente (Starfield, 2002).

Baseando-se nestas definições, torna-se evidente que o acesso é um requisito fundamental para o estabelecimento das demais dimensões da Atenção Primária à Saúde e, por conseqüência, para a incorporação e sustentabilidade das ações de controle da Tuberculose, uma vez que determina a forma como são ofertadas e organizadas as ações e serviços de saúde, nos distintos níveis do sistema.

Neste sentido, de acordo com Starfield (2002), é essencial que a porta de entrada ao sistema de saúde – a Atenção Básica – seja de fácil acesso, tendo em vista que, se o ponto de primeiro contato não estiver reconhecido ou habilitado para manejar e diagnosticar adequadamente os problemas, a atenção necessária é adiada, comprometendo-se o acesso ao serviço e determinando o padrão endêmico de certas enfermidades, como a TB.

Segundo Vellozo e Souza (1993), o acesso, pensado do ponto de vista técnico, envolve o atendimento planejado, segundo níveis hierarquizados de serviços, dos mais simples aos mais complexos, e a disponibilidade de serviços, segundo a proximidade. Entretanto, para Starfield (2002), a proximidade pode não ser elemento facilitador do acesso, pois outros fatores estão ali incluídos, tais como informação, qualidade do atendimento, identificação da clientela com os profissionais, como também algumas resistências colocadas pelo próprio serviço.

Cabe observar que há divergências quanto à terminologia referente a esta dimensão, sendo que, enquanto alguns autores, como Vellozo e Souza (1993), utilizam apenas o termo acesso, outros, como Fekete (1995), preferem o termo acessibilidade. Starfield (2002), por sua vez, diferencia a acessibilidade de acesso, afirmando que a primeira se relaciona aos aspectos da estrutura (oferta) dos serviços e a segunda se refere ao modo como os indivíduos vivenciam a experiência de acessibilidade.

Giovanella e Fleury (1995) procuram caracterizar a categoria acesso e analisar as condições de acessibilidade, tomando-as como centrais para a avaliação das relações entre usuários e profissionais/serviços de saúde, a partir de quatro modelos teóricos:

- **Modelo economicista:** relaciona os diferentes padrões de consumo dos indivíduos à oferta de serviços e demanda pelos mesmos, advogando que a intervenção estatal seria capaz de moldar a forma de organização da produção da assistência médica e conformação da demanda, a partir de diferentes grupos populacionais, para alcançar os bens e serviços de saúde.
- **Modelo sanitarista-planificador:** caracteriza-se pela concepção de acesso de acordo com a demanda, garantida pela ação de planejamento e distribuição de recursos na rede de serviços hierarquizada, através de um sistema de organização baseado nos princípios da referência e contra-referência.
- **Modelo sanitarista-politícista:**, neste modelo, a população desenvolveria a capacidade cognitiva de compreender as determinações sociais do processo saúde/doença e os fatores que determinam a organização social da prática médica, num processo de rompimento com as deformações impostas pela sociedade à consciência sanitária, entre as quais a medicalização dos desgastes impostos pelo processo de trabalho.
- **Modelo das representações sociais:** que se apresenta como uma nova possibilidade na determinação do acesso, partindo do princípio que a realidade é uma constituição eminentemente intersubjetiva e simbólica do processo saúde-doença, em que os sujeitos e grupos sociais são portadores de história, tradição e cultura.

Fekete (1995), assim como Starfield (2002) e Giovanella e Fleury (1995), apresenta uma compreensão ampliada do conceito, definindo-o como o grau de ajuste entre as características dos serviços e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde. Neste sentido, ela identifica quatro importantes dimensões da acessibilidade:

- Geográfica – relaciona-se tanto aos aspectos físicos impeditivos ao acesso, quanto à distância entre a população e os serviços. Deve ser aferida em função do tempo que, pelos meios habituais de transporte, se leva no percurso até o consumo do serviço (Fekete, 1995).
- Econômica – refere-se ao cumprimento do princípio constitucional que garante o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Inclui ainda: consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência; prejuízos por perda de dias de trabalho; possíveis perdas decorrentes de afastamento por doença; custo com tratamento e medicamentos (Fekete, 1995).
- Organizacional – refere-se a obstáculos originados no modo de organização do serviço, que podem ser internos, tais como demora na obtenção da consulta, falta de opções marcação de horário e turnos de funcionamento; e externos, como demora na espera pelo atendimento do médico na própria unidade de saúde e para fazer exames laboratoriais. Outro aspecto importante relacionado a esta dimensão é a continuidade da atenção – vínculo (Fekete, 1995).
- Sócio-cultural – faz referencia à apreciação dos fenômenos que determinam a busca do serviço de saúde. Os obstáculos relacionados a esta dimensão, dirigem-se tanto à perspectiva da população – percepção acerca da sua doença; tipo de tratamento e nível de conhecimento sobre a oferta de serviços de saúde; medo do diagnóstico e das intervenções dele decorrentes; crenças e hábitos quanto aos cuidados com a saúde; vergonha, no caso de doenças sexualmente transmissíveis ou estigmatizantes (como a TB e Aids) – como do sistema de saúde – formação dos profissionais de saúde desvinculada da realidade das condições de vida e saúde da população; falta de preparo das equipes de saúde e das instituições frente à diversidade de pacientes com distintas características sócio-culturais; incipiência dos processos de participação dos usuários nas organizações dos serviços (Fekete, 1995).

A partir do quadro teórico estabelecido, o presente estudo observará o fenômeno do acesso na sua dimensão ampliada, relacionando-o tanto aos aspectos da estrutura e recursos, quanto aos relativos às experiências do usuário nos serviços de saúde.

Sob esta perspectiva, o acesso universal e integral aos serviços é determinante para a instauração do vínculo entre usuários e profissionais, considerando que tal relação depende do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e sua consistência ao longo do tempo, denotando a existência de uma fonte de atenção que os doentes identificam como sua e que os profissionais de saúde reconhecem como um contrato informal, para favorecer a adesão ao tratamento (Starfield, 2002).

De acordo com o Ministério da Saúde, o vínculo é definido como o *“processo de ata ou liga, gerando uma ligação afetiva ou moral entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos”* (Brasil, 2004, p.51). Para Sasaki (2003), o estabelecimento de vínculo constitui uma oportunidade para o paciente vocalizar a sua doença, além de permitir que o profissional conheça a sua concepção da enfermidade e construa estratégias que se tornem facilitadoras para a continuidade do tratamento.

Para Ramos e Lima (2003), o vínculo decorre de uma relação de confiança, que permite aos pacientes compreenderem a sua enfermidade, tornando-se sujeitos ativos em seu tratamento, possibilitando aos profissionais que direcionem suas ações não apenas à doença, mas ao indivíduo, à família e à comunidade. Desta forma, o vínculo se constitui como espaço de escuta, acolhimento, diálogo e relação ética e dialógica entre os diversos atores implicados na produção do cuidado.

Portanto, o vínculo guarda estreita relação com a capacidade de o outro usufruir da condição de sujeito ativo nas decisões acerca da sua vida (Machado et al., 2007). Neste sentido, pode se configurar como o dispositivo que leva os sujeitos (profissionais de saúde e usuários) ao encontro de suas potencialidades, pois favorece a reciprocidade de experiências e, assim, possibilita a construção de atos terapêuticos co-responsabilizados (Santos et al., 2008).

Schraiber, Nemes e Mendes-Gonçalves (2000) sintetizam a questão, ao apontar que o vínculo pode ser uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo, favorecendo outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde. O estabelecimento do vínculo, portanto, permite que a negociação caminhe para um consenso de necessidades e responsabilidades, impedindo que o ato terapêutico esteja centrado no trabalhador, e que não seja realizado puramente pela manifestação de desejo do usuário.

Bertolozzi (2005), em investigação realizada na mesma região deste estudo, constatou que o vínculo permite que o doente se sinta acolhido, encontrando espaço para solucionar dúvidas e se expressar sobre o seu processo terapêutico, proporcionando oportunidades para o enfrentamento da doença e, inclusive, favorecendo a inclusão social, pois valoriza o indivíduo, fortalecendo-o para o enfrentamento da doença e perante a vida.

Contudo, a autora aponta que esse não é um processo fácil de ser viabilizado pelo trabalhador de saúde, pois muitos se cobram, simultaneamente, a necessidade de que o vínculo seja limitado pelo “profissionalismo”, possivelmente um mecanismo de defesa para não refletir sobre a real situação dos usuários, o que promoveria um contorno diferenciado à relação, na medida em que necessita de um movimento de empatia quanto à situação de vida do outro (Bertolozzi, 2005).

Assim, as relações de acolhimento, de escuta, de atitude positiva, enfim, de vínculo, constituem-se em necessidades que não podem ser negadas ou excluídas do processo de produção em saúde e em muito podem contribuir para o processo de adesão ao tratamento, haja vista que pressupõem aproximação entre o profissional de saúde e o paciente, possibilitando que este último entenda o seu processo saúde-doença (Bertolozzi, 2005).

Para a OMS, a adesão consiste na organização de um planejamento individualizado para o tratamento, pautado nos limites e possibilidades do paciente, transcendendo, portanto, o mero ato de ingerir o medicamento. A

mesma organização enfatiza que o acompanhamento individualizado e próximo entre o profissional de saúde e doente proporciona o aumento da adesão (OMS, 2003a).

Bertolozzi (1998) afirma que a adesão extrapola o caráter tradicionalmente biológico, clínico e comportamental, e está intimamente associada ao entendimento que o doente tem a respeito do seu adoecimento, ao lugar que ocupa no processo de produção e de reprodução social (na medida em que destes decorrem as condições favoráveis ou limitantes para a efetivação da manutenção terapêutica) e aos aspectos que dizem respeito à organização dos serviços de saúde.

A partir desta constatação, evidencia-se que as condições de vida e de trabalho, assim como a qualidade da assistência prestada e a estruturação dos serviços de saúde, determinam o enfrentamento da doença e a adesão ao processo de tratamento, pois o acolhimento às necessidades dos usuários e o vínculo criado com os trabalhadores e o serviço de saúde, potencializam ou limitam a participação do doente na terapêutica (Bertolozzi, 2005).

É importante ressaltar que o processo de adesão requer mudança da compreensão dos trabalhadores de saúde para além da doença, considerando que seu desempenho é fundamental para a efetividade deste processo. Desta forma, os profissionais precisam identificar as necessidades dos indivíduos, famílias e grupos sociais que integram o território, de forma a adequar o tratamento, para que este se torne parte da vida da pessoa (Bertolozzi, 1998).

Bertolozzi (1998) aponta, ainda, que a depender das condições em que se encontra o momento de vida do paciente, outras questões, como a sua sobrevivência e de sua família, podem apresentar-se mais relevantes do que a busca por assistência à saúde, ficando em segundo plano o cuidar de si mesmo, possibilidade que deve ser levada em consideração na prática dos serviços de saúde. Nesta mesma perspectiva, Ruffino-Netto e Villa (2006) afirmam que a adesão está diretamente relacionada ao compromisso da equipe de saúde com o indivíduo e às estratégias adotadas no processo de produção de serviços, como a disponibilidade para ouvir o paciente.

Portanto, embora intrinsecamente conectada à dimensão singular, do indivíduo, Bertolozzi (1998) conclui que a adesão se constitui em uma questão que não pode ser avaliada somente da perspectiva comportamental, inerente ao doente, estando também relacionada com as demais dimensões da sociedade, quais sejam a conformação dos grupos sociais ou a esfera da estrutura da sociedade.

Desta forma, o presente estudo está balizado na concepção de Bertolozzi (2005), que coloca a adesão como categoria-síntese entre o acesso aos serviços de saúde e o vínculo dos usuários com os profissionais, como um instrumento nas práticas de saúde, que pode constituir uma nova lógica nas ações dos profissionais, ao pautar-se no atendimento às necessidades dos usuários dos serviços de saúde.

3.2 – Cenário do Estudo

A Subprefeitura Sé localiza-se na Região Centro-Oeste e é uma das 31 subprefeituras do município de São Paulo (Figura 1). É composta por oito distritos administrativos, listados a seguir:

- **Bela Vista** (bairros Morro dos Ingleses, Bela Vista, Vila Helena e Bexiga);
- **Bom Retiro** (bairros Bom Retiro, Luz e Ponte Pequena);
- **Cambuci** (bairros Cambuci, Vila Deodoro e parte da Mooca);
- **Consolação** (bairros Consolação, Higienópolis, Pacaembu, Vila Buarque e parte do bairro de Cerqueira César);
- **Liberdade** (bairros Liberdade, Aclimação, Morro da Aclimação e Várzea do Glicério);
- **República** (bairros República e Santa Ifigênia);
- **Sé** (bairro Sé e parte da Liberdade);
- **Santa Cecília** (bairros Santa Cecília, Campos Elíseos e partes da Barra Funda e da Vila Buarque).

Figura 1 - Coordenadorias Regionais de Saúde e cenário de estudo. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Fonte: Adaptado de figura presente no Site da Prefeitura do Município de São Paulo.

Com base em estimativas da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), foram construídas as Tabelas 1 a 3, através das quais observa-se que, somados, esses distritos têm uma área de apenas 26,2 km² e população estimada em 330.604 habitantes, perfazendo uma densidade demográfica média de 12,6 Hab/m², embora possa chegar à 22,3 Hab/m², na Bela Vista (Tabela 1). Ademais, na última década, esta região tem sofrido uma queda progressiva no número de habitantes, variando 13% neste período, com uma taxa de “decréscimento” de menos 2,24% ao ano. É interessante notar que, historicamente, há maior prevalência de mulheres em relação aos homens (Tabela 2).

Tabela 1 - Área, População Residente e Densidade Demográfica do cenário de estudo. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2008

Distrito Administrativo	Área (Km ²)	População Residente			Densidade (Hab/m ²)
		Homens	Mulheres	Total	
Sé	2,1	7.940	8.987	16.927	16,2
República	2,3	20.102	22.318	42.420	18,4
Bela Vista	2,6	25.057	32.944	58.001	22,3
Consolação	3,7	19.855	28.403	48.258	13,0
Liberdade	3,7	23.748	30.788	54.536	14,7
Cambuci	3,9	10.725	14.000	24.725	6,3
Santa Cecília	3,9	27.073	36.340	63.413	8,0
Bom Retiro	4,0	10.314	12.010	22.324	5,5
Total	26,2	144.814	185.790	330.604	12,6

Fonte: Fundação SEADE.

Tabela 2 - Variação populacional no cenário de estudo. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2000 a 2008

Período (Ano)	População Residente		
	Homens	Mulheres	Total
2000	170.549	203.356	373.905
2001	167.234	201.205	368.439
2002	163.936	198.276	362.212
2003	160.658	195.344	356.002
2004	157.400	192.413	349.813
2005	154.163	189.476	343.639
2006	151.020	188.249	339.269
2007	147.903	187.021	334.924
2008	144.814	185.790	330.604

Fonte: Fundação SEADE.

Tabela 3 - População residente no cenário de estudo por faixa etária e sexo. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2008

Faixa Etária	Homens	%	Mulheres	%	Total	%
0 a 9 anos	15.326	4,6	15.267	4,6	30.593	9,2
10 a 19 anos	15.623	4,7	16.415	5,0	32.038	9,7
20 a 29 anos	26.482	8,0	29.039	8,8	55.521	16,8
30 a 39 anos	24.801	7,5	28.233	8,5	53.034	16,0
40 a 49 anos	21.979	6,6	29.225	8,8	51.204	15,4
50 a 59 anos	18.312	5,5	26.509	8,0	44.821	13,5
60 a 69 anos	11.532	3,5	18.393	5,6	29.925	9,1
70 anos e +	10.759	3,4	22.709	6,9	33.468	10,3
Total	144.814	43,8	185.790	56,2	330.604	100,0

Fonte: Fundação SEADE.

Vale ressaltar que 48,2% da população se encontram na faixa etária economicamente ativa (de 20 a 49 anos), sendo 22,1% do sexo masculino e 26,1% do sexo feminino. É interessante notar que as pessoas com 50 anos ou mais constituem 32,9% da população da área, sendo 12,4% do sexo masculino e 20,5% do sexo feminino (Tabela 3).

A fim de aprofundar a caracterização dos perfis socioeconômicos e demográficos desta região, utilizaremos o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), indicador produzido pela Fundação SEADE a partir de dados do Censo 2000, que objetiva mensurar a vulnerabilidade de indivíduos, grupos e comunidades a uma combinação de determinados tipos de riscos, que podem produzir a deterioração de seu nível de bem estar, em consequência de sua exposição (Ferreira M, Dini, Ferreira S, 2006).

As situações de maior ou menor vulnerabilidade na Subprefeitura de Sé estão resumidas nos seis grupos do IPVS (de nenhuma até muito alta vulnerabilidade), apresentados a seguir (Tabela 4):

Tabela 4 – Indicadores que compõem o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS – no cenário de estudo. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2000

Indicadores	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social						Total
	1 – Nenhuma	2 – Muito Baixa	3 – Baixa	4 – Média	5 – Alta	6 – Muito Alta	
População Total	178.198	81.624	91.814	21.101	311	857	373.905
% da População	47,7	21,8	24,6	5,6	0,1	0,2	100,0
Domicílios Particulares	71.132	27.845	33.721	7.151	118	225	140.192
Tamanho Médio do Domicílio (em pessoas)	2,4	2,8	2,5	2,8	2,6	3,8	2,5
Rendimento Nominal Médio do Responsável pelo Domicílio (em reais de julho de 2000)	3.152	1.576	1.129	727	848	257	2.222
Responsáveis com Renda de até 3 Salários Mínimos (%)	11,5	22,4	28,4	42,8	38,1	89,3	19,5
Anos Médios de Estudo do Responsável pelo Domicílio	12,2	9,9	9,0	7,0	5,9	4,2	10,7
Responsáveis pelo Domicílio Alfabetizados (%)	99,6	98,4	97,6	94,7	77,1	77,3	98,5
Responsáveis pelo Domicílio com Ensino Fundamental Completo (%)	86,8	71,9	66,1	48,4	39,8	17,8	76,8
Idade Média do Responsável pelo Domicílio (em anos)	49	52	46	42	47	36	48
Responsáveis com Idade entre 10 e 29 Anos (%)	13,9	8,9	17,9	24,2	16,9	36,4	14,5
Mulheres Responsáveis pelo Domicílio (%)	42,0	40,3	43,2	35,9	24,6	40,0	41,7
Crianças de 0 a 4 Anos no Total de Residentes (%)	4,3	4,9	6,6	8,8	3,2	21,8	5,3

Fonte: Fundação SEADE.

A análise da Tabela 4 permite observar que, segundo o último Censo Demográfico disponível (2000), existiam 140.192 Domicílios Particulares, onde viviam, em média, 2,5 pessoas. Quanto ao rendimento dos responsáveis pelo domicílio, em média, foi de R\$ 2.222,00 mensais, sendo que 19,5% deles possuíam, no máximo, renda de até 3 Salários Mínimos, e estudaram, em média, 10,7 anos, sendo importante notar que 98,5% eram alfabetizados e 76,8% tinham o ensino médio completo. A idade média dos responsáveis foi de 48 anos e o percentual deles com idade menor que 30 anos foi de 14,5%. Por fim, o percentual de mulheres responsáveis pelo domicílio foi de 41,7% e o de crianças de 0 a 4 anos no total de residentes foi de 5,3%.

Ademais, cabe ressaltar que, embora as pessoas com “alta” e “muito alta” vulnerabilidade somassem 0,3% da população, no ano 2000, as pessoas com “média” vulnerabilidade eram 5,6% do contingente populacional, ou seja, já naquela época, cerca de 6% da população (aproximadamente, 22.400 pessoas) estavam expostos a potenciais de desgaste que as tornavam mais susceptíveis ao contágio e desenvolvimento da tuberculose.

Ainda no que tange à habitação, no ano 2000, a região possuía duas favelas em seu território (Tabela 5), onde viviam cerca de 1% da população – totalizando 2.744 pessoas – sendo uma entre o Bom Retiro e a Santa Cecília – Favela do Moinho, localizada entre duas linhas do trem – e outra na Sé – Favela do Gato, nascida da reciclagem de materiais, devido às grandes quantidades de materiais despejados por caminhões naquela área. É importante salientar que a taxa de crescimento anual desta população foi estimada em 7,81% (acréscimo de, aproximadamente, 215 pessoas por ano), permitindo inferir que, atualmente, vivem cerca de 4700 pessoas nesta situação, na área de estudo (Município de São Paulo, 2004).

Quanto às atividades empregatícias (Tabela 6), é uma região que concentra postos de trabalho e serviços, sendo que 57% dos estabelecimentos pertenciam ao setor de serviços – oferecendo 75% dos empregos na região – seguido pelo setor de comércio, com 31% – oferecendo 13% dos empregos (Município de São Paulo, 2004).

Tabela 5 - Risco habitacional no cenário de estudo. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2000

Indicadores de Risco Habitacional	Total
Número de Favelas	02
População Favelada	2.744
Percentual da População em Favelas (%)	0,73
Taxa de Crescimento Anual da População Favelada (%)	7,81

Fonte: Sumário de Dados do Município de São Paulo.

Tabela 6 - Estabelecimentos e Empregos por Tipo de Atividade no cenário de estudo. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2000

Ramo de Atividade	Postos de Trabalho	%	Nº Empregos	%
Serviços	17.057	57,0	366.329	75,0
Comércio	9.281	31,0	64.681	13,0
Indústria	2.965	10,0	45.981	9,4
Construção Civil	563	2,0	11.136	2,6
Total	29.833	100,0	488.127	100,0

Fonte: Sumário de Dados do Município de São Paulo.

Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) desta Subprefeitura, observam-se valores medianos (índices entre 0,500 e 0,799) em todos os distritos, à exceção da Sé, cujo IDH é de 0,495, considerado baixo (Tabela 7). Já o Índice de Exclusão e Inclusão Social (IEIS), demonstra baixa e média exclusão (índices entre -0,500 e 0,000) em todos os distritos, à exceção da Consolação, que tem o IEIS de 0,315, indicando média inclusão (Município de São Paulo, 2004).

Para aferir o nível de desenvolvimento humano – que varia de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total) – são utilizados indicadores de educação (alfabetização e taxa de matrícula), longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda.

Tabela 7 - Índices de Desenvolvimento Humano e de Exclusão e Inclusão Social no cenário de estudo. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2000

Distrito Administrativo	IDH	IEIS
Sé	0,495	-0,250
República	0,534	-0,250
Cambuci	0,534	-0,018
Bom Retiro	0,561	-0,143
Santa Cecília	0,654	-0,035
Liberdade	0,665	-0,140
Bela Vista	0,692	0,058
Consolação	0,799	0,315

Fonte: Sumário de Dados do Município de São Paulo.

Em relação ao cálculo do nível de exclusão e inclusão social – que varia em intervalos de menos 1 a 0 (associados à características negativas, referentes à exclusão) e de 0 a 1 (associados à características positivas, referentes à Inclusão) – são utilizados indicadores relacionados ao padrão de vida (grau de pobreza dos chefes de família, taxa de emprego formal e desigualdade de renda); à educação (taxa de alfabetização da população acima de cinco anos e média de escolaridade dos chefes de família); e ao risco juvenil (porcentagem de jovens na população e número de homicídios por 100 mil habitantes).

Tais dados demonstram um padrão de exclusão social e baixo desenvolvimento humano nos distritos mais centrais, fenômenos fortemente ligados à gravidade e o impacto negativo da tuberculose, tendo em vista que sua incidência varia na razão inversa do IDH (Mangtani et al., 1995; Lienhardt et al., 2004; Hijjar, 2005a; Santos et al., 2007).

Em consonância com estes dados, as investigações de Bertolozzi (2005) e Sánchez (2007), que também tiveram a Subprefeitura Sé como cenário de estudo, apontaram que esta é uma região caracterizada por grandes contradições e iniquidades, reunindo, ao mesmo tempo, o antigo (pois alberga o centro de São Paulo, onde iniciaram-se as relações de cunho comercial e que, pouco a pouco, com a expansão da Metrópole, acabou expulsando muitos habitantes, destinando-os à periferia da cidade) e o novo (pois é alvo de revitalização cultural pelo governo paulista, além de incorporar imigrantes latinos e do Oriente, no processo de produção de serviços), revelando situações importantes de contraste e vulnerabilidade social.

Tais constatações são fundamentais para entender a determinação da situação endêmica da tuberculose nesta região, pois evidenciam, via de regra, que a enfermidade estará associada aos bolsões de pobreza, aos aglomerados humanos, à baixa escolaridade e situação empregatícia instável, à dificuldade no acesso a bens e serviços públicos, ao desamparo institucional dos cidadãos pelo Estado, enfim, à debilidade dos indivíduos ou grupos sociais para superar as características de suas vidas que condicionam o desgaste de seus corpos. Nesta perspectiva, destaca-se que, nesta região, multiplicam-se os grupos populacionais em situação de risco social, como usuários de drogas, profissionais do sexo, imigrantes (muitos em situação ilegal) e pessoas em situação de rua.

Sobre estes últimos, em pesquisa recente sobre o perfil da população em situação de rua no Município de São Paulo (2003), chegou-se à conclusão de que viviam nessa área, no ano de 2003, 4.470 pessoas nesta situação, inclusive crianças e adolescentes. Vale salientar que este número representa 43% do total destes indivíduos presentes nos 29 distritos pesquisados (10.399).

Além disso, entre os anos 2000 e 2003, houve aumento de, aproximadamente, 25% dessa população na região (Tabela 8), fato que parece estar associado ao número de pessoas que passaram a recorrer a equipamentos de proteção social, dobrando o número de albergados no período citado (Município de São Paulo, 2003).

Tabela 8 – Contingente Populacional em situação de Rua no cenário de estudo. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2000 e 2003

Distrito Administrativo	Rua		Albergue		Total	
	2000	2003	2000	2003	2000	2003
Bela Vista	138	168	14	9	152	177
Bom Retiro	151	120	6	307	157	427
Cambuci	74	100	0	0	74	100
Consolação	167	198	0	0	167	198
Liberdade	109	64	627	700	736	764
República	715	671	81	470	796	1141
Santa Cecília	434	452	51	397	485	849
Sé	773	713	47	101	820	814
Total	2561	2486	826	1984	3387	4470

Fonte: Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social do Município de São Paulo.

De fato, a rede de proteção a esta população no cenário estudado concentra diversos núcleos de serviços, em praticamente todos os distritos, com albergues especializados na acolhida a homens e mulheres, com ou sem filhos, oferecendo local de repouso, refeições, biblioteca, banho, local para lavar/secar e passar roupa, oficinas de capacitação profissional e atendimento social (Município de São Paulo, 2003).

Outra possível explicação para este fenômeno é apontada por Vieira, Bezerra e Rosa (1994): segundo as autoras, a região da Sé é a que concentra o maior número de possíveis pontos de pernoite (como albergues noturnos, ruas, calçadas, viadutos, praças, canteiros, imóveis abandonados, terrenos baldios, entre outros) no Município, perfazendo 198 locais. Vale salientar que, segundo as autoras, existem diferentes situações ligadas a vivência rua, tendo em vista que a condição de permanência pode se tornar

um fator de cronificação. Nesta perspectiva, "ficar na rua" (fenômeno comum entre drogaditos) é circunstancial, enquanto que "estar na rua" implicaria numa situação recente e "ser de rua" uma situação permanentemente.

Também devemos destacar a situação singular, em termos de necessidades de vida e de saúde, dos imigrantes, pois estes indivíduos estão sujeitos à maioria das vulnerabilidades possíveis para o desgaste biopsicossocial, aumentando a complexidade da problemática relacionada à TB nesta região, tendo em vista que exigem dos serviços de saúde que organizem a assistência de modo a atender suas necessidades, às quais, certamente, apresentam-se como muito particulares, dado que se referem a situações que evidenciam a tênue fronteira da sobrevivência, demandando ajustes na maneira de enfrentar a enfermidade e também no relacionamento entre trabalhador de saúde e paciente (Bertolozzi, 2005).

3.2.1 – Situação da saúde e organização dos serviços

A fim de expressar parte da situação da saúde dos moradores no cenário de estudo, utilizaremos o último Índice de Necessidades em Saúde (INS) do Município de São Paulo (2008), construído a partir da agregação de 20 indicadores que refletem aspectos prioritários da política de saúde, incluindo períodos etários e condições individuais e coletivas, e cujo conjunto pretende sintetizar as condições de vida e saúde dos habitantes. Para tanto, são utilizados indicadores relacionados à saúde de quatro grandes grupos populacionais e doenças de notificação compulsória (incluindo a TB):

- Crianças e adolescentes (Proporção de Crianças e Adolescentes na população residente; Coeficiente de Mortalidade Infantil; Coeficiente de Mortalidade por Infecção Respiratória Aguda em menores de cinco anos; e Proporção de Gestantes em menores de 20 anos);
- Gestantes (Taxa de Fertilidade Total; Razão de Mortalidade Materna; Coeficiente de Incidência de Sífilis Congênita; e Proporção de Pré-Natal inadequado - ou seja, em menos de sete consultas);

- Adultos (Taxa de Mortalidade por Acidentes e Prevalência de Hipertensão Arterial e Diabetes em pessoas com 20 a 59 anos; e Taxa de Mortalidade por Doenças Crônicas relacionadas à Hipertensão e Diabetes em pessoas com 30 a 59 anos);
- Idosos (Proporção de Idosos na População Residente, Taxa de Mortalidade de Idosos e Taxa de Mortalidade de Idosos por Pneumonia e Proporção de óbitos de pessoas entre 60 e 69 anos, em relação a pessoas com 60 anos ou mais);
- Doenças de notificação compulsória (Coeficientes de Incidência de Dengue, Leptospirose, Meningite e Tuberculose Pulmonar Bacilífera).

A partir dos resultados destes indicadores para os 96 distritos administrativos da cidade, foi calculada a discrepância máxima apresentada (diferença entre os valores máximo e mínimo de cada indicador para cada distrito), definindo a posição e o nível de necessidades dos habitantes de cada distrito em relação aos demais. Os índices relacionados aos distritos da região investigada se encontram abaixo (Tabela 9):

Tabela 9 - Índice de Necessidades em Saúde – INS – nos distritos do cenário de estudo.
Subprefeitura Sé – São Paulo, 2007

Distrito Administrativo	População 2007	Posição Final	Nível INS
Sé	17.234	90º	Alto
Bom Retiro	22.734	84º	Alto
Santa Cecília	64.195	62º	Médio
Liberdade	55.267	58º	Médio
República	42.953	56º	Médio
Cambuci	25.115	42º	Médio
Consolação	48.884	15º	Baixo
Bela Vista	58.542	9º	Baixo

Fonte: Coordenação de Epidemiologia e Informação do Município de São Paulo.

A análise da Tabela 9 permite observar três agrupamentos de distritos na Subprefeitura Sé, de acordo com os diferentes níveis de necessidades de atenção à saúde das suas populações, o que revela um complexo mosaico desorganizado de grupos sociais heterogêneos, de tal forma que, na mesma região, um distrito esteja em 9º e outro em 90º lugar, dentre o total de 96, fato que evidencia que seus moradores terão necessidades diferenciadas de atenção à saúde, demandando ações adequadas nos serviços públicos.

Sendo assim, nota-se que os distritos que albergam as populações com maiores necessidades de saúde são, justamente, as do chamado “Centro Velho”, sendo que o distrito Sé apresenta os maiores indicadores, seguido pelo Bom Retiro, ambos com altos níveis de necessidades. Com níveis médios, Cambuci, República, Liberdade e Santa Cecília, componentes do “Centro Novo”, encontram-se em posições intermediárias, suplantados pela Consolação e Bela Vista, o centro financeiro de São Paulo, onde sucedem-se mecanismos para satisfação de tais necessidades.

Na Subprefeitura Sé, todas as ações e serviços de saúde estão sob coordenação da sua Supervisão Técnica de Saúde, inclusive aquelas vinculadas ao Programa de controle da Tuberculose (PCT), que possui uma coordenação específica para os oito distritos que a compõem (Figura 2).

Figura 2 - Organograma do cenário de estudo. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Fonte: Adaptado de figura presente no Site da Prefeitura do Município de São Paulo.

Quanto aos serviços de saúde oferecidos, possui:

- 2 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS);
- 1 CAPS Álcool e Drogas;
- 1 Ambulatório de Saúde Mental (ASM);
- 1 Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids;
- 1 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) DST/AIDS;
- 1 Clínica Odontológica Especializada (COE);
- 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST);
- 1 Centro de Referência de Álcool e Drogas (CRATOD);
- 1 Pronto Socorro Municipal;
- 2 Postos de Atendimento Médico (PAM);
- 3 Assistência Médica Ambulatorial (AMA); e
- 22 hospitais – sendo que 18 são privados ou filantrópicos, dois municipais, um estadual e um federal – perfazendo, no ano 2000, 2.881 leitos SUS (Município de São Paulo, 2004).

É importante ressaltar que, em seu território, localiza-se o Instituto Clemente Ferreira, instituição fundada em 1913, pioneira no combate à TB (à época, seu criador – Doutor Clemente da Cunha Ferreira – era Presidente da Liga Paulista Contra a TB). Desde 1934, passou a ser administrada pelo Governo do Estado de São Paulo e é, atualmente, referência para todo o Estado na abordagem desta enfermidade e outras doenças pulmonares.

Em termos de AB, a região possui cinco UBS, associadas a equipes de PSF e PACS. Em relação ao PCT, estas Unidades realizam ações de orientação quanto à transmissão da enfermidade, detecção precoce e tratamento até a alta por cura. Entre as atribuições das equipes de PSF e PACS, encontram-se a identificação dos sintomáticos respiratórios, o diagnóstico e o tratamento de casos suspeitos (com especial atenção àqueles com maior risco de abandono) e o desenvolvimento de ações de proteção aos sadios, como a vacinação de rotina e a quimioprofilaxia, quando indicada.

A partir deste ponto, serão descritas as características de cada uma das UBS da região (circuladas em vermelho na Figura 3), pormenorizando a forma como se organizam para a assistência aos usuários, assim como sua área de abrangência, estrutura física e parceria de cada uma com as OSS, para operacionalização dos PSF e PACS.

Figura 3 - Principais serviços de saúde do cenário de estudo. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Fonte: Coordenação de Epidemiologia e Informação do Município de São Paulo.

3.2.1.1 - UBS e AMA de Especialidades Dr. Humberto Pascalli – “Santa Cecília”

A UBS Dr. Humberto Pascalli – “Santa Cecília” – localiza-se na Rua Vitorino Carmilo, nº. 599, no bairro Santa Cecília e atende de 2ª à 6ª feira, das 7hs às 19hs. Tem como gerente um profissional médico e configura-se como uma UBS de modelo tradicional com “PSF de rua”, em parceria com a OSS Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto – que desenvolve o “A Gente na Rua”, programa que se operacionaliza nos moldes do PSF, mas consiste na abordagem de pessoas que vivem em situação de rua, encaminhando-as às UBS e monitorando os tratamentos. Vale ressaltar que, no mesmo espaço, localiza-se uma AMA de Especialidades, em parceria com a OSS Sociedade Beneficente das Senhoras do Hospital Sírio Libanês.

A área de abrangência desta UBS é composta pela maior parte dos distritos administrativos da Santa Cecília, República e Consolação, contendo, aproximadamente, 135.000 moradores. São mais de 300 cortiços, ocupações verticais clandestinas, a favela do Moinho (2.400 pessoas) e cerca de 850 pessoas em situação de rua. Ressalta-se que, em seus domínios, encontra-se a maior parte do Elevado Presidente Costa e Silva, vulgarmente conhecido como “Minhocão”, que serve de abrigo para centenas de pessoas em situação de rua. O acesso, portanto, é facilitado pelo fluxo intenso de ônibus e pela proximidade das estações de metrô, trem e importantes avenidas.

Ademais, grande parte da sua área é composta por regiões decadentes da cidade, como o bairro de Campos Elíseos e a região em torno do Elevado. Outrora imponente bairro nobre da Capital, onde se localizavam, entre outras mansões, a residência oficial do Governador do Estado de São Paulo, abriga hoje a região denominada como Cracolândia, além da Favela do Moinho, uma das poucas que ainda restam na Região Central, e que se formou em uma construção abandonada, incrustada entre os trilhos da Linha 7 e da Linha 8 da CPTM, sendo que os moradores, obrigatoriamente, têm de atravessar os trilhos para chegar em suas casas.

Sua estrutura física é composta por três Blocos (A, B e C – sendo que a Vigilância Epidemiológica e a equipe de PSF de rua estão instaladas neste último) com dois andares cada um, em 2.700 m² de área construída. Quanto aos recursos humanos, a UBS conta com agentes de apoio (11), agentes gestores de políticas públicas (16), auxiliares de consultório dentário (2), assistentes sociais (3), auxiliares de enfermagem (32), dentistas (9), enfermeiros (5), fisioterapeutas (2), fonoaudiólogas (2), médicos (9 clínicos, 5 ginecologistas, 7 pediatras, 1 hebiatra, 3 psiquiatras, 1 otorrino, 2 oftalmologistas, 2 radiologistas), nutricionistas (1), psicólogo (4), técnicos de farmácia (2) e terapeutas ocupacionais (1).

Já o AMA de Especialidades conta com cardiologistas (2), ortopedistas (2), neurologista (1), vascular (1), reumatologista (1), urologista (1) e endocrinologista (1). Por fim, a equipe de PSF de rua conta com médico (1) generalista, enfermeiro (1), auxiliares de enfermagem (2), agentes comunitários de saúde de rua (5) e auxiliar administrativo (1); porém, estes não permanecem em tempo integral na Unidade, realizando atividades apenas em determinados dias da semana (terças e quintas-feiras), já que nos dias alternados encontravam-se no Centro de Saúde Escola Dr. Alexandre Vranjac – “Barra Funda” (unidade de atendimento ligada à Secretaria de Estado da Saúde, localizada no distrito homônimo).

O Programa de Controle da Tuberculose é realizado em espaço próprio, em uma sala com bom espaço físico, no segundo andar do bloco C, onde também se localiza a Vigilância Epidemiológica e o PSF de rua – uma das razões pela qual há boa interação entre estes serviços. Há espaço adequado para coleta de escarro e espera dos pacientes em primeira consulta, mas, eventualmente, “misturam-se” pessoas que demandam consultas clínicas e aquelas portadoras de tuberculose (ambas as atividades são exercidas pela mesma médica).

Os responsáveis pelo PCT são três médicas (a chefe da Vigilância – em licença médica durante a coleta de dados –, uma pneumologista – que atende a demanda da UBS – e a última, generalista do PSF Rua). Ademais, há duas enfermeiras (uma da UBS e outra do PSF de rua), além de dois

auxiliares de enfermagem, que possuem forte inserção nas ações de controle e supervisão.

Segundo dados levantados na unidade, no final de Julho de 2008, havia 25 pacientes realizando tratamento supervisionado, sendo que dois deles faziam tratamentos cooperados com SAE DST/Aids – um localizado em Sapopemba, na zona leste, o SAE Herbert de Souza (“Betinho”) e outro localizado na zona central, o SAE Campos Elíseos, albergado na mansão histórica que dá nome ao serviço e ao bairro.

Possuía, ainda, 13 pacientes que realizavam tratamento auto-administrado (4 que passavam por consultas mensais na unidade e 9 se consultavam em consultórios particulares), além de outras 9 pessoas em quimioprofilaxia.

3.2.1.2 - UBS Dr. João de Azevedo Lage – “Humaitá”

A UBS Dr. João de Azevedo Lage – “Humaitá” – localiza-se na Rua Humaitá, nº. 520, no bairro Bela Vista e atende de 2ª à 6ª feira, das 7hs às 19hs. Tem como gerente um profissional médico e configura-se como uma UBS de modelo tradicional com PSF, em parceria com a OSS Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina da Universidade Federal de São Paulo (SPDM / UNIFESP), e “PSF de rua”, com a OSS Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto. Vale ressaltar que, no mesmo espaço, localiza-se a Clínica Odontológica de Especialidades – COE – Professor Alfredo Reis Viegas, com direção dissociada.

A área de abrangência da UBS é composta por partes dos distritos administrativos Liberdade (um terço), Consolação, Sé, República e Bela Vista, contendo, aproximadamente, 53.000 moradores. Sua clientela é caracterizada por um contingente importante de pessoas moradoras em cortiços e trabalhadores que têm atividade na região central da cidade. Outra característica importante para sua organização é a elevada proporção de idosos naquela região. O acesso é facilitado pela proximidade a estações de metrô e importantes avenidas com fluxo intenso de ônibus.

Sua estrutura física é composta por 1 pavimento com 2 andares (sendo que o tratamento supervisionado da tuberculose se localiza no primeiro, em

sala específica) em cerca de 1.000 m² de área construída. Quanto aos recursos humanos, a UBS conta com agentes de apoio (3), agentes gestores de políticas públicas (3), assistentes sociais (2), auxiliares de enfermagem (16), enfermeiros (3), farmacêuticos (1), médicos (3 clínicos, 3 ginecologistas, 3 pediatras e 2 psiquiatras), nutricionistas (1), psicólogo (1), e pesquisador (1).

Já o PSF, conta com 3 equipes, responsáveis por 2.899 famílias, num total de 8.284 pessoas acompanhadas. Segundo informações apreendidas durante a fase de coleta de dados, há déficit de 3 ACS, cujo processo seletivo encontrava-se em andamento. Portanto, de fato, é constituída por médicos generalistas (3), enfermeiros (3), auxiliares de enfermagem (6), agentes comunitários de saúde (15) e auxiliares administrativos (7).

Por fim, a equipe de PSF de rua evidencia déficit de um médico generalista, contando, de fato, com enfermeiro (1), auxiliar de enfermagem (1) e agentes comunitários de saúde de rua (2). Porém, estes não permanecem em tempo integral na Unidade, realizando atividades apenas em determinados dias da semana (segundas, quintas e sextas-feiras), já que, nos dias alternados, atuam na UBS Dr. Armando D'Arienzo – “Nossa Senhora do Brasil”.

O Programa de Controle da Tuberculose é realizado em espaço próprio, em uma sala com bom espaço físico, no andar térreo. O inconveniente deste espaço é que é compartilhado com o setor de entrega de exames, fato que limita o atendimento aos pacientes e o tratamento supervisionado ao período compreendido entre as 07 horas e as 13 horas, pois, a partir das 14 horas, a mesma sala é usada para função supracitada. Inclusive, não é raro que o atendimento aos doentes seja interrompido por usuários que indagam a respeito de seus exames.

Há espaço adequado para coleta de escarro, mas, durante a coleta de dados, verificou-se que o volume excessivo de pessoas em espaço físico muito limitado parecia comprometer o desenvolvimento de certas ações e atividades de saúde, inclusive aquelas que se referem ao controle da tuberculose – a sala de espera, por exemplo, concentrava todos os usuários, independentemente do tipo de enfermidade.

A responsável pelo PCT era uma médica (em licença durante a coleta de dados) e duas auxiliares de enfermagem tinham maior vínculo e contato com os doentes.

Segundo dados levantados na unidade, no final de julho de 2008, 12 pacientes realizavam tratamento supervisionado, sendo que dois deles faziam tratamentos cooperados (com o Instituto Clemente Ferreira e com o SAE DST/AIDS Campos Elíseos), e outros dois faltavam há quase um mês (posteriormente, configuraram o abandono do tratamento). Possuía, ainda, 3 pacientes que realizavam tratamento auto-administrado, com consultas mensais na unidade e nenhum realizando quimioprofilaxia.

3.2.1.3 - UBS Dr. Octavio Augusto Rodovalho – “Bom Retiro”

A UBS Dr. Octavio Augusto Rodovalho – “Bom Retiro” – localiza-se na Rua Tenente Pena, nº. 8, no bairro Bom Retiro e atende de 2ª à 6ª feira, das 7hs às 19hs. Sua gerente é uma profissional médica e configura-se como uma UBS de modelo tradicional com PSF, em parceria com a OSS Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

A área de abrangência desta UBS é composta pelo distrito administrativo Bom Retiro e por partes da Santa Cecília, Sé e República, contendo, aproximadamente, 16.624 moradores. Sua clientela é caracterizada pela diversidade cultural e religiosa, decorrente dos vários fluxos migratórios na região, que trouxeram latinos (principalmente peruanos e bolivianos), judeus de várias origens, italianos, portugueses, espanhóis, gregos e, mais atualmente, coreanos.

Este dado é muito importante, pois demanda dos serviços de saúde que organizem sua assistência e incluam o atendimento às necessidades desses indivíduos: a título de exemplo, nesta UBS, foram contratados agentes comunitários de saúde oriundos da Bolívia, no sentido de atuarem como interlocutores no processo de assistência, haja vista que esta envolve situações que se referem à cultura e valores distintos.

Outra característica da região de abrangência da UBS é o comércio e a fabricação de artigos de vestuário, o que propiciou a proliferação de oficinas de costura nas redondezas, transformando-se num pólo de turismo e

negócios. Em função dessa característica, é grande o afluxo diário de trabalhadores e visitantes, fato que aumenta a demanda de atendimentos eventuais na unidade. O acesso é facilitado pela proximidade de estações de metrô, trem e importantes avenidas com fluxo intenso de ônibus.

Sua estrutura física é composta por 1 pavimento com um único andar (sendo que o tratamento supervisionado é feito na mesma sala de atendimento e acolhimento de outras demandas), em cerca de 400 m² de área construída. Quanto aos recursos humanos, a UBS conta com um agente de apoio, um agente gestor de políticas públicas, uma assistente social, duas auxiliares de enfermagem, uma enfermeira e um médico.

Já o PSF conta com 3 equipes, responsáveis por 3.044 famílias, num total de 10.629 pessoas acompanhadas. Segundo informações apreendidas durante a fase de coleta de dados, há déficit de um médico generalista, aguardando contratação. Portanto, de fato, esta equipe conta com médicos generalistas (2), enfermeiros (3), auxiliares de enfermagem (6), agentes comunitários de saúde (13) – sendo dois de origem boliviana – e auxiliares administrativos (3).

O Programa de Controle da Tuberculose na unidade não é realizado em espaço próprio, mas na mesma sala de atendimento e acolhimento de outras demandas. O inconveniente, por razões óbvias, é a concentração de todos os usuários em um pequeno corredor, independentemente do tipo de enfermidade. Há espaço adequado para coleta de escarro.

A responsável pelo PCT é uma enfermeira (do PSF) e, é interessante notar, que, durante a coleta de dados, houve referência ao fato de que a UBS sofreu muita resistência por parte dos funcionários para a implantação do tratamento supervisionado, supostamente por preconceito.

Segundo dados levantados na unidade, no final de Julho de 2008, a UBS possuía 10 pacientes realizando tratamento supervisionado (dois deles em tratamento cooperado com o Instituto Clemente Ferreira), sendo que nove eram bolivianos e apenas uma brasileira (de classe média / alta, que foi convencida a fazer o tratamento supervisionado em vez do auto-administrado). Não havia pacientes em tratamento auto-administrado

naquele momento e três crianças bolivianas (com, no máximo, 8 anos de idade) realizavam quimioprofilaxia.

3.2.1.4 - UBS Dr. Armando D'Arienzo – “Nossa Senhora do Brasil”

A UBS Armando D'Arienzo – “Nossa Senhora do Brasil” – localiza-se na Rua Almirante Marques de Leão, 684, no bairro Bela Vista e atende de 2ª à 6ª feira, das 7hs às 17hs. Sua gerente é médica e configura-se como uma UBS de modelo tradicional, com PSF em parceria com a OSS SPDM / UNIFESP e “PSF de rua”, com a OSS Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto.

A área de abrangência da UBS é composta pelos distritos administrativos Bela Vista, Consolação e República, sendo composta por 52.230 moradores. Sua clientela apresenta grandes contrastes sócio-econômicos, variando desde grupos sociais com alto poder aquisitivo, que residem em moradias luxuosas, até bolsões de grupos dos mais baixos estratos sociais, que ocupam moradias coletivas (cortiços), horizontais e verticais. O acesso à UBS é facilitado pela proximidade de estações de metrô e importantes avenidas com fluxo intenso de ônibus.

Sua estrutura física é composta por dois pavimentos com três andares. A Vigilância Epidemiológica e o Tratamento Supervisionado da tuberculose localizam-se em andares diferentes, sendo que o DOTS ocorre no térreo, na mesma sala onde são realizados os procedimentos gerais. A Unidade ocupa cerca de 2.000 m² de área construída.

Quanto aos recursos humanos, a UBS conta com agentes gestores de políticas públicas (2), assistente social (1), auxiliares de enfermagem (3), odontólogos (4), enfermeiros (2), fonoaudiólogo (1), médicos (2 clínicos, 2 ginecologistas, 3 pediatras, 2 psiquiatras e 1 sanitarista), nutricionista (1), psicólogo (1) e terapeuta ocupacional (1).

Já o PSF, conta com três equipes, responsáveis por 3.000 famílias, num total de 7.900 pessoas. Segundo informações apreendidas durante a fase de coleta de dados, há déficit de dois médicos generalistas – um se desligou do serviço no primeiro dia da coleta de dados e outra se encontrava em licença médica. Portanto, de fato, possuíam médico

generalista (1), enfermeiros (3), auxiliares de enfermagem (6), agentes comunitários de saúde (18) e auxiliares administrativos (8).

Por fim, a equipe de PSF de rua também evidencia déficit de profissionais (um médico generalista), contando com um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e dois Agentes Comunitários de Saúde de Rua. Porém, estes não permanecem em tempo integral na Unidade, realizando atividades apenas em determinados dias da semana (terças e quartas), já que, nos dias alternados, atuavam na UBS Dr. João de Azevedo Lage – “Humaitá”.

O Programa de Controle da Tuberculose é realizado em espaço próprio, em uma sala com bom espaço físico, no andar térreo, onde também funciona a sala de procedimentos. Há espaço adequado para coleta de escarro e não há espera conjunta dos pacientes que demandam consultas clínicas e as específicas de tuberculose.

Os responsáveis pelo PCT são um médico e uma enfermeira, que reconhecem que sua ótima estrutura é subutilizada, haja vista que apenas pequena parte da população da área de abrangência faz uso dos seus serviços (justamente aquela advinda dos estratos sociais mais baixos).

Segundo dados levantados na Unidade, no final de julho de 2008, a UBS possuía 2 pacientes em tratamento supervisionado. Não possuía pacientes que realizavam tratamento auto-administrado ou quimioprevenção.

3.2.1.5 - UBS Cambuci

A UBS Cambuci localiza-se na Avenida Lacerda Franco, 791, no bairro Cambuci e atende de 2ª à 6ª feira, das 7hs às 19hs. Sua gerente é assistente social e configura-se como uma UBS de modelo tradicional com PSF (em parceria com as OSS SPDM / UNIFESP e Congregação das Irmãs Hospitalares do Sagrado Coração de Jesus) e “PSF de rua” (com a OSS Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto).

A área de abrangência desta UBS é composta pelo distrito administrativo Cambuci e a maior parte (cerca de dois terços) da Liberdade, contendo, aproximadamente, 70.000 moradores. Sua clientela é constituída por adultos de classe média, haja vista que sua região é, basicamente,

residencial, com apenas alguns pontos de forte concentração comercial e de serviços. Possui, ainda, algumas regiões fisicamente degradadas, onde se concentram moradores de baixa renda. O acesso é facilitado pela proximidade de estações de trem e importantes avenidas com fluxo intenso de ônibus.

Vale notar que a Unidade participava do FERCAL – Fórum de Entidades da Região Cambuci, Aclimação e Liberdade – na qual se reuniam, há cerca de dois anos, os equipamentos sociais daquelas áreas, para discutir e planejar estratégias e ações voltadas à população em situação de risco social. A proposta é a construção coletiva e em rede, com atendimento integrado e articulado, em uma tentativa de redução da vulnerabilidade social da população. Integram o FERCAL, mais de 30 equipamentos sociais desta região.

Sua estrutura física é composta por um pavimento com um único andar (o tratamento supervisionado da tuberculose não possui espaço delimitado) em cerca de 500 m² de área construída. Quanto aos recursos humanos, a UBS conta com agente de apoio (1), agentes gestores de políticas públicas (3), assistente social (1), auxiliares de enfermagem (5), dentistas (3), enfermeiros (2), fisioterapeuta (1), fonoaudiólogas (2), médicos (2 clínicos, 2 ginecologistas, 3 pediatras, 1 geriatra e 1 sanitarista), nutricionista (1), psicólogo (2), educador em saúde (1) e terapeuta ocupacional (1).

Já o PSF, conta com quatro equipes, responsáveis por 3.100 famílias, num total de 9.500 pessoas. Possuem médicos generalistas (4), enfermeiros (4), auxiliares de enfermagem (8), agentes comunitários de saúde (24) e auxiliares administrativos (10). A partir de agosto de 2008, mês seguinte ao início da coleta de dados, passou a contar, ainda, com duas equipes específicas para população com vulnerabilidade social e/ou de rua. Para esta finalidade, dispõe de médicos generalistas (2), enfermeiros (2), auxiliares de enfermagem (2) e agentes comunitários de saúde de rua (4).

O Programa de Controle da Tuberculose não possui qualquer espaço delimitado, sendo este o principal problema relatado pelos profissionais: ausência de estrutura física para atender adequadamente a grande demanda de pessoas com tuberculose em sua área de abrangência.

Os responsáveis pelo PCT eram uma médica e uma enfermeira (do PSF). É interessante notar que, nesta Unidade, ocorre o inverso da UBS Dr. Armando D'Arienzo – “Nossa Senhora do Brasil”: se naquela havia ótima estrutura, subutilizada, devido à baixa demanda na área de abrangência, aqui há uma demanda muito maior do que a capacidade de resposta do serviço.

Por esta razão, segundo dados levantados na UBS no final de julho de 2008, havia mais pacientes em tratamento auto-administrado (11) do que em tratamento supervisionado (apenas dois). Ademais, durante a coleta de dados, quatro pacientes tiveram seus diagnósticos mudados e um morreu (morador de rua, cujo tratamento era cooperado com o Hospital Municipal do Tatuapé). À época da coleta, três pacientes realizavam quimioprofilaxia.

3.3 – Delineamento do Estudo

Trata-se de estudo transversal, exploratório e descritivo.

3.4 – Coleta de Dados

3.4.1 – Período

Tendo em vista que este estudo integrou um Projeto-Matriz – cuja coleta de dados já havia sido desencadeada em outros cenários – fez-se necessário acompanhar esse movimento. Sendo assim, as atividades de coleta se iniciassem em Julho de 2008, encerrando-se 3 meses depois, em Setembro.

3.4.2 – Instrumentos

Foi utilizado o instrumento *Primary Care Assessment Tool*, desenvolvido na Universidade de Johns Hopkins, por Starfield e Macinko, e validado para avaliar os aspectos críticos da atenção primária em países industrializados (Starfield, 2002). Este instrumento foi adaptado e validado para o Brasil, por Almeida e Macinko (2006), por meio de sua aplicação no município de Petrópolis/RJ.

Tal instrumento (questionário) foi readequado, com o foco na atenção à TB, pelo Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacionais em Tuberculose da REDE-TB. Por fim, o núcleo de pesquisa na região da Sé, representado por integrantes do Grupo de Pesquisa “Vulnerabilidade, Adesão e Necessidades em Saúde Coletiva”, incorporou, articuladamente à dimensão vínculo, a categoria “adesão ao tratamento”.

Desta forma, os questionários continham perguntas específicas sobre cada dimensão essencial da Atenção Básica: porta de entrada, acesso, elenco de serviços, vínculo (articulado à adesão), coordenação da atenção, enfoque na família, orientação para a comunidade e formação profissional para o controle da TB.

Embora tais instrumentos se adequassem à percepção específica de usuários (Anexo I) e profissionais de saúde (Anexo II), as perguntas versavam sobre os mesmos temas, permitindo a comparação, entre as diferentes perspectivas, da frequência com que os sujeitos relatavam a ocorrência dos elementos ou eventos relacionados à operacionalização das dimensões supracitadas, com vistas ao controle da tuberculose.

3.4.3 – Etapas da Coleta

De acordo com Lefèvre e Lefèvre (2003), todo instrumento de pesquisa precisa ser previamente testado em sujeitos semelhantes ou equivalentes aos que serão pesquisados. Sendo assim, uma vez que foram introduzidas questões específicas relacionadas à adesão ao tratamento, o instrumento foi pré-testado em uma UBS de região próxima ao cenário do presente estudo.

Para a coleta, foi realizado o treinamento dos entrevistadores (contratados, especificamente, para a aplicação do instrumento), e, com o intuito de complementar o treinamento e assegurar a superação de possíveis imprevistos, eles foram acompanhados em todos os momentos do trabalho de campo por um dos coordenadores da pesquisa.

O número de entrevistas por UBS variou em função do percentual de doentes e profissionais, durando, em média, uma hora, sendo que as entrevistas ocorreram nas salas do PCT, da Vigilância Epidemiológica, em consultórios ou nas salas de espera das Unidades.

3.4.4 – Critérios de Inclusão

Os critérios de Inclusão adotados no estudo foram os seguintes:

1. Pacientes portadores de tuberculose, maiores de dezoito anos, fora do sistema prisional e em tratamento há, pelo menos, um mês, e ainda não finalizado.
2. Profissionais de Saúde, que atuavam nas ações de controle da enfermidade.

3.4.5 – População de Estudo

No início do mês de Julho de 2008, havia um total de 78 pacientes em tratamento para tuberculose na Subprefeitura Sé, sendo que, aproximadamente, a metade tratava-se na UBS Santa Cecília (38), 18,75% (15) na UBS Humaitá, 12,5% (10) na UBS Bom Retiro, 2,5% (02) na UBS Nossa Senhora do Brasil e 16,25% (13) na UBS Cambuci.

Contudo, conforme descrito no tópico “cenário de estudo”, sete pacientes (8,75%) não prosseguiram o tratamento, seja porque abandonaram o tratamento (2,5% - 2), tiveram seu diagnóstico mudado (5,0% - 4) ou faleceram (1,25% - 1).

Ademais, 10 usuários (12,5%) não atenderam os critérios de inclusão do estudo, seja porque eram menores de dezoito anos (3,75% - 3) ou porque estavam no primeiro mês tratamento (8,75% - 7).

Por fim, oito pacientes (10,0%) optaram por não participar da pesquisa, perfazendo um total de 25 usuários não participantes (31,25%) e 53 (68,75%) participantes do estudo, como pode ser observado na Tabela 10.

Tabela 10 - Contingente de usuários entrevistados por UBS no cenário de estudo. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

UBS	Entrevistados	%	Não Entrevistados	%	Total	%
Santa Cecília	28	37,50	10	12,50	38	50,00
Humaitá	12	15,00	03	3,75	15	18,75
Bom Retiro	09	11,25	01	1,25	10	12,50
Nossa Senhora do Brasil	02	2,50	0	0	02	2,50
Cambuci	02	2,50	11	13,75	13	16,25
Total	53	68,75	25	31,25	78	100,00

Já em se tratando de profissionais de saúde, havia um total de 40 trabalhadores (distribuídos nas UBS e PSF tradicional e de rua), que atuavam no cotidiano do PCT. Destes, 05 eram médicos (12,5%), 09 enfermeiros (22,5%), 02 técnicos de enfermagem (5%), 12 auxiliares de enfermagem (30%) e 12 agentes comunitários de saúde (30%). Nenhum profissional se recusou a participar (Tabela 11).

Tabela 11 - Contingente de profissionais entrevistados por UBS no cenário de estudo. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

UBS	Entrevistados	%
Santa Cecília	12	30,0
Humaitá	06	15,0
Bom Retiro	11	27,5
Nossa Senhora do Brasil	06	15,0
Cambuci	05	12,5
Total	40	100,0

3.4.6 – Análise dos Dados

Os dados foram sistematizados em dois bancos (um para cada sujeito de estudo), através do programa Microsoft Excel 2003. Em seguida, procedeu-se a análise da frequência das variáveis relacionadas à caracterização dos usuários e profissionais, assim como dos elementos que compõem as dimensões acesso, vínculo e adesão, através do software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), produzido pela empresa homônima.

3.5 – Considerações sobre Questões Éticas da Pesquisa

A pesquisa observou as recomendações da Resolução nº. 196, de 10/10/1996, do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa Científica em Seres Humanos: antes de dar início à coleta dos dados, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (CEP/SMS), sendo aprovado no dia 20 de Março de 2008 (Anexo III).

Uma vez que foram introduzidas questões específicas relacionadas à adesão ao tratamento, foi necessária solicitação de novo parecer junto ao CEP/SMS, tendo sido obtida aprovação no dia 15 de julho de 2008 (Anexo IV). A coleta de dados ainda foi submetida à autorização da Supervisão Técnica de Saúde da Região da Sé, que emitiu parecer favorável no dia 14 de Julho de 2008 (Anexo V).

Todos os pacientes, profissionais de saúde e gerentes, cujas entrevistas compuseram este estudo, formalizaram sua participação mediante ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos VI e VII).

4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 – Caracterização dos usuários portadores de Tuberculose e dos profissionais que os assistem

Conforme anteriormente posto, o objeto deste estudo está centrado na análise do acesso e do vínculo, dimensões essenciais da Atenção Primária em Saúde, segundo o enfoque adotado por Starfield (2002), acrescidas da adesão ao tratamento, que tem sido defendida por Bertolozzi (1998, 2005), como categoria constitutiva da organização dos serviços de saúde, no âmbito da Atenção Básica.

Uma vez que a presente investigação também está pautada na determinação social do processo saúde-doença, considera-se imprescindível conhecer as características que definem o perfil epidemiológico dos usuários portadores de TB, inclusive, em relação à formação e atuação dos profissionais de saúde, a fim de proceder à análise contextualizada das dimensões supracitadas.

Nesta perspectiva, a observação da distribuição dos usuários, segundo variáveis sócio-demográficas (Tabela 12), evidencia que 79,2% dos entrevistados eram homens e apenas 20,8% eram mulheres.

A primazia de doentes do sexo masculino é corroborada por Nogueira et al. (2001) que, ao analisarem o perfil dos usuários atendidos, entre 1989 a 1999, em uma unidade da Atenção Básica de região próxima ao cenário estudado, observaram que 58% dos doentes pertenciam ao sexo masculino e 42% ao feminino.

A maior incidência da doença entre homens, também é documentada no Município de São Paulo, ocorrendo, de acordo com os últimos dados disponíveis, em proporção de 2,15 homens para cada mulher (Município de São Paulo, 2004).

Pesquisas realizadas em outro município do Estado de São Paulo (São José do Rio Preto) apontam, ainda, que a chance de adoecer por tuberculose, em adultos, pode ser até quatro vezes maior nos homens do que em mulheres (Gazetta, 2004; Vendramini et al., 2005).

Tabela 12 - Distribuição dos usuários segundo variáveis sócio-demográficas. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Indicador	Variável	Nº	%
Sexo	Feminino	11	20,8
	Masculino	42	79,2
	Total	53	100,0
Faixa Etária	18-29 anos	17	32,1
	30-39 anos	09	17,0
	40-49 anos	11	20,8
	50-59 anos	12	22,6
	60 ou mais	04	7,5
	Total	53	100,0
Escolaridade	Analfabetos	04	7,5
	1ª fase do ensino fundamental (incompleto)	16	30,2
	1ª fase do ensino fundamental (completo)	06	11,3
	2ª fase do ensino fundamental (incompleto)	15	28,3
	2ª fase do ensino fundamental (completo)	05	9,4
	Ensino Médio (incompleto)	02	3,8
	Ensino médio (completo)	03	5,7
	Ensino superior (incompleto)	02	3,8
	Total	53	100,0

Martinez et al. (2000), em estudo realizado em San Francisco (EUA), sobre as diferenças de sexo na epidemiologia da tuberculose, relatam que o número de casos novos, até os 24 anos, foram similares em ambos os sexos, idade que marcou o aumento da incidência entre os homens, tornando-se duas vezes maior, a partir de então.

De fato, segundo a OMS (2009), na maior parte do mundo, mais homens são acometidos (cerca de três homens para cada mulher) e morrem

com a doença (cerca quatro homens para cada mulher); no entanto, a tuberculose é a principal causa infecciosa de morte entre as mulheres.

Anualmente, mais de três milhões de mulheres contraem a doença e cerca de 750 mil morrem por tuberculose e, como a enfermidade afeta principalmente as mulheres na faixa economicamente ativa e em idade reprodutiva, o impacto da doença também é fortemente sentido pelas crianças e por suas famílias (OMS, 2009).

Holmes et al. (1998), em artigo de revisão sobre as diferenças de sexo em relação à tuberculose, apontaram que as taxas de infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* são semelhantes em homens e mulheres até, aproximadamente, os 14 anos, período após o qual, a prevalência entre os homens se torna de 20% a 71% maior do que entre as mulheres.

Estes autores apontam, ainda, duas hipóteses, não necessariamente excludentes, para tal fenômeno: a primeira, de que as diferenças no convívio social entre homens e mulheres, após a adolescência, leva à uma maior exposição ao bacilo e à possível infecção; a segunda, de que, por causa de sistemas de informações deficientes – principalmente nos países em desenvolvimento – existiria a possibilidade de sub-notificação entre as mulheres.

Neste sentido, Caracta (2003), em outra revisão científica sobre o assunto, afirma que o gênero influencia não apenas diferenças fisiológicas, mas também sociais, econômicas e culturais, que podem servir como agravantes ou atenuantes para incidência da doença. Martinez et al. (2000) fortalecem tais hipóteses, indicando que há diferença entre os sexos em relação aos fatores sócio-culturais – como o tipo e forma de exposição e acesso aos serviços – e biológicos – como o papel dos hormônios sexuais para a proteção ou progresso da doença, que, por sua vez, podem interferir na infecção e na reativação da doença.

Vale ressaltar que Lienhardt et al., (1998), em estudo realizado na Gâmbia, afirmam que as mulheres tiveram maior probabilidade de se curarem do que os homens. Portanto, embora não estejam totalmente esclarecidas, o conhecimento de que tais diferenças existem é imprescindível para o efetivo controle da tuberculose (Diwan, Thorson, 1999).

Com relação à idade (Tabela 12), a maioria dos usuários entrevistados (69,9% - 37) encontrava-se na faixa etária economicamente ativa, sendo que 32,1% (17) tinham entre 18 e 29 anos, 17% (9) entre 30 e 39 anos e, 20,8% (11) entre 40 e 49 anos, fato que desencadeia repercussões socioeconômicas, especialmente em um país com características de subdesenvolvimento, como o Brasil.

Tais dados já eram esperados, uma vez que são amplamente discutidos na literatura nacional e mundial, tendo em vista que 75% dos casos de tuberculose ocorrem na faixa etária economicamente ativa, correspondente aos 15 a 49 anos (Mangtani et al., 1995; OMS, 2000b; Gazetta, 2004; Hijjar, 2005a; Vendramini et al., 2005; Ruffino-Netto, Villa, 2006).

Contudo, cabe ressaltar o considerável contingente de usuários entrevistados no presente estudo, com 50 anos ou mais (30,1%). Projeções recentes do Estudo Econômico e Social Mundial da ONU apontam que a população idosa terá crescido 224%, no período compreendido entre 1975 e 2025, enquanto que a população geral crescerá 102%. Ademais, até 2050, praticamente 80% da população mundial com idade superior a 60 anos viverá em países em desenvolvimento (ONU, 2009).

Neste contexto, o Brasil tem, atualmente, 14,5 milhões de pessoas consideradas idosas (com 60 anos ou mais), o que totaliza 8,6% da população, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com base no Censo 2000. Ainda de acordo com o Instituto, a população brasileira vive, em média, 68,6 anos, sendo 2,5 anos a mais do que no início da década de 90. Estima-se, ainda, que em 2020, a população idosa chegará a 30 milhões de pessoas (13% da população), e a expectativa de vida aos 70,3 anos (IBGE, 2009).

Tal processo de envelhecimento configura-se, portanto, como uma questão de saúde emergente e complexa, uma vez que determina uma série de modificações nas formas de viver e trabalhar dos indivíduos, bem como no seu processo saúde-doença e, por consequência, em maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos, inclusive a tuberculose, particularmente, no que tange às instituições para idosos, que constituem grandes fontes de transmissão da doença (Vendramini et al., 2003).

Sobre esta temática, Chaimowicz (2001), em estudo sobre a transição etária da incidência e mortalidade por tuberculose no Brasil, afirma que a incidência de tuberculose no País começa a ser deslocada para a faixa etária correspondente aos idosos, contribuindo, para tal fato, a redução do risco de infecção na comunidade e o crescimento da população de idosos. O autor salienta, ainda, que a dificuldade em estabelecer-se o diagnóstico nessa faixa etária, determina elevada mortalidade.

É interessante notar que, de acordo com a última Pesquisa sobre Padrões de Vida (IBGE, 2000), a variável idade foi a mais relevante, seguida pelo número de anos de estudo, na percepção do estado de saúde de indivíduos com vinte anos ou mais. Neste sentido, em se tratando da escolaridade (Tabela 12), a grande maioria (77,3% - 41) dos usuários entrevistados não tinha completado o ensino fundamental (1^o à 8^o série), sendo que 30,2% (16) sequer tinham completado sua 1^a fase (1^a à 4^a série) e, outros 7,5% (4), eram analfabetos.

Fonseca et al. (2000) argumentam que a escolaridade tem sido apontada como o melhor, dentre os indicadores utilizados para mensurar o nível sócio-econômico, justamente por ser fácil de ser obtido e ter uma grande importância como determinante de saúde, manifestando-se na percepção e capacidade de entendimento das informações e problemas de saúde; na adoção de estilos de vida saudáveis; no consumo e utilização dos serviços de saúde; e na adesão aos procedimentos terapêuticos.

Nesta perspectiva, o baixo nível de escolaridade é reflexo de um conjunto de condições sócio-econômicas precárias, que aumentam a vulnerabilidade à tuberculose e estão diretamente associadas com fraca adesão e resultados negativos ao tratamento (Goncalves et al., 1999; Costa et al., 1998; Bertolozzi, 1991, 1998, 2005; Santos et al., 2007).

Menezes et al. (1998), em estudo realizado em Pelotas (RS), demonstraram que o risco para desenvolver a tuberculose, em pacientes analfabetos, foi 6,6 vezes maior do que quando comparado àqueles que possuem nível superior. Sassaki (2006), em tese acerca de fatores preditivos para o resultado de tratamento da TB em Recife (PE), demonstrou que existia associação entre a categoria “8 a 11 anos” de estudos concluídos e o

resultado favorável de tratamento da TB, de tal forma que estes indivíduos tiveram chance 1,5 vezes maior de cura.

Também Severo et al. (2007), em estudo observacional e retrospectivo acerca de pacientes internados com tuberculose no Hospital Nestor Goulart Reis, de Américo Brasiliense (SP), no período de 1994 a 2004, constataram que 74% dos pacientes internados apresentavam baixo nível de escolaridade (ensino fundamental incompleto).

Quanto ao estado civil (Tabela 13), observa-se que 45,3% (24) dos entrevistados se consideravam solteiros, porcentagem que, se somada aos separados / divorciados (18,9% - 10) e viúvos (5,7% - 3), totaliza 69,9% (37) que não tinham companheiros. Já a porcentagem de casados foi de 24,4% (13), os quais, se somados à condição “outros” (5,7% - 3), que incluem aqueles que viviam com um companheiro, totalizam 30,1% (16).

Tais dados também são considerados relevantes para a adesão e desfecho do tratamento, tal qual revelam Gonçalves et al. (1999), em estudo sobre a adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas (RS). Os autores observaram que os homens casados procuram seguir corretamente o tratamento, principalmente, por acreditar que podem retornar às atividades laborais com o mesmo vigor que possuíam antes.

Em contrapartida, os homens mais jovens, solteiros e os separados têm preocupações mais diluídas sobre a doença e aderem menos às recomendações médicas, procurando preservar seu modo de vida (festas, bebida, fumo) sem alterações, mesmo quando debilitados fisicamente (Gonçalves et al., 1999).

Lima et al. (2001) avaliaram o atendimento, a percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos usuários, constatando que um número maior de solteiros abandonou o tratamento em relação aos casados, separados ou viúvos. Resultados semelhantes foram encontrados em Hong Kong, onde a categoria de viúvos e divorciados foi associada com o risco de contrair a doença (Leung et al., 2004).

Tabela 13 - Distribuição dos usuários segundo variáveis sócio-demográficas. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Indicador	Variável	Nº	%
Estado Civil	Solteiro	24	45,3
	Casado	13	24,4
	Separado / Divorciado	10	18,9
	Viúvo	03	5,7
	Outros (Amasiados)	03	5,7
	Total	53	100,0
Nacionalidade	Brasileira	44	83,0
	Boliviana	09	17,0
	Total	53	100,0

Por fim, no que tange à nacionalidade (Tabela 13), evidencia-se que 17% (9) dos usuários entrevistados eram bolivianos. Segundo o Departamento de Estrangeiros do Ministério da Justiça, a comunidade boliviana regularmente registrada na cidade de São Paulo, em fevereiro de 2008, era de 35.050 pessoas, mas, de acordo com a literatura consultada, seu número pode ser de até 100 mil pessoas, ou seja, existiriam até 65 mil bolivianos residindo ilegalmente em São Paulo (Azevedo, 2005; Cacciamali, Azevedo, 2005; Almeida Teles, 2008; Illes, Timóteo, Fiorucci, 2008).

Com relação ao perfil de seus membros, estima-se que uma minoria de origem boliviana se constitui de profissionais liberais, comerciantes e donos de oficina, enquanto dois terços (Cacciamali, Azevedo, 2005) a 90% (Almeida Teles, 2008) trabalha em confecções (em condições irregulares), que pertencem a coreanos, brasileiros ou mesmo bolivianos. A maioria é do sexo masculino (55%), não ou pouco qualificado para a realização de atividades laborais e entre 20 e 40 anos. As mulheres são jovens (em sua maioria, na faixa dos 18 aos 30 anos de idade) e as famílias vêm constituídas ou logo se formam, apresentando, em geral, crianças pequenas (Azevedo, 2005; Cacciamali, Azevedo, 2005; Almeida Teles, 2008; Illes, Timóteo, Fiorucci, 2008).

Note-se que a grande maioria dos bolivianos trabalha e mora no mesmo local insalubre onde estão instaladas as oficinas de costura, o que traz sérios problemas para a saúde, dentre os quais, um dos mais graves, é a tuberculose (Illes, Timóteo, Fiorucci; 2008). Tendo em vista que o levantamento bibliográfico para este estudo não encontrou dados concretos sobre a incidência da enfermidade na comunidade boliviana da região central, se considerarmos como verdadeiras:

1) as estimativas mais amplas sobre a população desta nacionalidade, residente na região central (100 mil pessoas);

2) que o número de bolivianos doentes encontrado neste estudo (9) representa um número aproximado de casos novos que chegam às unidades de saúde durante um trimestre (o presente estudo levantou pacientes entre Julho e Setembro de 2008);

3) estimar-se-ia uma incidência mínima de 36 casos por 100.000 habitantes bolivianos (legais e ilegais) residentes em São Paulo.

Se considerarmos, ainda, que a população de indivíduos ilegais é semelhante à de pessoas regularmente registradas (35.050), o total de indivíduos desta comunidade pode ser consideravelmente menor (entre 50 e 70 mil pessoas), permitindo-nos inferir uma incidência entre 52 e 72 casos por 100.000 habitantes ilegais. Entretanto, tais dados devem ser tomados com cautela, uma vez que se tratam apenas de estimativas.

De acordo com Cacciamali e Azevedo (2005), a explicação para a grande imigração de bolivianos tem três hipóteses: a baixa expectativa de desenvolvimento da Bolívia, que se origina de sua estrutura social e econômica; sua instabilidade política; e a miséria de determinadas regiões. Neste contexto, Brasil e Argentina constituem-se em pólos receptores dos emigrantes mais pobres, devido ao baixo custo de transporte e à extensa fronteira que separa a Bolívia dos dois países. No entanto, as sucessivas crises econômicas e sociais da Argentina, desde meados da década de 1990, redirecionaram e intensificam o fluxo de emigração para o Brasil.

Tabela 14 - Distribuição dos usuários segundo variáveis relacionadas à moradia.
Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Indicador	Variável	Nº	%
Propriedade de Moradia	Própria	05	9,5
	Alugada	21	39,6
	Cedida / Invadida	04	7,5
	Albergue	12	22,6
	Não tem moradia	11	20,8
	Total	53	100,0
Tipo de Moradia	Alvenaria	42	100,0
	Madeira	0	0
	Material Reciclável	0	0
	Outros	0	0
	Total *	42	100,0
Número de cômodos da moradia, incluindo o banheiro	1 Cômodo	02	4,8
	2 Cômodos	08	19,0
	3 Cômodos	08	19,0
	4 Cômodos	09	21,4
	5 ou mais Cômodos	15	35,8
	Total *	42	100,0

* Excluídos os 11 indivíduos que relataram viver em situação de rua.

No que diz respeito às condições de vida dos sujeitos do presente estudo, a Tabela 14 apresenta a distribuição dos usuários segundo variáveis relacionadas à moradia, permitindo observar que quase metade dos entrevistados (43,4% - 23) viviam nas ruas (20,8% - 11) ou em albergues (22,6% - 12). Ademais, 7,5% (4) viviam em locais cedidos / invadidos e

outros 39,6% (21) em casas alugadas. É importante notar que apenas 9,5% (5) possuíam casa própria.

Segundo Vieira, Bezerra e Rosa (1994), população de rua é o segmento de baixíssima renda que, por contingência temporária ou de forma permanente, pernoita nos logradouros da cidade – praças, calçadas, marquises, jardins, baixos de viaduto – em locais abandonados, terrenos baldios, cemitérios e também em albergues públicos ou de organizações sociais.

A última pesquisa nacional sobre esta população, realizada entre 2007 e 2008, identificou 31.922 pessoas vivendo em situação de rua, num conjunto de 71 municípios brasileiros (sendo 48 com mais de 300 mil habitantes e 23 capitais). Entretanto, o total destas pessoas deve ser mais elevado, haja vista que capitais como São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre, não integraram o estudo, pois haviam realizado pesquisas semelhantes em anos recentes (Brasil, 2008a).

O perfil traçado revela que esta população é, predominantemente, masculina (82%), em idade economicamente ativa (53% possuíam entre 25 e 44 anos) e com baixa escolaridade (63,5% não haviam completado o ensino fundamental, sendo que 15,1% relataram nunca ter estudado). Cabe frisar que características semelhantes foram encontradas nos usuários que compuseram este estudo (Brasil, 2008a).

Com relação ao município de São Paulo, segundo Vieira, Bezerra e Rosa (1994), à época do primeiro recenseamento da população de rua, em 1992, havia 3.392 pessoas nesta situação. Traçando um paralelo com o estudo mais recente sobre o perfil destas pessoas na cidade, ocorrido em 2003, que estimou 10.399 pessoas nessa condição (Município de São Paulo, 2003), evidencia-se que, em cerca de dez anos, a população em situação de rua triplicou.

Ainda com relação à última pesquisa municipal, tal qual a pesquisa nacional, nota-se a predominância masculina, seja para os albergados (87%), seja para as pessoas que pernoitavam nas ruas (80%). Acerca da idade, a população albergada mostrou-se um pouco mais velha do que a encontrada nas ruas, sendo que a maioria das pessoas que pernoitavam nas

ruas (28,3%), tinha entre 26 a 40 anos, enquanto que nos albergues, a faixa etária preponderante era a de 41 a 55 anos – 38,2%. Destaca-se que 43% do total de pessoas nesta situação (4.470) viviam na região central da cidade, local onde ocorreu o presente estudo (Município de São Paulo, 2003).

Diversas iniciativas no centro da cidade de São Paulo, como as operações de revitalização, nos bairros da Luz e do Glicério, e as ações de repressão ao comércio ambulante, bem documentadas no Dossiê Denúncia do Fórum “Centro Vivo” (2005), evidenciam situações de violência e violações aos direitos humanos da população em situação de rua, constituindo parte de um processo de exclusão, no qual, segundo Castell (1998), os indivíduos transitam da integração à vulnerabilidade e, desta, para a inexistência social.

Ainda de acordo com o autor, o conceito de exclusão aparece quando, no contexto social, tornou-se impossível a formalização do vínculo com o sistema de produção e reprodução social. Enfatiza-se que os “excluídos” não constituem um grupo homogêneo, perfazendo, mais precisamente, coleção de indivíduos separados de seus pertencimentos coletivos, entregues a si próprios e que acumulam a maior parte das desvantagens sociais, tais como a pobreza, a falta de trabalho, a sociabilidade restrita e condições precárias ou ausência de moradia (Castell, 1998).

Neste sentido, as pessoas em situação de rua constituem uma das formas mais extremas de exclusão social, relacionada com a urbanização das sociedades, a indiferença perante a tragédia pessoal e a incapacidade dos sistemas de segurança social oferecerem respostas eficazes. Constituem uma população heterogênea, com histórias de vida diversas, que, de queda em queda, foram perdendo, não só a residência, mas a vivência social (Costa, 2005).

Costa (2005) destaca que o desemprego de longa duração, fruto das iniquidades do sistema capitalista, impele diversos grupos populacionais da inserção para a desintegração social, criando pobreza e exclusão. Neste sentido, grupos mais vulneráveis como os profissionais do sexo e indivíduos dependentes de drogas, cujas formas de viver são permeadas pela pobreza,

ultrapassam as problemáticas advindas desta última, na medida em que associam ao abandono familiar, à desvinculação social e ao desemprego, culminando na vivência na rua.

Neste sentido, a exposição acentuada às intempéries do clima, somada à alta prevalência de co-infecção com o HIV e multidroga resistência, doenças mentais, alcoolismo e abuso de outras substâncias, torna ainda mais difícil o diagnóstico e tratamento da tuberculose entre esta população (Barclay, Richardson, Fredman, 1995). Neste contexto, não surpreende o fato de que a incidência da tuberculose seja 60 vezes maior entre os moradores de rua do que na população em geral (Adorno, Vasconcellos, Varanda, 2007).

Carbone (2000), em dissertação intitulada “Tísica e Rua: Os Dados da Vida e Seu Jogo”, explicita a sua perplexidade (e, muito provavelmente, da maioria dos profissionais que lidam com tal situação) ante os diversos aspectos que tornam esta população especialmente vulnerável à doença e dificultam o seu tratamento adequado:

Como acompanhar pacientes sem domicílio fixo? Como recomendar a ingestão de um medicamento antes ou após a refeição para pacientes que não sabem de onde esta refeição surgirá? Como pedir que retornem para consulta mensal, pacientes que têm diferente noção do tempo? Como recomendar o mínimo cuidado consigo, aos que vivem ao relento, expostos a todos os agravos? Especialmente, como tratar uma doença, reconhecidamente de determinação social, com procedimentos típicos do enfoque bacteriológico?

De acordo com Carbone (2000), são diversos os discursos construídos para legitimar as intervenções sobre a população de rua: o higienista, por exemplo, contempla o cuidado visando preservar a sociedade como um todo; já o assistencialista, se propõe a amenizar a marginalidade e a exclusão na sociedade; por fim, o político, opta por conscientizar o excluído de seus direitos enquanto cidadão.

Neste sentido, a controversa estratégia dos albergues pode ser definida como uma mescla dos dois primeiros, tendo em vista que, embora ofereçam acolhimento e assistência, muitas vezes, não respeitam a privacidade, a diversidade e as especificidades de situações existentes na população em situação de rua, como a presença de famílias, deficientes físicos e mentais, idosos e dependentes químicos, retratando, geralmente, “depósitos de gentes” (Fórum Centro Vivo, 2005).

É interessante notar que a pesquisa nacional sobre a população em situação de rua destaca que a maioria dos entrevistados costumava dormir na rua (69,6%), um grupo menor (22,1%) dormia costumeiramente em albergues ou outras instituições e apenas 8,3% costumam alternar, ora dormindo na rua, ora em albergues (Brasil, 2008a).

Em contrapartida, a última pesquisa municipal sobre esta temática, demonstrou que 40,5% (4.213) destes indivíduos pernoitavam nas ruas, enquanto 59,5% (6.186) encontravam-se albergados. Note-se que o perfil dos usuários de albergues não é constituído apenas por pessoas em situação de rua, que procuram por abrigo noturno, embora, principalmente nas noites frias, a oferta de alimento e de ambiente aquecido os convença a buscar tais locais, que a prefeitura e algumas organizações sociais disponibilizam, embora deve-se destacar, em quantidade bastante insuficiente e, não raro, com condições pecárias de atendimento (Município de São Paulo, 2003).

O albergue se constitui, também, em alternativa de pernoite para alguns migrantes de passagem pela cidade, sem renda suficiente para arcar com os custos de uma pensão ou hotel, famílias desalojadas por despejo, demolição ou dificuldades pessoais e indivíduos que perderam o emprego e que, sem amparo familiar, esperam um novo posto de trabalho (Município de São Paulo, 2003).

Mattos, Heloani e Ferreira (2008) sinalizam este fenômeno, ao destacar que não só o migrante nordestino ou aquelas pessoas vindas de classes menos favorecidas, recorrem aos albergues paulistanos, mas também muitas pessoas de classe média, como fruto da proletarização decorrente

dos processos de ajuste econômico que o País vivenciou, principalmente, na década de 1990.

Em consonância com esta afirmação, entre os anos de 2000 e 2003, enquanto que o número de pessoas que pernoitavam nas ruas da região central da cidade permaneceu estável (em torno de 2.500 pessoas), o número de albergados aumentou em 58,3%, passando de 826 para 1984 pessoas (Município de São Paulo, 2003).

De Lucca (2007), em dissertação acerca das experiências urbanas em torno da população de rua, coloca que o problema do albergue é a sua própria concepção. Segundo o autor, trata-se de um espaço que incentiva o assistencialismo, levando as pessoas a um aprofundamento de sua dependência do poder público, sem oferecer oportunidades de superação. Mais ainda, com a falta de preparo e de motivação dos profissionais e com o aumento da violência e da falta de perspectiva por parte dos usuários, não existe um trabalho sócio-educativo e de re-socialização. Com isto, o albergue, que devia ser uma espécie de ponte para a inclusão social, passa a ser o ponto final.

Sob esta perspectiva, é interessante notar que, quando moradores de rua de todo o Brasil foram perguntados sobre o local de preferência para pernoitar, 46,5% dos entrevistados relataram preferir dormir na rua, enquanto 43,8% manifestaram preferência por dormir em albergues. Entre aqueles que manifestaram preferência por dormir na rua, 44,3% apontaram, como motivo para tanto, a falta de liberdade nos albergues, seguido pelo horário (27,1%) e pela proibição do uso de álcool e drogas (21,4%) – ambos igualmente relacionados à falta de liberdade. Já entre aqueles que dormiam em albergues, 69,3% apontaram a violência como o principal motivo para não dormir na rua, sendo que o desconforto (45,2%) ficou em segundo lugar (Brasil, 2008a).

Em face destas situações, na busca por melhores condições de vida, muitas pessoas que vivem precariamente em cortiços ou nas ruas, em situação de risco e de exclusão social, acabam por se apropriar de imóveis inutilizados ou em estado de abandono (caso de 7,5% dos entrevistados neste estudo), mesmo que isso signifique viver em condições insalubres,

sem banheiro exclusivo, por exemplo, fato que, segundo o último estudo sobre o déficit habitacional no País, é uma característica das populações de mais baixa renda (Brasil, 2009a).

Ainda de acordo com esse estudo, é interessante notar que o número de imóveis vagos e em condições de serem ocupados em São Paulo, no ano de 2007, foi de 1.468.080 unidades, valor que supera a estimativa de déficit habitacional (1.234.306 unidades) para a cidade (Brasil, 2009a). Neste cenário, a região central, apesar da diversidade de atividades econômicas, de equipamentos urbanos, saneamento e transporte, vem se apresentando com elevado grau de deterioração, com inúmeros prédios vagos e declínio populacional crescente nas últimas décadas (IBGE, 2000).

A desvalorização da área central teve início na segunda metade do século XX e relacionou-se a vários fatores, tais como a popularização dos automóveis e a conseqüente construção de novas vias de interligação entre as diversas áreas da cidade. Nesse processo, ocorreu uma “migração” da elite residente, que passou a freqüentar as novas centralidades, e foi seguida pelo deslocamento da intensa atividade imobiliária, até então existente, para outras áreas, promovendo um processo de desvalorização e diminuição do número de residentes (Raupp, Adorno, 2009).

Conseqüentemente, a área central iniciou um processo de pauperização, no qual muitos edifícios residenciais e de serviço ficaram parcial ou totalmente desocupados, a ponto de constituir cerca de 10% dos imóveis nestas condições do Município, abrigando as camadas mais pobres, que ocupam os velhos cortiços, além dos prédios que se tornaram “cortiços verticais”, passando a ser freqüentados por profissionais do sexo, traficantes e usuários de drogas (Bomfim, 2004; Raupp, Adorno, 2009).

Fenômeno semelhante ocorreu e ainda ocorre em cidades norte-americanas, sendo utilizada, freqüentemente, a expressão *urban health penalty* para descrever os problemas de saúde (como a tuberculose e DSTs) em áreas com situação financeira precária, com poucos empregos, negócios fechados e casas ou edifícios vagos, que são ocupados pelos sem-teto ou utilizados para a criminalidade (Weiss, Addington; 1998).

De acordo com Bomfim (2004), as invasões trazem à tona o intenso conflito social que se trava em uma grande cidade como São Paulo, como reação à espoliação sofrida pelos grupos sociais marcados pelo problema habitacional na cidade, que tem, aproximadamente, 25% de sua população vivendo em condições precárias de habitabilidade. Isto significa que, além das cerca de 12.000 pessoas vivendo nas ruas, 2 milhões vivem em favelas e 600.000 em cortiços (IBGE, 2000; Município de São Paulo, 2003).

Acerca destes últimos, durante a fase de coleta de dados do presente estudo, observou-se que a maioria dos usuários entrevistados que pagavam aluguel, vivia em cortiços. Segundo levantamento realizado pela Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano do Estado de São Paulo (CDHU, 2002), apenas na Subprefeitura Sé, são 1.138 cortiços que oferecem moradia a uma população de 38.874 indivíduos.

Sampaio (2007) realiza um levantamento histórico acerca da temática e revela que a precariedade de habitações de aluguel na região central, degradadas e sob o formato de cortiço, não são novidade, mas tem origem no período compreendido entre a última década do século XIX e 1910, quando, em decorrência de levadas migratórias, São Paulo teve sua população triplicada e os cortiços se tornaram a moradia economicamente viável àquelas pessoas que as integravam.

Apesar da sua proibição, em 1929, os cortiços jamais deixaram de existir, e hoje apresentam novas e perigosas modalidades, como os cortiços verticais, citados anteriormente, que mantêm as mesmas características dos antigos: superlotação de pessoas no mesmo ambiente; superposição de funções no mesmo cômodo (caso das oficinas de costura); falta de higiene; uso comum de instalações sanitárias extremamente precárias; e a exploração de seus moradores devido aos aluguéis, que não correspondem a seus padrões de renda (Sampaio, 2007).

Moreira et al. (2006) observam, ainda, que as condições de moradia diferem dentro de um mesmo cortiço, sendo que, nos porões, onde elas são piores, encontram-se os migrantes recém chegados à cidade, provenientes de Estados do norte e nordeste do Brasil, e imigrantes de Países da América do Sul, principalmente da Bolívia e Peru.

Nesta região, como já foi abordado, existe uma sinergia histórica entre trabalho e moradia para os imigrantes: italianos, judeus, coreanos, peruanos e bolivianos são apenas alguns exemplos de grupos que comprovam esta tese (Sampaio, 2007). Neste sentido, nota-se que, aqueles que conseguem melhorar suas condições de vida, acabam por explorar a mão-de-obra advinda de novas levas de imigrantes, como os de origem coreana, por exemplo, que transformam cortiços em espaços de moradia e oficinas, sub-empregando o migrante boliviano em condições subumanas (Moreira et al., 2006).

Assim, as características supracitadas (que também predispõem à ocorrência da tuberculose), ajudam a elucidar a importante prevalência da doença entre certas comunidades de imigrantes latino-americanos da região, como as de bolivianos e peruanos, as quais, tal qual no início do século passado, encontram nos cortiços a única moradia viável.

Destaca-se que, durante a coleta de dados da presente investigação, houve a possibilidade de realizar visita a uma oficina de costura localizada em um cortiço, onde trabalhava e vivia um dos doentes de origem boliviana. Nesse local, foi possível constatar condições insalubres em que viviam as cerca de 30 pessoas (a maioria bolivianos), dentre as quais, gestantes, lactentes e muitas outras crianças pouco maiores.

A idade dos adultos não ultrapassava os 30 anos, à exceção dos proprietários da oficina (de cerca de 50 anos), também bolivianos. As portas eram mantidas fechadas o tempo todo, impedindo ventilação adequada e entrada de luz solar, além do espaço reduzido abrigar cerca de 30 estações de costura (postadas lado a lado, em filas de cinco), com seus ocupantes trabalhando sob a vigia constante dos proprietários. Os materiais básicos para costura se amontoavam e mal permitiam a passagem. Ademais, foi possível verificar a existência de três cômodos bastante pequenos e apenas um banheiro.

Em relato precioso, intitulado “O mundo é amplo e alheio: Dos Andes a São Paulo”, Lazo (2001) descreve as condições de vida e trabalho do migrante boliviano na região central de São Paulo, enfatizando que:

famílias inteiras em condição ilegal aceitaram viver e trabalhar num mesmo ambiente em condições parecidas com a de escravos (...) habituados a ir de um lado para o outro, a viver em túneis e ver o mundo e a luz do dia umas poucas horas por semana, os bolivianos se acomodaram em viver nas oficinas de costura dos coreanos em condições semelhantes ou piores que as enfrentadas nas minas (...) trabalhando direto 16 horas por dia, repetiram, até nos detalhes, a vida levada por seus patrões, quando eles eram os clandestinos (...) tentando alcançar um salário que é erodido por um sistema de vales que não se sabe quando serão cancelados.

Sobre as condições insalubres em que vivem e trabalham, o autor coloca que:

são sempre casas velhas, cobertas de mofo e manchas negras de musgo morto (...) apartamentos alugados ou comprados em prédios do centro (...) uma média de 10 pessoas compartilham os apartamentos, assumindo cada uma o custo da moradia, ligados (sic) por um núcleo ao redor do qual vão agregando os familiares, se juntam outras famílias ou amigos e membros do grupo. Dizem jamais ter visitado uma favela.

Por fim, sobre o seu perfil epidemiológico, o autor afirma que:

a enfermidade mais comum causada por este trabalho é a perda gradual da visão. Os trabalhadores também sofrem de insuficiência respiratória (...) severas dores nas pernas e problemas de circulação, reumatismo causados pela falta de movimento, pelas terríveis condições de trabalho e alcoolismo. Quando um boliviano fica doente, tem que se custear ou seguir para um hospital público.

Em relação à habitação, Illes, Timóteo e Fiorucci (2008) referem que a mão-de-obra boliviana, empregada pelos coreanos, não teve alternativa a não ser aceitar a condição de “cama adentro”. Esta consiste em trabalhar, comer e dormir no mesmo local de trabalho, com famílias inteiras acomodando-se em beliches, usando armários compartilhados e

aglomerando-se em cômodos únicos de habitações coletivas (os cortiços), com uma só cozinha e um único banheiro.

Os autores descrevem as condições insalubres em que os imigrantes vivem, com pouca luminosidade e deficiência de instalações sanitárias, “(...) *sendo o local de dormir, um colchonete estendido perto da própria máquina de costura do trabalhador*”, com as crianças permanecendo trancafiadas em quartos escuros ou amarradas ao pé da máquina de costura, durante a jornada de trabalho dos pais (Illes, Timóteo, Fiorucci, 2008).

Além disso, destacam o risco de incêndio e explosões, devido a más instalações elétricas; a intensa coação psicológica, por parte dos patrões, que ameaçam denunciar os trabalhadores às autoridades migratórias; além da alta incidência de tuberculose e doenças sexualmente transmissíveis.

Finalizando a análise da Tabela 14, excetuando-se os 11 indivíduos que relataram viver nas ruas, todos os demais (42) afirmaram residir em moradias de alvenaria, incluindo os albergados e os que viviam em locais cedidos/ invadidos. Já quando perguntados quantos cômodos haviam em sua moradia – incluindo o banheiro – a maioria (35,8% - 15) relatou cinco ou mais cômodos, provavelmente se referindo à instituição em que se encontravam albergados; outros 21,4% (9) responderam que suas moradas possuíam 4 cômodos e 38% (16) responderam que tinham de 2 a 3 cômodos em suas casas. Nota-se ainda que 2 pessoas (4,8%) viviam em apenas 1 cômodo, sem banheiro interno.

Vicentin, Santos e Carvalho (2002), ao compararem indicadores sociais com a mortalidade por tuberculose no município do Rio de Janeiro, afirmaram que o número de cômodos por domicílio foi o indicador mais sensível (de modo inverso) para revelar o risco de desenvolvimento para a tuberculose e para a mortalidade em decorrência da doença.

Demonstra-se, assim, que a grande concentração humana no espaço intradomiciliar, além de expressão direta da pobreza e baixa condição de vida, também representa papel relevante nas características de gravidade que pode assumir o processo particular de saúde-doença da tuberculose (Vicentin, Santos, Carvalho; 2002).

Tabela 15 - Distribuição dos usuários segundo condições de moradia e posse de bens.
Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Bens	Posse	Nº	%	Bens	Posse	Nº	%
Água Encanada	Sim	33	78,6	Geladeira	Sim	16	53,3
	Não	09	21,4		Não	14	46,7
	Total *	42	100,0		Total **	30	100,0
Luz Elétrica	Sim	32	76,2	Freezer	Sim	14	46,7
	Não	10	23,8		Não	16	53,3
	Total *	42	100,0		Total **	30	100,0
Banheiro dentro casa	Sim	32	76,2	Televisão	Sim	11	36,7
	Não	10	23,8		Não	19	63,3
	Total *	42	100,0		Total **	30	100,0
Telefone (Cel / Fixo)	Sim	25	47,2	Aspirador de pó	Sim	05	16,7
	Não	28	52,8		Não	25	83,3
	Total	53	100,0		Total **	30	100,0
Rádio	Sim	36	67,9	Carro	Sim	09	30,0
	Não	17	32,1		Não	21	70,0
	Total	53	100,0		Total **	30	100,0

* Excluídos os 11 indivíduos que relataram viver em situação de rua.

** Excluídos os 23 indivíduos que relataram viver em situação de rua ou em albergues.

Estendendo esta linha de análise, quando perguntados sobre suas condições de moradia (Tabela 15), excluídos os 11 indivíduos que relataram viver em situação de rua, 78,6% (33), 76,2% (32) e 76,2% (32) relataram, respectivamente, possuir água encanada, luz elétrica e banheiro no interior da moradia. Destaca-se, portanto, que pouco mais de 20% dos usuários que viviam em moradias de alvenaria, não tinham acesso à água encanada, eletricidade ou banheiro interno, o que evidencia situação de importante precariedade de acesso à qualidade de vida, com um mínimo de conforto.

Já quando perguntados sobre bens que possuíam, excluídos os 23 indivíduos que relataram viver em situação de rua ou em albergues, devido à incompatibilidade destas situações com a posse dos referidos itens, 53,3% (16), 46,7% (14), 36,7% (11), 16,7% (5) e 30% (9), respectivamente,

relataram possuir geladeira, freezer, televisão, aspirador de pó e carro, itens que podem ser definidores da inserção de classe social.

Por fim, perguntou-se a todos os indivíduos se possuíam telefone (celular ou fixo) e rádio, para o que, respectivamente, 47,2% (25) e 67,9% (36) responderam afirmativamente. Destaca-se que tais aparelhos são encontrados ou vendidos, formal e informalmente, a preços módicos na região de estudo, razão do questionamento a todos os usuários.

A importante relação entre a tuberculose e as condições sócio-econômicas precárias está bem documentada no Brasil desde o século XIX, quando a doença se alastra em um número expressivo de escravos trazidos da África, embora já tivesse ocasionado a morte de uma grande parcela de índios que aqui viviam, à época da colonização, tendo sido disseminada, sobretudo, através das missões dos padres europeus (Gill, 2004).

Já na primeira década do século XX, sua alta incidência entre as pessoas pobres, moradoras de locais insalubres, levou Oswaldo Cruz a dizer que “(...) *matava mais pessoas do que todas as epidemias juntas*”. À época, o sanitarista apresentou um plano de saúde pública que contemplava o isolamento dos doentes (nos “sanatórios de cura” que, naquela época, eram particulares e caros), além da educação da população e aposentadoria pelo tempo que durasse a doença (Gill, 2004).

A TB e a pobreza assumem, assim, 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. Por esta razão, instituições como o Banco Mundial apoiaram a *Amsterdam Declaration to Stop TB*, tendo a eliminação da TB como objetivo para a redução da pobreza no mundo (Santos et al., 2007).

Santos et al. (2007), em estudo sobre o impacto das condições socioeconômicas na situação epidemiológica da tuberculose, no Município de São José do Rio Preto, apontaram que risco de adoecer por TB, naquele município, era duas vezes maior nas áreas com piores níveis socioeconômicos, em relação àquelas com melhores níveis, tomando como base as variáveis “anos de instrução”, “renda” e “número de moradores por domicílio”.

Tabela 16 - Distribuição dos usuários segundo características de convivência na moradia.
Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Indicador	Quantidade	Nº	%
Pessoas residentes na moradia	4 ou mais	24	57,1
	2 a 3	15	35,7
	1	03	7,2
	Total *	42	100,0
Pessoas com mais de 60 anos	4 ou mais	08	19,0
	2 a 3	03	7,2
	1	02	4,8
	Não tinha	29	69,0
	Total *	42	100,0
Pessoas com menos de 12 anos	4 ou mais	06	14,4
	2 a 3	03	7,2
	1	06	14,4
	Não tinha	27	64,0
	Total *	42	100,0

* Excluídos os 11 indivíduos que relataram viver em situação de rua.

Neste sentido, apresenta-se a Tabela 16, na qual se observa que, excetuando-se os 11 indivíduos que relataram viver nas ruas, mais da metade (57,1% - 24) dos usuários vivia com 4 ou mais pessoas, 35,7% (15) viviam com 2 ou 3 pessoas e apenas 7,2% (3) com 1 única pessoa.

Menezes et al. (1998), ao avaliar a incidência e fatores de risco para tuberculose em Pelotas (RS), demonstram que o risco para desenvolver a tuberculose, em domicílios com quatro ou mais pessoas, é 3,1 vezes maior do que quando comparado aos domicílios com duas ou menos pessoas.

Gazetta (2006) relata que o grande número de pessoas, morando em um mesmo domicílio, está associado a moradias precárias, com pouca ventilação e úmidas, nas quais se incluem a favela e o cortiço, o que

contribui para o aumento do número de contatos e da persistência da doença como problema de saúde pública.

Neste sentido, Mangtani et al. (1995), ao investigar a associação entre prevalência da tuberculose e variáveis sócio-demográficas, em 32 cidades de Londres, entre 1982 e 1991, encontraram alta correlação entre a superlotação e a proporção de migrantes, com menor associação para o desemprego e classe social.

Quando perguntados sobre o número de pessoas com 60 anos ou mais com que viviam (Tabela 16), 19,0% (8) relatou viver com quatro ou mais idosos, 7,2% (3) com dois ou três e outros 4,8% (2) com um idoso. Portanto, nota-se que 31% (13) dos entrevistados viviam na mesma residência com, pelo menos, uma pessoa com idade superior a 60 anos, trazendo todos os riscos descritos nos estudos de Chaimowicz (2001) e Vendramini et al. (2003), conforme discutido anteriormente.

Por fim, ao serem indagados sobre o número de menores de 12 anos com que viviam, 14,4% (6) viviam com quatro ou mais crianças 7,2% (3) com dois ou três e outros 14,4% (6) com uma única. Portanto, 36% (15) relataram viver no mesmo domicílio com, pelo menos, uma criança.

Natal (2000) aponta que as crianças com maior risco de adoecer são os contatos de casos de tuberculose pulmonar positiva e as que vivem em precárias condições sócio-econômicas, sendo o seu diagnóstico mais difícil devido, entre outros fatores, a pouca expressão dos sintomas iniciais e à limitação dos métodos utilizados para a confirmação bacteriológica, fato que pode levar à piora do quadro e, até mesmo, à morte.

Ademais, quando a tuberculose incide nos adultos, pode ocasionar reflexos graves nas condições de vida das crianças. Geetharamani et al. (2001), ao estudar o impacto socioeconômico da tuberculose dos pais sobre as crianças na Índia, observaram que 34% dos pais doentes não podiam comprar materiais escolares ou alimentos, devido à perda de renda. Ademais, 20% das crianças foram obrigadas a trabalhar, para suplementar a renda familiar.

Assim, a prevalência da TB em pessoas que exibem evidências de exclusão social, como moradores de rua, albergados, migrantes, moradores

de cortiço e de favelas, é uma expressão da forma como a sociedade se organiza. No caso do Brasil, as importantes desigualdades sociais determinam acessos, qualitativamente, muito distintos, à vida com dignidade, com repercussões na situação epidemiológica da enfermidade.

Segundo relatório da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde da OMS (2003b), melhorar a saúde e a esperança de vida das pessoas pobres é uma estratégia crucial para o desenvolvimento econômico sustentável e a diminuição da pobreza, tendo em vista que as populações desfavorecidas são mais suscetíveis a doenças, devido à má nutrição, más condições sanitárias e menor probabilidade de acesso aos cuidados médicos.

Tal documento, elaborado por economistas e peritos em saúde pública mundial, a fim de estudar as relações entre investimento na saúde, desenvolvimento econômico e a redução da pobreza, conclui ser necessário um aumento maciço do investimento na saúde (da ordem de 66 bilhões de dólares, por ano), com a finalidade de multiplicar as intervenções específicas de combate às doenças transmissíveis que causam as maiores mortalidades e incapacidades, nomeadamente a Aids, a tuberculose e a malária, bem como reforçar os sistemas de prestação de cuidados de saúde às populações, especialmente às mais pobres (OMS, 2003b).

O relatório registra, ainda, que este investimento suplementar na saúde, geraria um mínimo de 360 bilhões anuais, ou seja, um retorno 6 vezes superior ao investimento. A metade dos resultados corresponderia a benefícios econômicos diretos (maior saúde e longevidade das populações mais pobres que, por consequência, teriam rendimentos superiores) e, a outra metade, seria consequência dos benefícios econômicos indiretos, resultantes da maior produtividade individual (OMS, 2003b).

Ademais, um aumento drástico no investimento em saúde e melhor eficácia nas despesas relacionadas às intervenções essenciais de saúde pública, em relação ao custo (como a estratégia DOTS), poderiam evitar óbitos e incapacidades, salvando 8 milhões de vidas, por ano, até 2010 (OMS, 2003b). Ruffino-Neto (2002) sintetiza a questão, quando afirma que se pode curar a pessoa com tuberculose, mas a tuberculose só pode ser enfrentada através da transformação das condições sociais.

Tabela 17 - Distribuição dos usuários segundo características relacionadas ao trabalho.
Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Características do Trabalho	Frequência/Tipo	Nº	%
Trabalhava antes de contrair TB	Sim	45	84,9
	Não	08	15,1
	Total	53	100,0
Continuou trabalhando após contrair TB	Sim	33	73,4
	Não	12	26,6
	Total *	45	100,0
Ocupação	Sem ocupação	20	37,8
	Costureiro	09	17,0
	Comércio (formal e informal)	06	11,3
	Biscate	05	9,4
	Coleta de sucata	04	7,5
	Construção civil	04	7,5
	Mecânico	01	1,9
	Motorista	01	1,9
	Diarista	01	1,9
	Letreiro	01	1,9
	Profissional de Saúde	01	1,9
	Total	53	100,0

* Excluídos os oito indivíduos que relataram não trabalhar antes de desenvolver a TB.

Assim, se torna claro que a forma como cada indivíduo se insere no modo de produção dominante, lhes conferirá condições materiais peculiares, as quais, por sua vez, determinarão a manifestação da tuberculose (Egry, 1996). Nesta perspectiva, verifica-se, na Tabela 17, que 84,9% (45) dos usuários referiram que trabalhavam antes de desenvolverem a tuberculose,

mas apenas 73,4% (33) destes, afirmaram continuar trabalhando, após a manifestação da doença.

Portanto, 26,6% (12) dos usuários deixaram seu emprego, após o aparecimento dos sintomas, demonstrando o importante impacto da doença no cotidiano das pessoas portadores de tuberculose que vivem na região da Sé. De acordo com a OMS (2000b), em média, a tuberculose leva a uma perda de três a quatro meses de trabalho e de 20% a 30% da renda doméstica anual. Mais do que isso, caso o paciente morra devido à doença, em média, são perdidos 15 anos de renda. Cabe salientar que o acometimento de pessoas do sexo masculino e na população economicamente ativa, agrava o impacto econômico causado pela enfermidade.

Também é interessante notar que, além dos 20 usuários que não tinham qualquer ocupação (37,8%) antes ou depois do aparecimento da doença, a ocupação mais referida foi a de costureiro (17% - 9). Além desta, 11,3% (6) dos usuários realizavam atividades relacionadas ao comércio, formal ou informal (2 vendedores, 2 balconistas, 1 operador de telemarketing e 1 vendedor ambulante); 9,4% (5) faziam biscates e viviam de trabalhos ocasionais de pouca remuneração; 7,5% (4) coletavam sucata e a mesma porcentagem trabalhava na construção civil (1 pintor, 1 encanador, 1 serralheiro e 1 ajudante geral); por fim, as seguintes ocupações também foram citadas: Mecânico (1,9% - 1), Motorista (1,9% - 1), Letreiro (1,9% - 1), Diarista (1,9% - 1) e, vale ressaltar, Auxiliar de Enfermagem (1,9% - 1).

Maciel et al. (2009a), em extensa revisão histórica sobre a temática da tuberculose em profissionais de saúde, revelam o elevado risco de adoecimento para esta categoria de trabalhadores e destacam que, até meados do século XX, apesar de diversos estudos apresentarem achados significativos nas taxas de conversão do teste tuberculínico em estudantes da área de saúde, não era socialmente aceita a noção de que os profissionais envolvidos no cuidado de pacientes portadores de TB pudessem ser mais suscetíveis à infecção pelo bacilo que a população geral.

Outra revisão acerca do tema, na literatura internacional (Joshi et al., 2006), realizada com o intuito de sintetizar a incidência e prevalência de

infecção latente entre profissionais de saúde, aponta maior risco de contrair a TB associado com certos locais de trabalho (centros de referência para TB, laboratórios e salas de emergência) e categorias profissionais (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos de radiologia, para-médicos e clínicos).

Prado et al. (2008), em estudo realizado no Hospital Universitário de Vitória (ES), utilizando dados secundários, demonstraram que, no período de 2002 a 2006, dentre os 25 casos de profissionais de saúde notificados com tuberculose, quase a metade (48%) pertenciam à equipe de enfermagem, sendo que 32% (8) eram técnicos de enfermagem, 12% (3), enfermeiros, e 4% (1) auxiliares de enfermagem, evidenciando o elevado risco de adoecimento para tais profissionais.

Outra categoria que merece atenção, no presente estudo, é a dos costureiros (17% - 9), o que coloca em evidência a relação entre as condições das oficinas de costura e a enfermidade. Cabe destacar que todos os indivíduos que referiram esta ocupação, eram procedentes da Bolívia.

No livro “Sweatshop: the history of an American Idea” (2004), Laura Hapke realiza extensa revisão bibliográfica sobre as oficinas de vestuário norte-americanas (sweatshops), entre 1840 a 1990, notando que, ao longo de todo o período, os trabalhadores eram expostos a condições de trabalho determinantes para que “(...) *men polluted or were polluted by tuberculosis germs*” (p. 8).

Em Bangladesh, sexto país no ranking dos 22 com maior carga de tuberculose no mundo, esta problemática é tão grande, que motivou as fábricas de roupas a se unirem, no intuito de criar um centro de saúde comum, exclusivo para os trabalhadores sintomáticos, tendo em vista que estes têm 2,4 vezes mais chance de contrair a enfermidade (Instituto Panos, 2009).

No Brasil, particularmente em São Paulo, a indústria da costura/vestuário, tradicionalmente, se utilizou e ainda utiliza de mão-de-obra imigrante e clandestina. A comunidade judia lidera essa atividade na cidade, ao longo do século XX, até a década de 1970, iniciando a contratação de mão-de-obra coreana clandestina, em torno de 1960. Até o

final dos anos de 1970, empregando o trabalho clandestino de seus compatriotas, a comunidade coreana prosperou e passou a liderar essa atividade. Mas, com a redução dos fluxos migratórios daquele país, a opção dos empregadores coreanos recaiu sobre os trabalhadores bolivianos, desde meados da década de 1980 (Cacciamali, Azevedo; 2005).

De acordo com Cacciamali e Azevedo (2005), a procedência de regiões extremamente pobres, o comportamento submisso, a disposição para longas jornadas de trabalho e a habilidade na costura e na tecelagem, tornaram a mão-de-obra boliviana extremamente atraente, destacando-se um elemento adicional nesse quadro: sendo clandestino, o trabalhador imigrante não pode recorrer à Justiça do Trabalho, para a salvaguarda sob as leis brasileiras.

Illes, Timóteo e Fiorucci (2008) descrevem o fluxo de imigrantes bolivianos para fins de exploração do trabalho nas oficinas de costura da cidade de São Paulo, destacando que 73,4% dos bolivianos regularmente registrados no Brasil (47.692), estão localizados em São Paulo (35.050). Os autores relatam que, embora sejam maioria, somam-se a eles contingentes representativos de peruanos e paraguaios ilegais na região central, que tem seus direitos humanos sistematicamente violados, em jornadas exaustivas de até 18 horas, para uma remuneração média mensal de R\$ 350,00, que pode diminuir, caso uma peça não apresente-se perfeita, pois seu preço de mercado é descontado do costureiro, o que significa que, eventualmente, o trabalhador pode iniciar o mês com dívidas.

Estes autores enfatizam que a retenção de documentos, o cerceamento do direito de ir e vir (por meio de portas trancadas e/ou câmeras de vigilância) e os descontos nos pagamentos, relativos a despesas com alimentação, moradia e viagem Bolívia-Brasil, somam-se à má alimentação e todos os problemas relacionados às moradias coletivas (discutidos anteriormente). Tais condições determinam vulnerabilidades quanto à doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose e lesões por esforço repetitivo, dentre outras (Illes, Timóteo, Fiorucci, 2008).

Por fim, os autores fecham o estudo afirmando que a situação de escravidão a que estão submetidas estas pessoas, sobretudo, é consequência de um sistema complexo, no qual estão presentes a

desigualdade e a vulnerabilidade social, a falta de oportunidades e de políticas sociais, o subdesenvolvimento econômico, a rede de tráfico de pessoas e os entraves jurídicos, que dificultam a permanência legal e regularização do trabalhador imigrante (Illes, Timóteo, Fiorucci, 2008).

Tal situação não se difere daquela que vivem as pessoas que precisam tirar seu sustento da rua. Os dados levantados pelo presente estudo, mostram que a maior parte dos usuários que se encontrava em situação de rua, trabalhava com as mais diversas formas de comércio informal, com a coleta de sucata ou executavam pequenos biscates.

A relação que se estabelece entre situação de rua e trabalho é bastante complexa e a inserção intermitente no sistema de produção ajuda a determinar a prevalência da tuberculose, uma vez que os rendimentos instáveis mal garantem a subsistência, gerando condições de vulnerabilidade, que determinam o desenvolvimento da enfermidade.

A última pesquisa nacional sobre a população em situação de rua, identificou que 70,9% dos entrevistados exerciam alguma atividade remunerada, sendo que 52,6% recebem entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 semanais. Dentre as atividades, destacam-se a coleta de materiais recicláveis (27,5%), guardador de carros (14,1%), construção civil (6,3%), limpeza (4,2%) e carregador/estivador (3,1%), sendo que apenas 15,7% pediam dinheiro como principal meio para a sobrevivência, desmistificando o imaginário de que a população em situação de rua é composta por “mendigos” e “pedintes” (Brasil, 2008a).

Ainda de acordo com a pesquisa supracitada, a maioria daqueles indivíduos (58,6%) também relatou ter profissão/ocupação, sendo que as mais citadas foram àquelas ligadas à construção civil (27,2%), ao comércio (4,4%), ao trabalho doméstico (4,4%) e à mecânica (4,1%). Contudo, a maior parte do labor realizado por eles, situava-se na chamada economia informal. Destaca-se que apenas 1,9% afirmaram estar trabalhando, à época, com registro em carteira e 47,7% dos entrevistados nunca trabalharam com carteira assinada, ou seja, não era uma situação ocasional; ademais, entre aqueles que afirmaram já terem trabalhado com registro em carteira, a maior

parte respondeu que isso ocorreu há muito tempo – 50% há mais de cinco anos e 22,9% de dois a cinco anos (Brasil, 2008a).

Nesta perspectiva, em artigo precioso de Mattos, Heloani e Ferreira (2008), os autores procuram discutir a relação entre situação de rua e trabalho em três momentos distintos: 1) a ida para a rua como resultado de um processo de ruptura com o vínculo regular de trabalho; 2) a vivência nas ruas permeada por trabalhos intermitentes, informais e com rendimentos instáveis; e 3) a saída das ruas como processo vinculado à aquisição de uma ocupação estável.

De acordo com os autores, o primeiro momento ocorre no contexto da implantação do projeto neoliberal brasileiro na década de 1990, cuja consequência direta foi o definhamento da indústria brasileira (desindustrialização) e a perda do emprego formal por milhões de brasileiros. Estes foram impelidos para o desemprego e o subemprego, levando à precarização das relações de trabalho, com o advento da terceirização e o aumento de postos de trabalho informais e de trabalhadores autônomos, conjunto de fenômenos denominado *desassalariamento* (Mattos, Heloani, Ferreira, 2008).

Para exemplificar este processo, os autores tomam como cenário o mercado de trabalho paulistano, durante a década citada, que sofreu transformações desfavoráveis, com o trabalho assalariado sendo substituído por atividades intermitentes, temporárias, com rendimentos instáveis, desprovidas de seguridade social e dos demais direitos trabalhistas. Como resultado, parte da classe trabalhadora se adapta a essas metamorfoses do modo de produção vigente, enquanto outra parte não consegue sustentar suas moradias e assistem a porta da rua se abrir, à medida em que as portas das empresas se fecham (Mattos, Heloani, Ferreira, 2008).

Segundo os autores, o aumento da população em situação de rua durante a década de 1990, no município de São Paulo (que, conforme citado anteriormente, triplicou entre 1992 e 2003), constitui um dos efeitos perniciosos da reestruturação produtiva, resultante da implantação do projeto neoliberal brasileiro. Os autores colocam como argumento definitivo, o fato de que, de acordo com dados de pesquisas de contagem da

população de rua, antes e após a implantação do Plano Real, verificou-se que 38% das pessoas recenseadas encontravam-se há menos de um ano nas ruas, período que coincide com os efeitos do plano de estabilização monetária (Mattos, Heloani, Ferreira, 2008).

Em um segundo momento, o trabalhador, já em situação de rua, permanece à procura de trabalho formal e regular, de preferência assalariado. Entretanto, dadas as poucas possibilidades oferecidas no mercado de trabalho, o indivíduo passa a desenvolver uma série de ocupações (como coletar materiais recicláveis, guardar carros e realizar diversos outros “bicos”), que restringem sua saída dessa situação, devido à obtenção de rendimentos instáveis, oriundos de atividades intermitentes (Mattos, Heloani, Ferreira, 2008).

Por fim, em um terceiro momento, os autores avaliam em que medida as idiosincrasias do trabalho constituem uma forma de as pessoas saírem das ruas. Isto porque o trabalho assalariado formal é uma possibilidade limitada, considerando-se as condições atuais do mundo do trabalho, bem como as consequências do estigma vivenciado pelas pessoas em situação de rua (Mattos, Heloani, Ferreira, 2008).

Boneti (2005), em pesquisa realizada sobre a noção de pobreza e as estratégias para sua superação, entrevistou 1.500 pessoas e as agrupou de acordo com pertencimento ou não à condição de pobreza, de acordo com critérios oficiais da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), tais como rendimento familiar, índice de mortalidade, analfabetismo, esperança de vida e capacidade de consumo.

Evidenciou-se que as pessoas entrevistadas consideradas pobres, segundo os parâmetros oficiais, além do acesso ao trabalho e demais direitos sociais (principalmente, à saúde), utilizam a ocupação como critério para definir a condição social, mesmo que esta não resulte em rendimentos suficientes para viver. Neste caso, ser pobre toma uma dimensão também de “inutilidade social”, o que leva a crer que, para as pessoas pobres, a participação na sociedade, através de uma ocupação, é um elemento relacionado à inclusão e à dignidade (Boneti, 2005).

Tabela 18 - Distribuição dos usuários segundo variáveis relacionadas à renda. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Indicador	Variável	Nº	%
Renda Familiar	Sem renda	09	17,0
	Sem renda fixa (serviço eventual)	20	37,7
	Até 1 salário mínimo (SM *)	04	7,5
	>1 e até 3 SM	13	24,6
	>3 e até 5 SM	05	9,4
	> 5 SM	02	3,8
	Total	53	100,0
Benefício Governamental	Não recebe	48	90,6
	Bolsa Família	01	1,9
	Outros	04	7,5
	total	53	100,0

* Valor do salário mínimo padronizado pelo estudo: R\$ 415,00 (Lei nº. 11.709, de 19/06/2008).

De acordo com Boneti (2005), a falta de uma ocupação tem peso determinante, superior àqueles que se referem às condições de sobrevivência física, implicando que a própria concepção de trabalho, para as pessoas consideradas pobres, mais do que mecanismo de produção de renda, é um elemento de inserção social e, portanto, de acesso. Isto explicaria a relação entre a condição social e ter ocupação.

Ampliando esta linha de pensamento, através da análise de variáveis relacionadas à renda (Tabela 18), o presente estudo evidenciou que mais da metade dos usuários entrevistados (54,7% - 29) relataram não ter renda fixa (37,7% - 20) ou não ter renda (17% - 9).

Ademais 7,5% (4) recebiam menos de um salário mínimo e apenas 3,8% (2) recebiam mais que cinco salários. Por fim, a grande maioria (90,6% - 48) não recebia qualquer benefício governamental, sendo que apenas uma

pessoa (1,9%) recebia bolsa família e, as demais (7,5% - 4), recebiam outros tipos de benefício governamental, todos relacionados aos programas habitacionais populares no centro da cidade.

Menezes et al. (1998) demonstraram que o risco para desenvolver a tuberculose, em famílias cuja renda era menor ou igual a um salário mínimo, foi 5,3 vezes maior do que quando comparado àquelas com renda maior que dez salários mínimos. Com relação às famílias que tinham entre um e três salários mínimos, o risco foi 4,1 vezes maior às que recebiam mais que dez salários. Os autores destacam que, a partir de três salários mínimos, o risco para a doença diminui para 1,5 vezes.

Fonseca et al. (2000) argumentam que a renda, o nível de instrução e a ocupação, estão entre os indicadores mais importantes para mensurar o nível sócio-econômico associado à saúde da população, tendo em vista que indicam a posição que o indivíduo ocupa na hierarquia social e evidenciam as desigualdades de um sistema de estratificação social. Em síntese, a renda representa o acesso aos bens materiais e aos serviços de saúde; o nível educacional expressa diferenças em termos de acesso à informação e possibilidades de se beneficiar de novos conhecimentos; e, a ocupação, é permeada por ambos os aspectos, somados ao prestígio, privilégios e poder característicos de algumas profissões (Fonseca et al., 2000).

Complementando o perfil dos usuários entrevistados, apresenta-se a Tabela 19, que se refere à frequência de uso de substâncias psicoativas. Observa-se que, embora a maioria dos usuários entrevistados (64,2% – 34) tenha referido nunca (56,6% - 30) ou quase nunca (7,5% - 4) beber álcool, 24,6% dos entrevistados (13) referiu beber às vezes, 7,5% bebiam quase sempre (4) e outros 3,8% (2) faziam uso do álcool constantemente.

A associação entre tuberculose e alcoolismo é sobejamente conhecida. Lonnroth et al. (2008) realizaram uma revisão sistemática acerca de tal associação e chegaram à conclusão de que os indivíduos que ingerem mais de 40g de álcool por dia ou foram diagnosticados com transtornos relacionados ao uso de álcool, apresentam um risco de 2,9 a 3,5 vezes maior, para desenvolver tuberculose ativa.

Tabela 19 - Distribuição dos usuários segundo menção ao uso de drogas psicoativas.
Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Frequência/ Uso de drogas	Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bebe álcool	30	56,6	04	7,5	13	24,6	04	7,5	02	3,8	0	0	53	100,0
Fuma cigarro	31	58,5	0	0	09	17,0	04	7,5	08	15,1	01	1,9	53	100,0
Usa drogas (ilegais)	44	83,0	02	3,8	03	5,7	0	0	0	0	04	7,5	53	100,0

Segundo os autores, duas hipóteses podem explicar tal fato: a primeira, de que há influência do álcool sobre o sistema imunológico, que reduziria a resistência orgânica, tornando-o mais susceptível ao desenvolvimento da forma ativa da doença; a segunda, de que haveria um risco aumentado de infecções, devido à combinação de fatores sociais, incluindo a condição socioeconômica, e o consumo de álcool (Lonnroth et al., 2008).

Albuquerque et al. (2001), ao avaliarem os fatores prognósticos para o desfecho do tratamento da TB em Recife (PE), encontraram estreita relação entre o abandono e o etilismo, fato que os levou a afirmar que indivíduos com ingestão excessiva de álcool, não só apresentam maior chance para o desfecho desfavorável, como também para o desenvolvimento de resistência bacteriana.

Bergel e Gouveia (2005), em estudo realizado em Ubatuba (SP), encontraram que, dentre os fatores de risco associados ao abandono do tratamento da tuberculose, a dependência do álcool foi o maior (3,56 vezes maior), seguido pelo desemprego (3,36 vezes) e nenhuma escolaridade (3,01 vezes).

A associação da tuberculose com o alcoolismo mostra-se importante, também, como motivo determinante de internação, conforme anuncia Nogueira (2001), em estudo sobre os motivos e tempo de internação, em

hospitais, para o tratamento da tuberculose no Estado de São Paulo, entre 1981 a 1995. Outra faceta negativa dessa associação encontra-se na possibilidade de recidivas, ocorridas poucos meses após a alta (Oliveira, Moreira Filho, 2000).

A pesquisa nacional sobre a população em situação de rua (Brasil, 2008a) destaca, ainda, que, dentre os principais motivos pelos quais estas pessoas passaram a viver e morar na rua, em primeiro lugar, estão problemas com álcool e/ou drogas (35,5%), seguidos pelo desemprego (29,8%) e desavenças com familiares (29,1%).

Problemas semelhantes foram encontrados na população de rua do município de São Paulo, pois a maioria dos sujeitos vivia sozinho na rua, tinha alto comprometimento com álcool e outras drogas, sofreram perdas recentes (emprego e/ou família) e não tinham estrutura alguma na cidade, sendo migrantes sem emprego e economias para retornar ao seu lugar de origem (Município de São Paulo, 2003).

Para Varanda e Adorno (2004), a população que dorme nas ruas se distingue dos albergados por ter maior concentração de alcoolistas crônicos, que permanecem mais tempo ociosos e possuem menor disposição para programas coletivos orientados institucionalmente. De acordo com os autores, se, culturalmente, a bebida afrouxa o moralismo, na rua, o álcool atua na censura, quando se faz necessário ignorar o desconforto, a sujeidade, a proximidade de outras pessoas, a possibilidade de contrair doenças, dentre outros aspectos.

Destaca-se que o alcoolismo também é grave problema entre a comunidade boliviana, gerador, inclusive, de violência domiciliar (Illes, Timóteo, Fiorucci; 2008). Neste sentido, o relato de Lazo (2001) ajuda a esclarecer a circularidade entre o trabalho (que gera frustrações e leva ao alcoolismo como válvula de escape) e a bebida (elemento recreativo comprado com a mínima renda advinda do trabalho):

“(...) dominar as técnicas de costura é uma obsessão para os costureiros porque lhes permite (...) ter dinheiro para se embriagar em cerveja em vez de chicha, mais barata no Brasil que na Bolívia”.

Já com relação à frequência com que fumavam cigarro (Tabela 19), a maioria referiu nunca fumar (31 – 58,5%), embora percentual considerável tenha afirmado que sempre fumava (15,1% - 8).

A associação entre tabagismo e tuberculose também é conhecida. Gajalakshmi et al. (2003), em estudo retrospectivo acerca das mortes associadas ao fumo e à tuberculose na Índia, entre 1995 e 1998, observaram que metade dos óbitos pela doença se relacionavam ao tabagismo. Os autores argumentam que fumar aumenta o risco de infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*, devido à diminuição da resposta imune associada à perturbação da função mecânica dos cílios; bem como o risco de progressão da infecção para a doença, isto porque os fumantes tendem a ter mais cavidades pulmonares e com maior gravidade.

Nesta perspectiva, Lindoso et al. (2002), em estudo acerca do perfil dos doentes de TB que evoluíram para óbito no município de São Paulo, no ano de 2002, verificou que 64% eram alcoolistas e 71% eram tabagistas.

Por fim, quando perguntados a respeito da frequência com que usavam drogas ilegais (Tabela 19), a maioria dos usuários (86,8% - 46) referiu nunca (83%- 44) ou quase nunca (3,8% - 2) usá-las. Ainda assim, destaca-se que 5,7% (3) admitiram que, às vezes, usavam outras drogas, porcentagem que pode não revelar a realidade, uma vez que tal questão pode levar ao constrangimento dos sujeitos no ato da entrevista.

Ainda com relação à esta questão, embora não se tenha explicitado quais eram estas “outras drogas”, através do relato informal de usuários e profissionais, acredita-se que o crack pode ser a droga de escolha, haja vista que é barata, acessível na região, fácil de transportar e de efeito imediato.

Em relação à associação do crack com a tuberculose, estudos realizados na Califórnia (Leonhardt et al., 1994) e em Londres (Story, Bothamley, Hayward, 2008), comprovaram que o uso da droga aumenta o risco de desenvolvimento e transmissão da enfermidade, particularmente, quando o consumo da droga ocorria nas chamadas “Crack Houses”, em decorrência dos ambientes fechados, por conta da natureza ilegal da droga, da tosse induzida pelo fumo e dos danos causados ao pulmão pela sua utilização.

Popular nos Estados Unidos desde a década de 1980, o crack surgiu no Brasil em 1988, em bairros da periferia de São Paulo. Durante a década de 1990, o seu consumo alcançou grandes dimensões, aumentando de 5,2% (antes de 1989) para 65,1% (entre 1995 e 1997), fato que tornou o crack uma das principais drogas consumidas na cidade, culminando, no ano 2005, em cerca de 380 mil pessoas usuárias da droga, dobro do valor registrado em 2001 (Raupp, Adorno, 2009).

Raupp e Adorno (2009), em estudo sobre os circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo, afirmam que, desde 1991, já se podia observar uma intensa procura pela droga naquela região, tornando o uso de crack uma prática no cotidiano do centro da cidade de São Paulo, particularmente, devido à existência de uma área marcada pela sua venda e uso (a Cracolândia, instalada entre os bairros da Luz e dos Campos Elíseos), com uma rede informal de pessoas interligadas por tal atividade.

Segundo os autores, tal qual o álcool, o uso do crack é uma forma de adequação à realidade das ruas, embora, enquanto a ação do primeiro se relacione ao entorpecimento, na tentativa de ignorar a realidade, o segundo atua na exacerbação dos sentidos, a fim de ter coragem para enfrentar situações complexas, como o roubo, inserindo-se na gama de comportamentos que compõe um estilo de vida inerente à vivência da rua (Raupp, Adorno, 2009).

Assim, embora muitos moradores de rua não sejam usuários de crack, o fato de ser uma droga barata (uma “pedra” custa cerca de R\$ 20,00) e estimulante, colaborou para torná-la popular entre esta população – tendo em mente que, na rua, mostrar-se agressivo ou violento torna-se uma estratégia de defesa – expondo pessoas que já sofrem, cotidianamente, com a exclusão, a uma cruel exploração comercial (Raupp, Adorno, 2009).

Neste contexto, o uso de substâncias psicoativas pode desencadear situações desestruturantes no cotidiano e nas relações sociais ou se adequar a certas realidades, nas quais a utilização de drogas se coloca como ritual de iniciação e aceitação – como ocorre entre os menores em situação de rua (Adorno, 2008).

Tabela 20 - Distribuição dos usuários segundo características da tuberculose e tratamento.
Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Característica da tuberculose e tratamento	Variável	Nº	%
Forma da Tuberculose	Pulmonar	46	86,8
	Extrapulmonar	07	13,2
	Total	53	100,0
Local de Consulta Médica de Controle	USF/PACS	02	3,8
	UBS	48	90,5
	PSF de rua	01	1,9
	SAES DST/AIDS	02	3,8
	Total	53	100,0
Tempo de Tratamento	> 1 mês até 3 meses	16	30,2
	> 3 até 6 meses	30	56,6
	> 6 até 9 meses	06	11,3
	> 9 meses	01	1,9
	Total	53	100,0
Tipo de tratamento	Supervisionado	50	94,3
	Auto-administrado	03	5,7
	Total	53	100,0
Local de tratamento Supervisionado	USF/PACS	01	2,0
	UBS	47	94,0
	PSF de rua	01	2,0
	Domicílio	01	2,0
	Total *	50	100,0

* Excluídos os três indivíduos que relataram não fazer tratamento supervisionado.

Finalizando o perfil dos usuários, a Tabela 20 mostra que 86,8% (46) desenvolveram a forma pulmonar. Tal achado corrobora os dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2002, 2005), que relata a ocorrência desta forma em cerca de 90% dos casos de tuberculose, dentre os quais, mais de 60% serão bacilíferos, constituindo, portanto, o grupo de maior importância epidemiológica, já que transmitem a doença.

Sobre as formas extrapulmonares, Lopes et al. (2006) esclarecem que, depois de penetrar no organismo pela via respiratória, o *Mycobacterium tuberculosis* pode se disseminar e instalar em qualquer órgão, seja durante a primo-infecção, quando a imunidade específica ainda não está desenvolvida, seja depois desta, a qualquer tempo, se houver queda na capacidade do hospedeiro em manter o bacilo nos seus sítios de implantação.

A maioria das manifestações fora do pulmão ocorre em órgãos sem condições ótimas de crescimento bacilar, sendo, quase sempre, de instalação insidiosa e evolução lenta. As formas mais freqüentes são: pleural, linfática, osteoarticular, geniturinária e intestinal, embora praticamente qualquer local do organismo possa ser afetado pela doença (Lopes et al., 2006).

É importante destacar que, quando as defesas imunológicas do indivíduo já estiverem comprometidas por outras doenças – como, por exemplo, na Aids – esse tipo de patologia à distância poderá aparecer com mais freqüência. Sendo assim, muitas vezes, o diagnóstico da tuberculose extrapulmonar é feito por exclusão de outras enfermidades e com auxílio da prova tuberculínica (método auxiliar de diagnóstico, cuja positividade, isoladamente, indica apenas infecção). Entretanto, isto pode implicar em alto risco de erro, em razão da alta prevalência da infecção tuberculosa em nosso meio (Lopes et al., 2006).

Continuando a análise da Tabela 20, embora a maioria dos usuários (90,5% - 48) realizasse consultas médicas de controle na UBS, para dois pacientes (3,8%) estas ocorriam em SAES DSTs/Aids, pois eram co-infectados. É importante lembrar que a infecção pelo HIV é o maior fator de risco para a progressão da infecção para a forma ativa da tuberculose (Shafer, Edlin, 1996).

Segundo o último relatório da OMS sobre o controle global da tuberculose, em 2007, 1,37 milhões de novos casos de tuberculose foram detectados entre portadores de HIV. Além disso, dos dois milhões de mortes por HIV, contabilizadas naquele ano, 456 mil (23%) ocorreram por causa da TB, fato que a transforma na maior causa associada de morte entre pessoas com HIV (OMS, 2009). No Brasil, cerca de 8% das 600 mil pessoas vivendo com HIV/Aids, estão co-infectadas, sendo a TB a principal causa de morte nesses pacientes (Saraceni et al., 2008).

Há dois efeitos diretos da infecção pelo HIV na incidência da tuberculose: 1) aumento do risco de reativação da infecção latente, em até 100 vezes, quando comparado ao risco em HIV negativos, o que evidencia a importância da quimioprofilaxia, nestes casos; 2) aumento exponencial do risco de adoecimento por TB em pessoas que vivem com HIV, após a infecção primária (Chaisson, Martinson, 2008).

Em pesquisa recente sobre esse aspecto, Patel et al. (2009) verificaram que a disfunção imunológica decorrente do HIV, exerce relevante papel sobre o bacilo da tuberculose, particularmente, no que tange ao processo de apoptose (espécie de “suicídio” celular, através do qual o organismo fagocita suas próprias células), importante mecanismo de imunidade inata à tuberculose, que se mostra diminuído quando os macrófagos alveolares (células imunológicas) estão infectados pelo HIV, favorecendo, assim, o crescimento intracelular do bacilo de Koch.

Ademais, dois usuários (3,8%) eram consultados por médicos de unidades de saúde da família e outro (1,9%) se consultava com profissional ligado ao PSF de rua (Tabela 20). Destaca-se a importância da estratégia de saúde da família e de agentes comunitários de saúde para a quebra das barreiras ao acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose na região de estudo, especialmente no que tange ao Programa “A Gente na Rua”.

Tal Programa nasceu de parceria entre a OSS Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto e a Secretaria Municipal de Saúde e constitui-se como adaptação do modelo PSF para as necessidades dos usuários em situação de rua, às quais, apresentam-se como muito particulares, dado que

se referem, muitas vezes, a situações que evidenciam a tênue fronteira da sobrevivência (Bertolozzi, 2005).

Nesta mesma perspectiva, a UBS “Bom Retiro” realiza admirável trabalho de conscientização da comunidade boliviana quanto ao problema da tuberculose, através da divulgação da epidemiologia da doença em uma rádio pirata voltada a pessoas desta nacionalidade, possibilitando a busca ativa na comunidade, particularmente, na praça Kantuta (nome de uma flor que tem as mesmas cores da bandeira do país), localizada no bairro do Pari, ponto tradicional de comércio boliviano, onde também se encontram, todos os domingos, os indivíduos em situação ilegal e representantes de oficinas, em busca de melhores condições de trabalho e de mão-de-obra barata (Lazo, 2001).

É importante notar que, durante a coleta de dados do presente estudo, houve relato de que essas atividades não eram bem recebidas por outras UBS, com o argumento de que geravam demanda adicional para as mesmas. Tal fato pode ajudar a explicar a alta prevalência da tuberculose na região e as dificuldades para o seu controle. Isto porque às unidades de saúde cabe o papel fundamental de diagnosticar precocemente o chamado “tossidor crônico”, que se constitui – às vezes, durante meses – em fonte de infecção e manutenção da cadeia de transmissão na comunidade onde vive (Brasil, 2002, 2005).

No que tange ao tempo de tratamento (Tabela 20), 30,2% (16) estavam entre o primeiro e terceiro mês, enquanto que a maioria (56,6% - 30) se encontrava entre o quarto e o sexto mês. Ressalta-se que 11,3% (6) tinham entre sete e nove meses de tratamento e uma pessoa (1,9%) se tratava há mais de nove meses.

Desde o início da década de 60, quando a Rifampicina começou ser utilizada com ótimos resultados, têm-se verificado a padronização dos esquemas terapêuticos pelos programas de controle de todo o mundo. A maior parte dos esquemas são compostos pela associação entre a Rifampicina, a Isoniazida e a Pirazinamida, usadas por dois meses, seguidas da Rifampicina e Isoniazida, durante mais quatro meses, totalizando um mínimo de seis meses de tratamento, embora possa ser aumentado para 9

meses ou mais, a depender da gravidade do caso e da adesão intermitente ao tratamento, como é o caso de 13,2% (7) dos usuários entrevistados neste estudo (Brasil, 2002, 2005).

Salientamos que, no segundo semestre de 2009, foi adotado no Brasil o esquema que inclui a Rifampicina, a Pirazinamida, a Isoniazida e o Etambutol nos primeiros dois meses, seguidos da Rifampicina e da Isoniazida nos quatro meses seguintes. A introdução do Etambutol como quarto fármaco, na fase intensiva de tratamento (dois primeiros meses) do esquema básico, teve duas justificativas: 1) constatação do aumento da resistência primária à Isoniazida (de 4,4% para 6,0%) e a resistência primária à Isoniazida associada à Rifampicina (de 1,1% para 1,4%); 2) apresentação em comprimidos com dose fixa combinada dos 4 fármacos (4 em 1) para a fase intensiva do tratamento (Brasil, 2009b).

Espera-se, com a introdução de um quarto fármaco, aumentar o sucesso terapêutico e evitar o aumento da multirresistência (resistência a Rifampicina + Isoniazida). Ademais, com a dose fixa combinada, é possível um maior conforto do paciente, pela redução do número de comprimidos a serem ingeridos, melhorando a adesão ao tratamento (Brasil, 2009b).

Por fim, 94,3% (50) usuários realizavam tratamento supervisionado (Tabela 20), enquanto que os demais (5,7% - 3) realizavam o tratamento de forma auto-administrada. Com relação à primeira modalidade, 94% (47) tinham a tomada de medicamentos observada na UBS, enquanto que outros 6% (3) eram supervisionados, respectivamente, em uma unidade de saúde da família, no próprio domicílio e pelo PSF de rua.

No Brasil, a distribuição dos medicamentos é gratuita e feita pela Atenção Básica. O Tratamento supervisionado é recomendado, pois tem o objetivo de garantir a quimioterapia regular e correta. Neste sentido, a supervisão pode ser realizada tanto na unidade de saúde, quanto no local de trabalho ou moradia do paciente, seja pelo agente comunitário de saúde, pelos membros da equipe do PSF da área geográfica correspondente, pelo funcionário responsável pelas Doenças de Notificação Compulsória do município, ou, inclusive, por um familiar ou pessoa da comunidade, treinados e comprometidos com esta atividade (Brasil, 2002).

O Ministério da Saúde destaca que o tratamento supervisionado requer a observação da ingestão do medicamento, minimamente, durante três dias - nos dois primeiros meses - e dois dias por semana - nos quatro meses restantes. Neste sentido, quando houver dificuldade em conciliar os horários dos usuários com os do serviço, é preciso ter em mente que todas as drogas contra o bacilo da tuberculose atuam de forma mais eficaz quando atingem concentrações máximas no organismo, após sua absorção pelo aparelho digestivo. Isso significa que o ideal é a tomada diária de todas as drogas de uma só vez, em jejum. Entretanto, essa forma de administração nem sempre é tolerada pelos pacientes e, neste caso, poderão ser tomadas junto com uma refeição (Brasil, 2002).

Para Bertolozzi (2005), o TS não se limita à supervisão da tomada da medicação, mas tem a potencialidade de se constituir como tecnologia baseada na construção de uma relação cotidiana entre o serviço de saúde e o paciente. Além de contribuir para monitorar os efeitos colaterais da medicação, permitindo que o indivíduo compartilhe aspectos de sua vida com o trabalhador de saúde e com os demais pacientes, o que pode promover a re-elaboração e a superação do seu próprio processo saúde-doença.

Em estudo realizado na mesma região onde se desenvolveu a presente investigação, Bertolozzi (2005), ao avaliar a adesão ao tratamento na perspectiva do DOTS, verificou que a estratégia se revelou particularmente positiva para os moradores de rua e usuários de albergue, tendo em vista que o vínculo com os profissionais foi uma importante ferramenta não apenas para a conclusão do tratamento, mas também para a inclusão social, ao possibilitar o encontro diário e a partilha de necessidades.

Evidencia-se, portanto, que o papel dos profissionais, no tratamento da tuberculose, vai além da mera observação da ingestão dos medicamentos. Neste sentido, a fim de captar a perspectiva dos profissionais e dos serviços, foram entrevistados 40 trabalhadores da área da saúde, cujo trabalho tinha interface com as ações de prevenção e controle da tuberculose nas UBS do cenário de estudo (Tabela 21).

Tabela 21 - Distribuição dos profissionais segundo sexo e características relacionadas ao trabalho. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Indicador	Variável	Nº	%
Sexo	Feminino	29	72,5
	Masculino	11	27,5
	Total	40	100,0
Ocupação	Médico	05	12,5
	Enfermeiro	09	22,5
	Técnico de Enfermagem	02	5,0
	Auxiliar de Enfermagem	12	30,0
	Agente Comunitário de Saúde (ACS)	06	15,0
	Agente Comunitário de Saúde de Rua (ACSR)	06	15,0
	Total	40	100,0
Tempo que trabalha na categoria profissional (em anos)	Até 1	01	2,5
	> 1 até 5	15	37,5
	> 5 até 10	15	37,5
	> 10 até 15	01	2,5
	> 15 até 20	03	7,5
	> 20 até 25	03	7,5
	> 25 até 30	01	2,5
	> 30 até 35	01	2,5
	Total	40	100,0
Tempo que atua em ações de controle da TB (em anos)	Até 1	12	30,0
	> 1 até 2	09	22,5
	> 2 até 3	0	0
	> 3 até 4	04	10,0
	> 4	15	37,5
	Total	40	100,0

Observa-se que a grande maioria (72,5% - 29) pertencia ao sexo feminino. Dentre as categorias profissionais, se encontravam médicos (12,5% - 5), enfermeiros (22,5% - 9), técnicos (5% - 2) e auxiliares de enfermagem (30% - 12), além dos agentes comunitários de saúde (30% - 12), sendo que a metade destes (15% - 6) pertencia ao modelo tradicional de PSF e, a outra metade, ao PSF de Rua.

Ressalta-se que o agente comunitário de saúde desempenha um papel central no combate à tuberculose, pois, além de residir na comunidade em que atua, em geral está familiarizado com seus valores, costumes e linguagem, o que pode produzir união entre o uso de tecnologia/conhecimento em saúde e as crenças locais, vinculando os serviços de saúde e a comunidade (Maciel et al., 2008).

Na região de estudo, sua atuação torna possíveis abordagens alternativas para a identificação e respostas às demandas dos grupos vulneráveis, particularmente, nas ações em albergues e oficinas de costura, ao promover e/ou orientar quanto ao direito de acesso ao serviço. Os ACS também contribuem para monitorar o tratamento supervisionado, além de suscitar e fortalecer o vínculo do usuário com a comunidade, profissionais e serviços, o que favorece a adesão.

Nesta perspectiva, Dudley et al. (2003), ao avaliarem a contribuição de estratégia semelhante ao PACS para o tratamento da tuberculose na Cidade do Cabo (África do Sul), relatam que tal estratégia contribuiu para melhora da adesão à terapêutica, em relação à utilização exclusiva de Unidades de Saúde, justamente por propiciar outros espaços de inter-relação entre pacientes e profissionais.

De acordo com o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, a abordagem epidemiológica com vistas ao controle da doença, isto é, a descoberta das fontes de contágio, através de exame de escarro de sintomáticos respiratórios, e sua anulação pela adoção de protocolos, padronizam a execução das atividades nas UBS, a ponto de não dependerem, necessariamente, da presença e/ou intervenção de profissional de nível superior (Brasil, 2002).

Esta peculiaridade técnica e operacional possibilita a extensão das ações de controle a todas as populações, particularmente, àquelas em situações de vulnerabilidade extrema. Neste sentido, é interessante notar que outras categorias profissionais, que poderiam ampliar a qualidade e especificidade das ações, como assistentes sociais, por exemplo, não se inseriam nas ações de controle da TB, durante o período de coleta de dados.

Com relação às funções a serem exercidas por cada categoria profissional, o Manual de Vigilância Epidemiológica da doença (Brasil, 2002), destaca as seguintes atribuições, enfatizando que são cumulativas, de acordo com o aumento do grau de qualificação (por exemplo, o auxiliar de enfermagem pode executar todas as funções do agente comunitário, mas o contrário não é possível):

Agente Comunitário de Saúde

- Realizar ações educativas junto à comunidade;
- Identificar os sintomáticos respiratórios nos domicílios e na comunidade;
- Orientar a coleta e o encaminhamento de baciloscopia dos sintomáticos respiratórios na comunidade;
- Orientar e encaminhar casos suspeitos e contatos à unidade de saúde para consulta, diagnóstico e tratamento;
- Fazer visita domiciliar e supervisionar a tomada diária da medicação específica;
- Manter ficha de acompanhamento atualizada e observar o comparecimento às consultas;
- Participar, com a equipe, do planejamento de ações para o controle da tuberculose na comunidade;
- Verificar a situação vacinal das crianças e, se necessário, encaminhar à unidade de saúde básica/centro de saúde para receber vacina.

Auxiliar de Enfermagem

- Realizar ações educativas junto à comunidade;
- Identificar os sintomáticos respiratórios em visita domiciliar na comunidade e na unidade básica de saúde;
- Identificar o pote, orientar a coleta de baciloscopia e encaminhar o material ao laboratório;
- Receber o resultado do exame, protocolar e anexá-lo ao prontuário;
- Supervisionar o uso correto da medicação nas visitas domiciliares e o comparecimento às consultas;
- Fornecer a medicação, orientar seu uso e importância do tratamento;
- Identificar contatos, encaminhá-los aos exames de rotina e controlar seu comparecimento;
- Aplicar a vacina BCG, caso tenha capacitação para tal.

Enfermeiro

- Realizar ações educativas junto à clientela da unidade de saúde e na comunidade;
- Identificar os sintomáticos respiratórios na demanda espontânea da unidade de saúde ou através dos relatos dos ACS;
- Solicitar e orientar quanto à coleta de baciloscopia ou outros exames normatizados, que se façam necessários;
- Realizar consulta de enfermagem e encaminhar o doente ao médico, para iniciar tratamento;
- Programar quantidades de medicamentos necessários ao tratamento e dispensá-los para cada doente;
- Orientar como usar a medicação e sobre reações adversas e interações medicamentosas;
- Acompanhar a ficha da tomada diária dos medicamentos;
- Convocar contatos e doentes faltosos e em abandono de tratamento;
- Transferir o doente, quando necessário;

- Aplicar a vacina BCG e prova tuberculínica (PPD), caso tenha capacitação para tal;
- Notificar a doença e manter os livros de registro e acompanhamento atualizados;
- Fazer tratamento supervisionado na unidade de saúde e no domicílio;
- Supervisionar o trabalho dos agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem;
- Identificar reações adversas e interações medicamentosas;
- Planejar, juntamente com a equipe e coordenação municipal, estratégias de controle da tuberculose na comunidade.

Médico

- Realizar ações educativas na comunidade;
- Orientar, examinar os sintomáticos respiratórios e solicitar baciloscopia ou outros exames que se façam necessários;
- Notificar, instituir, acompanhar e encerrar (alta) o tratamento ou quimioprofilaxia nos contatos;
- Detectar efeitos adversos aos medicamentos e investigar co-infecção com HIV;
- Identificar e referenciar os casos de falências terapêuticas, com indicação para hospitalização e os extrapulmonares, para diagnóstico em unidade de maior complexidade;
- Fazer visita domiciliar, quando necessária.

Não há descrição das atividades dos técnicos de enfermagem e dos ACS de Rua no Manual de Vigilância Epidemiológica da Tuberculose. Contudo, pode-se apreender, durante a coleta de dados, que a função dos primeiros se aproximava das atividades, descritas acima, dos auxiliares de enfermagem, enquanto que as ações dos ACS de Rua eram as mesmas dos ACS de modelo tradicional, só que voltadas às pessoas em situação de rua ou albergadas.

Continuando a análise da Tabela 21, observa-se que 60% (24) dos profissionais atuavam há mais de cinco anos em sua categoria. Com relação à inserção em ações de controle da TB, 30% (12) atuavam entre 6 meses e 1 ano; 22,5% (9) trabalhavam entre um e dois anos; 10% (4) entre 3 e 4 anos e a maioria (37,5% - 15) atuava há 4 anos ou mais. Tais constatações permitem inferir que a maior parcela dos profissionais tinham familiaridade com sua profissão e com as atividades do Programa de Controle.

Sobre esta temática, Maciel et al. (2008), em estudo acerca do conhecimento de agentes comunitários de saúde no controle da tuberculose, em Vitória (ES), observaram que o maior tempo de atividade estava relacionado à maior compreensão em torno da doença, bem como das atividades efetivamente realizadas no controle da tuberculose.

Embora em realidade muito diferente da brasileira, Hashim, Kubaisy e Dulayme (2003), em estudo sobre o conhecimento, atitudes e práticas de profissionais de saúde do Iraque, demonstraram que o conhecimento sobre a tuberculose estava fortemente associado à idade e ao tempo de serviço, embora destaquem que, igualmente importante, é a qualificação que receberam para desempenhar tais atividades.

Neste sentido, a análise da Tabela 22, permite observar que quase a metade dos profissionais entrevistados (45% - 18), nunca (12,5% - 5) ou quase nunca (32,5% - 13) tiveram a temática da TB abordada durante sua formação, embora 7,5% (3), 10% (4) e 37,5% (15), respectivamente, às vezes, quase sempre e sempre tiveram o tema abordado.

Quando questionados se, durante a sua formação, tiveram disciplinas ou estágios que permitiram vivenciar a temática da TB, 65% (26) dos profissionais referiram nunca (45,0% - 18) ou quase nunca (20,0% - 8), enquanto 7,5% (3), 5% (2) e 22,5% (9), referiram que isto ocorreu às vezes, quase sempre e sempre, respectivamente.

Tabela 22 - Distribuição dos profissionais segundo freqüência à menção de aspectos relacionados à qualificação para atuar com TB. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Freqüência/ Qualificação Profissional	Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Abordagem do tema TB durante a formação profissional	05	12,5	13	32,5	03	7,5	04	10,0	15	37,5	0	0	40	100,0
Disciplinas/ estágios relacionados à TB, durante a formação	18	45,0	08	20,0	03	7,5	02	5,0	09	22,5	0	0	40	100,0
Treinamento específico no serviço para atuar com TB	14	35,0	06	15,0	04	10,0	05	12,5	11	27,5	0	0	40	100,0
Qualificação para atender pessoas com TB	05	12,5	07	17,5	05	12,5	04	10,0	19	47,5	0	0	40	100,0

Já em se tratando da qualificação no serviço para atuar com TB, destaca-se que metade dos entrevistados (20) nunca (35,0% - 14) ou quase nunca (15,0% - 6) recebeu treinamento específico para atuar em ações de controle da TB, e que 10,0% (4), 12,5% (5) e 27,5% (11) referiram: às vezes, quase sempre e sempre, respectivamente.

Por fim, com relação à qualificação para atender aos pacientes portadores de TB, a maioria (57,5% - 23) respondeu que sempre (47,5% - 19) ou quase sempre (10,0% - 4) foram qualificados, embora porcentagem importante (30,0% - 12) tenha referido que nunca (12,5% - 5) ou quase nunca (17,5% - 7) isto ocorreu.

Nota-se, portanto, que para todas as questões relativas à formação e qualificação profissional para atuação no combate à tuberculose, pelo menos 30% (12) dos entrevistados relataram nunca ou quase nunca ter experiência suficiente. Isto induz a interpretar que os profissionais – particularmente, aqueles com qualificação mais reduzida – podem ter falhas no conhecimento acerca da enfermidade que podem influenciar no desenvolvimento da terapêutica.

Com relação à formação insuficiente ou inadequada para atuar com a portadores da enfermidade, incluindo aspectos relacionados à biossegurança, pode elevar o risco de contaminação e adoecimento de profissionais e de estudantes da área da saúde, conforme discutido anteriormente (Joshi et al., 2006; Maciel et al., 2009a; Prado et al., 2008). A respeito da necessidade de qualificação para o trabalho, Maciel et al. (2008) argumentam que atividades de educação permanente podem contribuir para o aumento do conhecimento dos profissionais de qualificação mais reduzida, como os ACS, e, por consequência, elevar a detecção de novos casos na comunidade.

Ainda sobre esta temática, em estudo voltado à avaliação do conhecimento de médicos e enfermeiros acerca da prevenção, diagnóstico e tratamento da tuberculose, Maciel et al. (2009b), investigaram 50 profissionais e demonstraram que ambas as categorias de profissionais possuíam conhecimento adequado em relação à transmissão e ao diagnóstico da tuberculose. No entanto, apesar de destacarem que são indispensáveis o contínuo estudo e capacitação dos profissionais para prestar o melhor atendimento possível, os autores apontam que outras causas colaboram para a manutenção da alta prevalência da tuberculose em nosso País, a exemplo das falhas no vínculo com os profissionais e o acesso inadequado aos serviços de saúde.

Tabela 23 - Distribuição dos profissionais segundo frequência à menção de aspectos relacionados à qualificação para atuar com a diversidade da comunidade. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Frequência/ Qualificação Profissional	Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Qualificação para atuar com a diversidade da comunidade	06	15,0	05	12,5	08	20,0	04	10,0	17	42,5	0	0	40	100,0
Bom relacionamento com as pessoas da comunidade	01	2,5	0	0	02	5,0	04	10,0	33	82,5	0	0	40	100,0
Pergunta se os serviços estão satisfazendo os usuários	08	20,0	02	5,0	09	22,5	03	7,5	18	45,0	0	0	40	100,0

Continuando a avaliar a qualificação dos profissionais, quando perguntados se foram qualificados para atuarem segundo a diversidade cultural da comunidade, pouco mais da metade (52,5% - 21) respondeu sempre (42,5% - 17) ou quase sempre (10,0% - 4). Ainda assim, contingente expressivo (27,5% - 11) referiu nunca (15,0% - 6) ou quase nunca (12,5% - 8) ter tido qualificação para tal.

Em se tratando da sua relação com as pessoas da comunidade, a maioria dos profissionais (92,5% - 37) relatou um bom convívio sempre (82,5% - 33) ou quase sempre (10,0% - 4), embora se note que um trabalhador (2,5%) tenha referido que nunca teve bom relacionamento com a comunidade.

Por fim, é interessante notar que, quando foram indagados se inquiriam os usuários se os serviços oferecidos estavam satisfazendo suas necessidades de saúde, pouco menos da metade (45,0% - 18) apontaram que isto ocorria sempre, enquanto que 25,0% (10) apontaram nunca ou quase nunca fazê-lo.

De acordo com Fekete (1995), a baixa qualificação para atuar de acordo com a diversidade cultural da comunidade, pode gerar problemas na relação da equipe de saúde com a população, inclusive, configurando-se como obstáculo ao acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose. Um exemplo disso, segundo a autora, pode ser representado pelo profissional de saúde que apresenta atitudes, vocabulário e valores que não contribuem para sua comunicação com os usuários.

Para que a assistência à saúde ocorra de forma adequada, igualmente adequada deve ser a relação estabelecida entre a equipe de saúde e a comunidade, tanto no primeiro contato com o serviço, como nos contatos subseqüentes. Para reduzir obstáculos ao acesso aos serviços e favorecer a adesão ao tratamento, é imprescindível assegurar que a formação dos profissionais de saúde seja coerente com os perfis epidemiológicos da população, bem como com seus valores e costumes, de modo a permitir a construção da empatia e do vínculo com os usuários (Fekete, 1995).

Evidencia-se, desta forma, que os processos relacionados ao acesso aos serviços, ao vínculo com os profissionais e à adesão ao tratamento, são fundamentais para o entendimento da determinação da ocorrência da tuberculose, especialmente no caso dos grupos de pessoas cuja inserção social é precária, tal qual ocorre com as pessoas em situação de rua e imigrantes.

Neste sentido, partindo do pressuposto da reflexividade social, ou seja, de que a observação de qualquer fenômeno é determinada pelo conhecimento que a sociedade tem a esse respeito (Giddens, Beck, Lasch, 1997), pode-se inferir que, embora determinados pelas características advindas da inserção social do usuário, os processos supracitados também estão intimamente ligados à percepção que a sociedade (representada pelos profissionais de saúde) estabelece sobre eles.

Maior consistência a essa afirmação pode ser encontrada a seguir, quando serão apresentados os achados relativos ao acesso aos serviços, ao vínculo com os profissionais e à adesão ao tratamento.

4.2 – O Acesso ao Diagnóstico e ao Tratamento

De acordo com o último relatório da OMS sobre o controle global da tuberculose, nos últimos anos, a taxa de detecção da enfermidade estagnou em pouco mais de 60%, o que pode significar que uma em cada três pessoas portadoras da doença não tem acesso ao sistema de saúde e, por consequência, jamais foi diagnosticada, sendo descoberta a TB apenas por ocasião da morte (OMS, 2009).

No Brasil, nota-se fenômeno semelhante, tendo em vista que a média anual de casos novos da enfermidade é de 95 mil, embora apenas 75 mil sejam notificados (OMS, 2009). De acordo com Santos et al. (2007), a despeito do fato de ser um direito universal, assegurado na legislação brasileira, o acesso aos serviços de saúde é reflexo da inserção social dos indivíduos, determinando não apenas a incidência da tuberculose nos grupos mais vulneráveis, mas também seu agravamento – pela demora no diagnóstico e tratamento – e manutenção da cadeia epidemiológica – pois prolonga o período da transmissão e aumenta o risco de infecção entre os contatos do doente.

Assis, Villa e Nascimento (2003) advogam que há um descompasso entre a legislação e a legitimidade social do acesso aos serviços de saúde, em âmbito nacional, uma vez que convivemos com acessos seletivos, efetivados na contratação de profissionais ou planos de saúde, segundo o poder de compra do usuário; focalizados, pois restringem o atendimento público a determinados serviços ou programas, com foco nos grupos sem condições de pagar pelos serviços; e excludentes, tendo em vista que estimulam a procura de serviços privados, em função da deterioração da atenção nos serviços públicos, como consequência dos mecanismos de racionamento de gastos, pautados na lógica do mercado.

Tabela 24 - Distribuição dos usuários segundo local procurado para assistência e referência ao local de diagnóstico. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Indicador	Variável	Nº	%
Serviço procurado quando do início dos sinais/sintomas	UBS	32	60,4
	Pronto Socorro /Hospitais	19	35,8
	SAES DST/Aids	02	3,8
	Total	53	100,0
Serviço que diagnosticou o caso	UBS	34	64,2
	Pronto Socorro /Hospitais	17	32,0
	SAES DST/Aids	02	3,8
	Total	53	100,0

Reitera-se, desta forma, a percepção de que os usuários de serviços públicos de saúde são submetidos ao descaso, principalmente nas unidades de menor complexidade, cuja imagem se associa às populações que não podem custear uma assistência de “melhor qualidade”. Em consequência, de acordo com Puccini e Cornetta (2008), prevalece a incerteza do acesso ao diagnóstico nas UBS, fato que, geralmente, leva o usuário a procurar assistência em serviços de maior complexidade, para problemas de saúde que poderiam ser resolvidos no nível primário, como é o caso da tuberculose.

Neste sentido, a Tabela 24 permite verificar que, ao sentirem os primeiros sintomas da tuberculose, apesar de 60,4% (32) dos usuários terem procurado as UBS, porcentagem importante (35,8% - 19) referiu ter procurado Pronto-Socorros ou Hospitais.

As motivações dos usuários para buscarem atendimento em nível secundário, podem estar relacionadas às dificuldades de acesso à Atenção Básica e ao agravamento do quadro do indivíduo, que acaba tendo que procurar unidade de emergência. Contudo, Puccini e Cornetta (2008) enfatizam que não se pode descartar a hipótese de que tal procura seja, antes de qualquer coisa, resultante da busca irrefreável de um usuário por

uma consulta médica imediata, que pode ser obtida nesta modalidade citada.

Cabe ressaltar que 96,2% (51) dos usuários tiveram seu diagnóstico realizado no mesmo serviço que procuraram, à ocasião dos primeiros sintomas da doença, e que 3,8% (2) dos usuários procuraram e tiveram seu diagnóstico realizado em SAES DST/Aids (Tabela 24). Tais dados evidenciam que os serviços de urgência e emergência, assim como os de especialidades, constituem uma importante porta de entrada para os doentes com tuberculose, sendo imprescindível seu reconhecimento como tal, para a efetivação da integralidade do acesso ao diagnóstico e controle da enfermidade.

A integralidade é compreendida como resultado do esforço dos diversos serviços e níveis de atenção à saúde para assegurar acesso à finalização do cuidado, tanto na unidade que serviu como porta de entrada, por meio da equipe de saúde, como na rede de serviços, por meio do sistema de referência e contra-referência (Cecílio, 2001).

Neste processo, segundo Schraiber, Nemes e Mendes-Gonçalves (2000), as unidades básicas de saúde, responsáveis pela operacionalização da APS, atuariam como um nível próprio de atendimento, pressupondo alta resolubilidade frente às demandas básicas, e como "porta de entrada" para a atenção secundária (ambulatórios especializados, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, algumas unidades de pronto-socorro) e terciária (serviços hospitalares de maior complexidade). No entanto, os autores salientam que isto requer alta sensibilidade diagnóstica, a fim de propor encaminhamentos adequados, no interior do sistema assistencial.

Com a institucionalização do SUS, a assistência aos usuários do sistema público de saúde passou a ser organizada a partir da Atenção Básica e de ações de Média e Alta Complexidade, em âmbitos ambulatorial e hospitalar. Assim, o acesso aos serviços de saúde deveria ser realizado, prioritariamente, a partir da UBS, que tem potencial para resolver 80% dos problemas de saúde, incluindo o diagnóstico e tratamento da tuberculose. No entanto, se não resolvidos, devem ser encaminhados para serviços de maior complexidade tecnológica (Brasil, 2008b).

Segundo Oliveira, Mattos, Souza (2009), apesar da ênfase dada à lógica territorial, no processo de reorientação do modelo assistencial, e da definição da Atenção Básica como porta de entrada do sistema, os usuários do SUS, demonstram, historicamente, preferência por prontos-socorros e hospitais, quando buscam assistência médica. Desta forma, dentro de certos limites, as pessoas adotam seus próprios critérios para escolher serviços que utilizam (Kovacs et al., 2005; Puccini, Cornetta, 2008).

Neste sentido, Oliveira, Mattos e Souza (2009), em estudo sobre as motivações que instigam o usuário do SUS a buscar assistência básica de saúde em um pronto-socorro, verificaram que os usuários apontam barreiras ao acesso, como limitações em termos de recursos humanos e materiais, para não utilizarem os serviços de AB. Por outro lado, prontos-socorros e hospitais se apresentam, para eles, como espaços de maior resolubilidade.

Um outro aspecto importante, apontado por Kovacs et al. (2005), em estudo sobre a acessibilidade em serviços de pronto-socorro, refere-se ao fato de que, por não ser rotina o exercício da contra-referência nestas unidades, há aumento no tempo decorrido entre o diagnóstico realizado em um pronto-socorro e o início ou a continuidade do tratamento na Atenção Básica. Isto ocorre porque tais serviços, geralmente, não mantêm articulação formal com a atenção primária, o que, indubitavelmente, pode influenciar na acessibilidade ao tratamento e no agravamento da doença, conforme apontam Needham et al. (2004).

Portanto, evidencia-se que a resolubilidade da rede hierarquizada, em cada nível e no sistema como um todo, está articulada à qualidade técnica do atendimento prestado, às relações entre profissionais e usuários, à integralidade na utilização dos recursos disponíveis, além dos conhecimentos, experiências e concepções que orientam as ações de usuários e profissionais, que determinam, por conseqüência, os processos de saúde e doença em um dado contexto sociocultural (Kovacs et al., 2005).

Nessa linha, apresentam-se, a partir da Tabela 25, os resultados das opiniões de usuários e profissionais sobre questões que determinam o acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose, iniciando-se pelo tempo e freqüência no serviço para a consecução do diagnóstico.

Tabela 25 - Distribuição dos usuários e profissionais segundo opiniões sobre o tempo para a consecução da assistência no período do diagnóstico. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Indicador	Variável	Usuários		Profissionais	
		Nº	%	Nº	%
Tempo para conseguir consulta no serviço de saúde (em dias)	5 ou mais	08	15,1	07	17,5
	4	01	1,9	0	0
	3	01	1,9	0	0
	2	06	11,3	02	5,0
	1	37	69,8	31	77,5
	Total	53	100,0	40	100,0
Frequência de procura ao serviço para conseguir atendimento (em vezes)	5 ou mais	04	7,5	01	2,5
	4	03	5,7	02	5,0
	3	02	3,8	03	7,5
	2	07	13,2	03	7,5
	1	36	67,9	31	77,5
	Não lembrava	01	1,9	0	0
	Total	53	100,0	40	100,0

A análise da Tabela 25 permite observar que a maioria dos usuários (69,8% - 37) e profissionais (77,5% - 31) concordam que o tempo para conseguir consulta relacionada ao diagnóstico da TB, geralmente, é de 24 horas. No entanto, percentuais consideráveis de usuários (15,1% - 8) e profissionais (17,5% - 7) referiram que este tempo pode ser de cinco dias ou mais. Já em relação à frequência de procura para conseguir atendimento, ambos os grupos mencionaram que o usuário consegue ser atendido por ocasião da primeira vez que recorre à UBS, com percentuais semelhantes ao item anterior, entre usuários (67,9% - 36) e profissionais (77,5% - 31), embora seja necessário destacar que 7,5% (4) dos usuários precisou procurar o serviço, pelo menos, cinco vezes para ser atendido.

Tabela 26 - Distribuição dos usuários e profissionais segundo opiniões sobre o tempo para a consecução do diagnóstico. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Indicador	Variável	Usuários		Profissionais	
		Nº	%	Nº	%
Período de tempo para o diagnóstico, a partir do início dos sinais/sintomas (em semanas)	5 ou mais	07	13,2	01	2,5
	4	04	7,5	02	5,0
	3	02	3,8	01	2,5
	2	11	20,8	06	15,0
	1	29	54,7	30	75,0
Total		53	100,0	40	100,0
Frequência de procura ao serviço para ser diagnosticado, a partir do início dos sinais/sintomas (em vezes)	5 ou mais	03	5,7	01	2,5
	4	0	0	02	5,0
	3	08	15,0	03	7,5
	2	11	20,8	15	37,5
	1	29	54,7	19	47,5
	Não lembrava	02	3,8	0	0
Total		53	100,0	40	100,0

Com o auxílio da Tabela 26, verifica-se que a maioria dos usuários (75,5% - 40) foi diagnosticada em um período inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde, ou seja, de 3 semanas, a partir do início dos sinais e sintomas (Brasil, 2002), fato que é corroborado por 90% (6) dos profissionais. Entretanto, observa-se que 13,2% (7) dos usuários demoraram, pelo menos, quatro semanas para serem diagnosticados.

Já em relação à frequência de procura ao serviço até o diagnóstico, destaca-se que 54,7% (29) dos usuários foram diagnosticados no mesmo dia em que procuraram o serviço, mesmo percentual que recebeu a confirmação da enfermidade, no máximo, uma semana depois do início dos sintomas. Tais fatos são corroborados por, pelo menos, 47,5% (19) dos profissionais (Tabela 26).

Estes dados evidenciam uma retaguarda laboratorial adequada para o diagnóstico precoce da tuberculose, tendo em vista que o mesmo é baseado em exame bacteriológico (Brasil, 2002) e que, no Estado de São Paulo, a Portaria GC-2, de 03/03/2006 (que regulamenta as diretrizes para retaguarda laboratorial em tuberculose), resolve, em seu artigo 1º:

a) - Objetivando o diagnóstico precoce para instituição imediata do tratamento e por questões de biosegurança, os resultados de baciloscopia devem ser devolvidos em até 4 horas nos serviços de urgência /emergência e em até 24 horas nos serviços ambulatoriais (Estado de São Paulo, 2006b).

Ademais, considerando que a mesma portaria institui a coleta de duas amostras para diagnóstico, colhendo a primeira no serviço de saúde, no momento da consulta, e a segunda no dia seguinte, é razoável que o usuário compareça duas vezes ao serviço, em caso de demanda espontânea, situação em que se enquadraram 20,8% (11) dos usuários e que é comprovada pela opinião de 37,5% (15) dos profissionais.

A pesquisa direta de bacilo álcool-ácido resistente (BAAR), conhecida popularmente como baciloscopia, é um exame de baixa complexidade e deve ser realizada em todo o paciente que produza escarro, espontaneamente ou de forma induzida. A amostra deve ser coletada, preferencialmente, pela manhã, pois é o momento em que os pacientes costumam apresentar maior expectoração e sua sensibilidade é de 75%, sendo estimado que sejam necessários cerca de 105 bacilos/ml de escarro para ser possível a sua detecção ao microscópio óptico (Malta, Souza, 2007).

Por fim, cerca de um em cada quatro usuários entrevistados (24,5% - 13) levou 3 semanas ou mais e, pelo menos, um em cada cinco (20,7% - 11) precisou procurar o serviço 3 vezes ou mais para a obtenção do diagnóstico. Tal demora, de acordo com Muniz et al. (2005), pode ocorrer porque, não raro, a queixa de tosse é desvalorizada pelo profissional de saúde e, erroneamente, confundida com sinais e sintomas comuns de gripe, resfriado ou decorrentes do uso de tabaco (Tabela 26).

Esses dados são importantes, pois, de acordo com o último Relatório de Progresso do Plano Global de Combate à enfermidade, a taxa de detecção de casos novos, no ano de 2007, foi de 63%. Embora se note um aumento, em comparação ao ano de 2005 (58%), tal percentual ainda é menor que a meta de 68% para o período, inviabilizando, por consequência, a pretensão de 78% de detecção de casos para o ano de 2010 (OMS, 2009).

Embora amplamente conhecida, vale destacar que, desde 2006, foi estabelecida a Stop TB Partnership e o Plano Global de Combate à Tuberculose para a década compreendida entre 2006 e 2015. Ambos têm como premissa o acesso universal ao diagnóstico de alta qualidade e ao tratamento centrado nas necessidades do paciente. A meta estabelecida, para tanto, é a detecção de 70% de todos os casos novos bacilíferos, com 85% de sucesso de tratamento (OMS, 2006).

Em nosso País, embora a Portaria GM/MS nº. 1474, de 19/08/2002, enfatize que o controle da doença compreende o diagnóstico de 90% dos casos esperados e a cura de 85% dos casos diagnosticados (Brasil, 2002), em conformidade com a orientação da OMS, de acordo com Hijjar et al. (2005b), adotam-se as metas internacionais supracitadas.

Neste cenário, a África tem as menores taxas de detecção de casos de tuberculose do mundo, sendo que países com altas taxas de HIV, como a África do Sul, por exemplo, detectaram, no ano de 2007, somente 48% dos casos, abaixo da meta de 69%. Entretanto, mesmo os países com baixas taxas de HIV, detectaram apenas 46%, contra uma meta de 63% (OMS, 2009).

Harries et al. (2003) ao estudarem as causas para a demora no diagnóstico da tuberculose, em pacientes hospitalizados em Malawi (país da África Oriental), observaram que, na primeira vez que os usuários procuram os serviços com queixa de tosse, o mais provável é que o profissional de saúde prescreva um antibiótico e solicite que eles retornem, se houver persistência dos sintomas, sem investigar mais detalhadamente ou formular hipóteses diagnósticas que envolvam a tuberculose.

Perkins e Kritski (2002), em editorial para o volume 80 do Boletim da OMS, sintetizam tais questões, ao afirmarem que o controle efetivo da tuberculose é uma equação balanceada entre o diagnóstico precoce e o tratamento adequado.

No entanto, partindo do entendimento de que a mera presença ou disponibilidade de recursos, em um determinado lugar e momento, não asseguram sua plena utilização (Fekete, 1995), apresentam-se, em seguida, os resultados das opiniões dos usuários e dos profissionais sobre a acessibilidade aos serviços de saúde durante estes dois momentos, cruciais para o controle da doença.

Para Fekete (1995), afirmar que algo é ou não acessível, equivale a dizer, simplesmente, que está fora do indivíduo, o qual tem que desejá-lo, buscá-lo e, finalmente, alcançá-lo. De acordo com a autora, a acessibilidade aos serviços de saúde como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde.

Portanto, para a autora, a acessibilidade refere-se ao processo de buscar e receber assistência à saúde: assim como a disponibilidade (presença de recursos e sua capacidade para produzir serviços) representa um extremo do processo de busca e obtenção da assistência, a utilização (consumo real dos serviços) vem a ser o outro extremo (Fekete, 1995).

Fekete (1995) enfatiza, por fim, que o estudo da acessibilidade, a partir do enfoque de grau de ajuste, permite identificar os fatores que fragilizam, bem como os que potencializam, a busca e obtenção de assistência à saúde, classificando-os como de ordem geográfica, econômica, organizacional e sócio-cultural.

Nesta perspectiva, a acessibilidade às ações de diagnóstico e tratamento da tuberculose, resulta da combinação efetiva de fatores de distintas dimensões, cuja operacionalização, na região investigada, será apresentada a partir da Tabela 27.

Tabela 27 - Distribuição dos usuários e profissionais segundo opiniões sobre a acessibilidade geográfica ao diagnóstico e tratamento. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Frequência/ Elementos que compõe a Acessibilidade	Usuários														Profissionais													
	Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total		Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Procura do serviço mais próximo do local onde vive para descobrir que tinha TB	7	13,2	1	1,9	2	3,8	5	9,4	38	71,7	0	0	53	100,0	2	5,0	0	0	8	20,0	10	25,0	20	50,0	0	0	40	100,0
Tratamento no serviço mais próximo do local onde vive	7	13,2	0	0	0	0	1	1,9	44	83,0	1	1,9	53	100,0	0	0	0	0	6	15,0	10	25,0	24	60,0	0	0	40	100,0
Dificuldades para se deslocar até o serviço onde descobriu que tinha TB	44	83,0	5	9,4	1	1,9	0	0	3	5,7	0	0	53	100,0	16	40,0	6	15,0	10	25,0	7	17,5	1	2,5	0	0	40	100,0
Dificuldades para se deslocar até o serviço onde ocorre o tratamento	43	81,1	7	13,2	1	1,9	0	0	2	3,8	0	0	53	100,0	15	37,5	13	32,5	7	17,5	2	5,0	3	7,5	0	0	40	100,0

Principiando a avaliação da acessibilidade geográfica, ressalta-se que, embora esta dimensão reflita a distância entre a população e os recursos, uma vez que determinada região pode apresentar características físicas que impeçam ou dificultem o acesso (rios, morros, auto-estradas, etc.), tal dimensão também pode ser medida pela frequência com que as pessoas precisam recorrer a meios de transporte para se obter a assistência à saúde, bem como o tempo de locomoção (Fekete, 1995).

Assim sendo, a análise da Tabela 27 permite observar que a maioria dos usuários e profissionais afirmou, respectivamente, que sempre (71,7% - 38; 50% - 20) ou quase sempre (9,4% - 5; 25% - 10) os usuários procuravam o serviço de saúde mais próximo do seu local de moradia para procurar atendimento, quando ainda não tinha a enfermidade diagnosticada.

Já no período de tratamento, nova supremacia de usuários e profissionais, respectivamente, referiu que sempre (83,0% - 44; 60,0% - 24) ou quase sempre (1,9% - 1; 25,0% - 10) os doentes vivem na área adstrita da UBS onde se tratam.

Sobre possíveis dificuldades para se deslocar até o serviço, quando ainda não se tratavam, 83% (44) dos usuários relataram nunca sofrer tal obstáculo. Destaca-se que, entre os profissionais, 60% (24) afirmaram que, com alguma frequência (ou seja, somadas todas as respostas “sempre”, “quase sempre”, “às vezes” e “quase nunca”), os usuários tinham problemas para se deslocar até o serviço para obter o diagnóstico.

Quando a mesma pergunta foi feita, mas com relação ao desenvolvimento do tratamento, percentual ainda maior dos usuários referiu nunca (81,1% - 43) ter dificuldades para se deslocar até o serviço. Nota-se que, na percepção de 62,5% (25) dos profissionais, com alguma frequência, os usuários tinham problemas para chegar ao serviço para a assistência.

De acordo com Fekete (1995), distintos são os níveis de acessibilidade para diferentes necessidades, as quais, por sua vez, devem estar cobertas por distintas características do recurso. Assim é que, para os serviços de Atenção Básica à Saúde (onde os portadores de tuberculose devem receber assistência), a acessibilidade geográfica terá que ser, necessariamente, maior do que para outros serviços, justificando a descentralização de

recursos para os locais mais próximos de onde as pessoas vivem e trabalham.

Por esta razão, o enfoque na territorialidade das ações está entre as principais diretrizes das políticas públicas mundiais em tuberculose, a fim de permitir o fácil acesso das pessoas, tendo em vista que a maioria dos casos podem ser diagnosticados e tratados por profissionais generalistas e em unidades que compõem a atenção básica, mantendo-se um sistema de referência e contra-referência com unidades dotadas de recursos de maior complexidade e de especialistas (Brasil, 2002).

No Brasil, há, em média, uma Unidade Básica para cada 5.424 habitantes, proporção muito mais apropriada do que a recomendada pela OMS, que é de uma UBS para cada 20.000 habitantes. Esta rede, construída ao longo da história da saúde pública no nosso País, está inscrita nos pressupostos do Sistema Único de Saúde, ou seja, deve, necessariamente, garantir o acesso gratuito, integral e universal ao diagnóstico, tratamento e à prevenção ao conjunto da sociedade (Franco, Merhy, 2003). No entanto, à época da coleta de dados, se notava um déficit de unidades, uma vez que as cinco UBS perfazem menos que um terço das unidades preconizadas para a população da área (Tabela 28).

A fim de melhorar esta situação, segundo relato da supervisora técnica de saúde da região, para o ano de 2010, esta Subprefeitura pretende inaugurar mais três unidades básicas com equipes de PSF, todas em parceria com a OSS Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, responsável pelo “PSF de Rua”, nos bairros Sé (com 8 equipes), Boracea (bairro localizado próximo à divisa com a Barra Funda, contendo 3 equipes) e República (com 4 equipes).

Salienta-se que, de acordo com o Ministério da Saúde, a incorporação das ações de controle da tuberculose pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, tem papel fundamental para romper com obstáculos geográficos para o acesso ao diagnóstico e ao tratamento da doença, principalmente, entre os grupos sociais de inserção mais precária, como as pessoas em situação de rua (Brasil, 2002).

Tabela 28 - Distribuição das UBS nos distritos do cenário de estudo. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Distritos	População	UBS	Taxa de UBS (por 20 mil hab)
Bela Vista	58.001	02	0,69
Bom Retiro	22.324	01	0,89
Cambuci	24.725	01	0,80
Consolação	48.258	00	0,00
Liberdade	54.536	00	0,00
República	42.420	00	0,00
Santa Cecília	63.413	01	0,31
Sé	16.927	00	0,00
Total	330.604	05	0,30

Contudo, de acordo com Fekete (1995), a alta acessibilidade geográfica não garante, necessariamente, a possibilidade de utilização dos recursos por parte da população. Isto pode ocorrer em decorrência de interferências de elementos relacionados à outras dimensões da acessibilidade, como a credibilidade do serviço, o horário de funcionamento e a preferência por assistência médica imediata (pronto socorro), o que pode fazer com que a população não se utilize dos serviços de saúde mais próximos do seu local de moradia.

Na região de estudo, a partir do relato informal de profissionais e usuários, acredita-se que este fenômeno ocorra por razões relacionadas ao estigma e medo de reconhecimento nas unidades mais próximas de sua comunidade. Porto (2007) advoga que, embora a tuberculose tenha cura, até os dias de hoje, é uma enfermidade estigmatizada, sobretudo, nas comunidades mais carentes, devido à sua associação com a fome e à incapacidade de prover recursos mínimos para sua própria sobrevivência ou da família.

Ademais, a autora aponta que o imaginário sobre a enfermidade ainda está relacionado aos excessos, como o consumo de bebida e farras, o que coloca em evidência estereótipos comportamentais. Ademais, também as idéias de contágio são difusas e a observação de freqüentes recaídas, principalmente entre os grupos sociais mais vulneráveis, provoca descrença na possibilidade de cura da doença. Assim, “o tísico” carrega uma marca que altera profundamente sua inserção no grupo social e, em decorrência do preconceito, surgem entraves cotidianos, tanto para o doente, em assumir e seguir seu tratamento, quanto para os profissionais de saúde, como por exemplo, nas ações para o encontro de comunicantes e, em última instância, para o controle da doença (Porto, 2007).

Finalizando a análise sobre a dimensão geográfica da acessibilidade, quando perguntados acerca da necessidade de transporte motorizado para ir ao serviço que diagnosticou a tuberculose (Tabela 29), nota-se que a maioria dos usuários e profissionais relatou, respectivamente, que nunca (54,7% - 29; 37,5% - 15) ou quase nunca (3,8% - 2; 20,0% - 8) as pessoas precisavam utilizar tal meio de transporte para serem diagnosticadas.

Destaca-se que 30,0% (12) dos profissionais mencionaram que, esporadicamente, os usuários precisavam de transporte para ir até o serviço em que receberam o diagnóstico, percepção assentida por 28,3% (15) dos usuários, que disseram que sempre precisavam de transporte.

Com relação à mesma necessidade para o período de tratamento, percentuais um pouco superiores dos usuários, disseram que nunca (56,6% - 30) necessitavam de transporte, enquanto que 60% (24) dos profissionais afirmaram que, com alguma freqüência, os usuários dependiam desse meio de locomoção para se tratar no serviço.

Nota-se que o mesmo número de indivíduos (28,3% - 15) que sempre precisavam de transporte no período do diagnóstico, também necessitavam no período de tratamento, da mesma forma que o número de profissionais que acreditava que os usuários, às vezes, precisavam (30% - 12), permaneceu o mesmo.

Tabela 29 - Distribuição dos usuários e profissionais segundo opiniões sobre a acessibilidade geográfica e dispêndio financeiro para transporte na fase de diagnóstico e durante o tratamento. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Frequência/ Elementos que compõe a Acessibilidade	Usuários														Profissionais													
	Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total		Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Necessitou de transporte para se deslocar até o serviço onde descobriu que tinha TB	29	54,7	2	3,8	5	9,4	1	1,9	15	28,3	1	1,9	53	100,0	15	37,5	8	20,0	12	30,0	3	7,5	2	5,0	0	0	40	100,0
Necessitou de transporte para se deslocar até o serviço onde ocorria o tratamento	30	56,6	3	5,7	5	9,4	0	0	15	28,3	0	0	53	100,0	16	40,0	7	17,5	12	30,0	3	7,5	2	5,0	0	0	40	100,0
Gastou dinheiro com transporte para se deslocar até o serviço onde foi descoberta a TB	32	60,3	2	3,8	1	1,9	0	0	16	30,2	2	3,8	53	100,0	17	42,5	6	15,0	11	27,5	2	5,0	2	5,0	2	5,0	40	100,0
Gasta dinheiro com transporte para se deslocar até o serviço onde ocorria o tratamento	33	62,2	0	0	1	1,9	0	0	16	30,2	3	5,7	53	100,0	17	42,5	3	7,5	11	27,5	1	2,5	7	17,5	1	2,5	40	100,0

Ainda que em realidade totalmente distinta da de nosso País, Lin et al. (2008), em estudo sobre os efeitos dos obstáculos geográficos ao tratamento da tuberculose, em uma província montanhosa da China, afirmam que a necessidade de visitas constantes a serviços de saúde, principalmente àqueles localizados a grandes distâncias do domicílio, aumentaram o risco de abandono ao tratamento.

Jackson et al. (2006), ao avaliar os efeitos econômicos da tuberculose entre doentes de região rural do mesmo País, verificaram que o próprio tratamento foi um fator agravante para aumentar a pobreza dos doentes, em função dos dispêndios constantes com transporte.

Neste sentido, a Tabela 29 permite observar que aqueles usuários que responderam sempre e quase sempre ter precisado de transporte para ir ao serviço obter o diagnóstico, também sempre precisavam pagar (30,2% - 16) por condução. É importante mencionar que não se sabe ao certo até que ponto os profissionais de saúde conhecem a situação dos usuários dos serviços em relação a tal questão, pois 42,5% (17) posicionaram-se afirmando que os usuários nunca necessitam gastar dinheiro para ir à unidade de saúde para o diagnóstico da doença.

Feita a mesma pergunta para o período de tratamento, nota-se o mesmo percentual de usuários (30,2% - 16) que apontaram sempre precisar pagar por transporte, no período de diagnóstico, referiram que isto ocorria durante o tratamento. Em relação aos profissionais de saúde, repetiu o montante (42,5% - 17) daqueles que inferem que os usuários nunca necessitavam gastar dinheiro, tanto para a consecução do diagnóstico, como durante o tratamento.

Needham et al. (2004), ao investigarem as barreiras ao cuidado, referidas por pacientes portadores de tuberculose na Zâmbia, observaram que as distâncias a serem vencidas e os custos advindos da necessidade de utilização freqüente de transporte, criavam obstáculo econômico significativo para os pacientes, a ponto de as famílias pouparem na aquisição de alimentos básicos, em favorecimento ao tratamento do usuário. Ademais, a despeito da questão econômica, os autores ressaltam que, devido às

barreiras geográficas, os pacientes mais debilitados sequer compareciam aos encontros acordados com o profissional de saúde.

Em relação ao acesso a benefícios oferecidos pelo Programa de Controle da Tuberculose, a análise da Tabela 30 revela que a maioria dos usuários nunca (58,5% - 31) ou quase nunca (9,4% - 5) receberam o vale transporte durante o tratamento, sendo que apenas 17,0% (9) sempre recebiam. Esta última situação é confirmada na perspectiva dos profissionais, haja vista que apenas 20,0% (8) afirmaram que os doentes recebiam o incentivo constantemente.

Observa-se, assim, a interação negativa entre acessibilidade geográfica e organizacional, que se revela na intermitência do vale-transporte. Acresça-se o fato de que mais da metade dos usuários entrevistados (54,7% - 29) não tinham renda fixa (Tabela 18) e que 26,6% (12) daqueles que trabalhavam, antes de contrair a tuberculose, deixaram seu emprego após o aparecimento dos sintomas (Tabela 17), então tem-se a idéia do impacto desta intermitência em relação à adesão ao tratamento supervisionado, modalidade terapêutica que 94% (47) dos usuários realizavam na própria UBS (Tabela 20). Destaca-se, ainda, que o Tratamento supervisionado requer a observação da ingestão do medicamento, minimamente, durante três dias - nos dois primeiros meses - e dois dias por semana - nos quatro meses restantes (Brasil, 2002).

Mas, esta lógica toma contornos ainda mais complexos quando se trata da cesta básica, outro incentivo ao tratamento supervisionado, a que o usuário tem direito se cumprir, sem faltas, o mês de tratamento. Tendo em vista que a maioria daqueles 30,2% (16) dos usuários que sempre pagavam por transporte (Tabela 29), também deveria estar entre os 94% (47) que realizavam o tratamento supervisionado na própria UBS (Tabela 20), é razoável inferir que estes indivíduos teriam que pagar por seu transporte, de oito a doze dias por mês, no trajeto de ida e volta para seu local de moradia, para ter o direito de receber a cesta básica. Em se tratando das condições gerais de vida das pessoas portadoras de tuberculose, nessa região, esta é uma questão que deve ser analisada com o devido cuidado pelos formuladores de políticas públicas.

Tabela 30 - Distribuição dos usuários e profissionais segundo menção ao recebimento de benefícios durante o tratamento e sobre necessidade de falta no trabalho para o diagnóstico e tratamento da doença. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Frequência/ Elementos que compõe a Acessibilidade	Usuários														Profissionais													
	Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total		Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Recebimento de vale transporte	31	58,5	5	9,4	5	9,4	0	0	9	17,0	3	5,7	53	100,0	10	25,0	3	7,5	14	35,0	4	10,0	8	20,0	1	2,5	40	100,0
Recebimento de cesta básica	21	39,6	5	9,4	10	18,9	6	11,3	10	18,9	1	1,9	53	100,0	2	5,0	1	2,5	15	37,5	8	20,0	12	30,0	2	5,0	40	100,0
Faltou ao trabalho/ compromisso quando do diagnóstico da TB	26	49,1	10	18,9	3	5,7	1	1,9	6	11,3	7	13,2	53	100,0	15	37,5	10	25,0	7	17,5	3	7,5	3	7,5	2	5,0	40	100,0
Falta ao trabalho/ compromisso durante o tratamento	22	41,5	11	20,8	7	13,2	1	1,9	3	5,7	9	17,0	53	100,0	13	32,5	12	30,0	5	12,5	4	10,0	5	12,5	1	2,5	40	100,0

Talvez por esta razão, quando perguntados sobre a frequência de recebimento deste incentivo (Tabela 30), quase a metade dos usuários (49,0% - 26) relatou nunca (39,6% - 21) ou quase nunca (9,4% - 5) ter usufruído, sendo que apenas 18,9% (10) referiram recebê-la sempre. Entretanto, parece haver um grande distanciamento da interpretação dos profissionais de saúde em relação ao que se efetiva na realidade, pois 30,0% (12) apontaram a sua entrega sempre.

Sendo assim, comprova-se fragilidade na organização dos serviços que, informalmente, usuários e profissionais já haviam relatado durante a coleta de dados: a principal dificuldade para a adesão ao tratamento dos doentes entrevistados, além da comorbidade com o alcoolismo e outras drogas, é a intermitência dos incentivos. Segundo relato de um usuário, até mesmo o lanche oferecido como café da manhã, após a ingestão dos medicamentos (já que é indicada, conforme citado anteriormente, a tomada dos fármacos em jejum) teve a quantidade de itens diminuída, de três para dois (um achocolatado e um pacote com cerca de 10 biscoitos de maisena).

É importante registrar que o Programa Nacional de Controle da Tuberculose fomenta, financeiramente, as ações de controle da doença nos municípios, sugerindo que tais recursos devam ser empregados, principalmente, para assegurar o comparecimento dos pacientes nos dias aprazados (pagar sua passagem até a unidade ou buscar os faltosos, por exemplo), adquirir alimento que facilite a ingestão das drogas e trazer os contatos para exame, embora destaque-se que *“o seu uso não está condicionado a nenhum critério fixo”* (Brasil, 2002, p. 51).

Tal qual afirma Ruffino-Netto (2002) aponta, os recursos de nada adiantam se não forem colocados ao alcance da população em geral. Nesta perspectiva, Stotz (2004, p.292) conclui que, no âmbito do SUS, apesar de a saúde ser um direito, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem o acesso universal, *“o sistema organizado para garantir este direito responde (precariamente e com baixa resolubilidade) à doença no plano individual”*.

Portanto, a despeito do fato de o acesso à saúde ser um direito universal, garantido pela Constituição brasileira, nota-se barreiras à sua efetivação, dentre as quais, as de ordem econômica.

Para Fekete (1995), o consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência à saúde, assim como os prejuízos por perda de dias de trabalho ou afastamento (licença médica) e os custos com transporte e medicamentos, são apenas alguns obstáculos econômicos ao diagnóstico e tratamento de uma doença crônica, como a tuberculose.

Sob esta perspectiva, a Tabela 30 permite observar que 37,7% (20) dos usuários afirmaram que, com alguma frequência foi preciso perder turno no trabalho ou outros compromissos para ir ao serviço que diagnosticou sua enfermidade, dentre os quais, 11,3% (6) referiram que isto ocorria sempre.

Já durante o tratamento, esta situação parece revelar piora, pois 41,5% (22) referiram que isto ocorria com alguma frequência (ou seja, somadas todas as respostas “sempre”, “quase sempre”, “às vezes” e “quase nunca”). Entretanto, ressalta-se que a porcentagem de usuários que mencionou que tal necessidade ocorria sempre, caiu pela metade (5,7% - 3). Da parte dos profissionais de saúde.

Da parte dos profissionais de saúde, 57,5% (23) relataram que os usuários perdem, com alguma frequência, períodos de trabalho ou compromissos para serem diagnosticados. Já durante o tratamento, de acordo com 65% (26) destes atores, os usuários se sujeitam a tais perdas, com alguma frequência.

Note-se que a tendência de aumento do número de menções, do diagnóstico para o tratamento, sobre a necessidade de faltar no trabalho ou a compromissos, pode determinar problemas na situação empregatícia dos usuários. Isto pode ser observado, na medida em que 26,6% (12) daqueles que trabalhavam antes de contrair a tuberculose, deixaram de trabalhar justamente no período em que iniciaram o tratamento (Tabela 17). Nesta linha, Jaiswal et al. (2003), em estudo sobre a adesão ao tratamento supervisionado na Índia, observaram que a necessidade de visitas frequentes ao serviço de saúde para a realização do tratamento, gerava

insegurança na situação empregatícia e medo de demissões, por ter que se ausentar e/ou faltar, problemática que, muitas vezes, levava ao abandono do tratamento.

Evidencia-se que a estrutura social, além de determinar a ocorrência da tuberculose, condiciona a acessibilidade ao diagnóstico e ao tratamento. Há que se considerar, ainda, a espiral de situações nesta lógica (admitindo-se a espiral dialética da determinação social da saúde-doença), pois a presença de tuberculose, de igual modo, vai favorecer o desemprego e a piora das condições de pobreza dos usuários. Para Dimitrova et al. (2006) isto configura um ciclo, que pode ser determinante para a prevalência da tuberculose entre populações pobres.

Exemplo disso é a presença da enfermidade nos moradores de rua e imigrantes, que são a expressão viva dos processos de iniquidade econômica, o que constitui um desafio ao processo de produção dos serviços e aos formuladores de políticas, pois, principalmente estes últimos, devem apresentar alternativas que possibilitem a sua inclusão (Illes, Timóteo, Fiorucci, 2008; Mattos, Heloani, Ferreira, 2008).

Neste sentido, a ONU aprovou, no ano 2000, a Declaração do Milênio, um plano de ação concreta para que o mundo reverta o quadro de pobreza, fome e doenças que afetam bilhões de pessoas (inclusive a tuberculose), destacando que o controle da doença, necessariamente, passa pelo combate da pobreza (ONU, 2002).

Além disso, nota-se que elementos da organização dos serviços e dos sistemas de saúde podem ser determinantes para a adesão ao tratamento e, por consequência, para a quebra da cadeia epidemiológica da doença. Assim, a OMS enfatiza que, no contexto atual da epidemiologia da doença, as dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde são cruciais para o controle global da enfermidade (OMS, 1999).

Tabela 31 - Distribuição dos usuários e profissionais segundo opinião sobre elementos que compõem a acessibilidade ao diagnóstico e tratamento. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Frequência/ Elementos que compõe a Acessibilidade	Usuários														Profissionais													
	Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total		Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Oferecimento de pote para baciloscopia para o diagnóstico	1	1,9	0	0	0	0	2	3,8	50	94,3	0	0	53	100,0	0	0	1	2,5	0	0	1	2,5	38	95,0	0	0	40	100,0
Oferecimento de pote para baciloscopia mensal para o controle da TB	2	3,8	0	0	0	0	1	1,9	49	92,4	1	1,9	53	100,0	0	0	1	2,5	0	0	3	7,5	36	90,0	0	0	40	100,0
Levou mais de 1 hora para se consultar quando do diagnóstico da TB	39	73,5	3	5,7	2	3,8	1	1,9	7	13,2	1	1,9	53	100,0	19	47,5	2	5,0	16	40,0	0	0	2	5,0	1	2,5	40	100,0
Leva mais de 1 hora para se consultar/ tratar?	47	88,7	4	7,5	2	3,8	0	0	0	0	0	0	53	100,0	24	60,0	5	12,5	5	12,5	2	5,0	3	7,5	1	2,5	40	100,0

Sob esta perspectiva, a acessibilidade tem como prerrogativa a resposta a uma das diretrizes mais importantes do SUS e do Programa de Controle da Tuberculose: o acesso universal ao diagnóstico e ao tratamento da enfermidade. Nessa linha, é necessário apontar que os obstáculos organizacionais à acessibilidade não se limitam ao contato inicial com a Unidade, mas também podem seguir-se dentro dela e nos demais níveis do sistema (Fekete, 1995).

Neste sentido, a análise da Tabela 31 permite notar que, tanto usuários quanto profissionais, concordaram que o oferecimento de coletores para baciloscopia sempre foi prevalente, tanto para o diagnóstico da doença (respectivamente: 94,3% - 50; 95,0% - 36), quanto para o acompanhamento mensal do tratamento (respectivamente: 92,4% - 49; 90% - 36).

De acordo com o Ministério da Saúde, estima-se que, entre 1% e 5% da população brasileira, seja sintomática respiratória – ou seja, possua tosse e expectoração há mais de três semanas. Nesta perspectiva, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, visando à detecção precoce de possíveis casos, estabeleceu como prioridade entre suas ações, a busca ativa de tais indivíduos, através do oferecimento e realização da baciloscopia de escarro, que tem estimativa de positividade em torno de 4% para a população de sintomáticos respiratórios (Brasil, 2002).

No entanto, a despeito da sua indicação pela OMS para auxiliar no combate à tuberculose nos países em desenvolvimento, tendo em vista que é um método barato e simples, o rendimento diagnóstico da baciloscopia é fortemente associado à extensão da doença e à presença de cavidades pulmonares (Morrone, 2005).

Neste sentido, Morrone (2005) destaca que, embora a OMS realize pesquisas, na tentativa de desenvolver testes de maior eficácia para o diagnóstico da doença, a sensibilidade da radiografia de tórax (tecnologia difundida entre os serviços de média complexidade), é maior que a da baciloscopia de escarro, sendo, portanto, um método auxiliar importante no diagnóstico de pacientes e seus contatos.

Contudo, o autor observa que os médicos responsáveis pelo atendimento de sintomáticos respiratórios, devem ser devidamente treinados

para a interpretação correta do exame radiológico, uma vez que o erro pode prejudicar tanto os pacientes com outras doenças, que deixariam de ser diagnosticadas, quanto os doentes de TB, que podem ficar sem diagnóstico e, conseqüentemente, sem tratamento (Morrone, 2005).

Nota-se, ainda, que um usuário (1,9%) não realizou tal exame para o diagnóstico e outros dois (3,8%) jamais realizaram durante o tratamento, fato que pode ter ocorrido devido ao uso de exames radiológicos para tais ações e/ou, em função da localização extrapulmonar da tuberculose nestes indivíduos, tendo em vista que 13,2% (7) dos usuários entrevistados eram portadores de alguma forma da doença não localizada nos pulmões (Tabela 20). Neste sentido, é necessário apontar que as formas extra-pulmonares apresentam maior dificuldade no diagnóstico, pois costumam ser paucibacilares (Lopes et al., 2006).

Continuando a análise da Tabela 31, percebe-se nova discordância entre a perspectiva dos grupos entrevistados, haja vista que, embora a maioria dos usuários (73,5% - 39) tenha afirmado que os doentes esperam menos de uma hora para serem consultados e obter o diagnóstico, 40,0% (16) dos profissionais apontou que, esporadicamente, este período excedia os 60 minutos, opinião corroborada por 13,2% (7) dos doentes, que relataram sempre esperar mais do que este tempo para serem atendidos, à época do diagnóstico.

É interessante notar que, quando a mesma pergunta foi feita para o período do tratamento, a maioria dos usuários respondeu que nunca (88,7% - 47) levavam mais que uma hora para se consultar/tratar, o que foi afirmado por 72,5% (29) dos profissionais.

Nesta linha de análise, a Tabela 32 permite observar que a maioria dos usuários (66,0% - 35) e profissionais (85,0% - 34) referiu que, caso passassem mal devido à medicação ou à doença, os usuários conseguiam consulta médica em 24 horas.

Da mesma forma, no que tange à consulta mensal para controle do tratamento (Tabela 32), 98,1% (52) dos usuários e 97,5% (39) dos profissionais afirmou sempre ser oferecida tal forma de assistência.

Tabela 32 - Distribuição dos usuários e profissionais segundo opinião sobre elementos que compõem a acessibilidade ao diagnóstico e tratamento. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Frequência/ Elementos que compõe a Acessibilidade	Usuários														Profissionais													
	Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total		Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Consegue consulta médica em 24 horas, se passar mal devido à medicação ou à TB	2	3,8	0	0	4	7,5	1	1,9	35	66,0	11	20,8	53	100,0	1	2,5	0	0	1	2,5	3	7,5	34	85,0	1	2,5	40	100,0
Consulta mensal para controle do tratamento	0	0	0	0	0	0	1	1,9	52	98,1	0	0	53	100,0	0	0	0	0	0	0	1	2,5	39	97,5	0	0	40	100,0
Oferecimento do exame para HIV/Aids	1	1,9	1	1,9	0	0	1	1,9	49	92,4	1	1,9	53	100,0	0	0	0	0	1	2,5	0	0	38	95,0	1	2,5	40	100,0
Se precisar dos resultados de seus exames, estão disponíveis no serviço	1	1,9	0	0	0	0	1	1,9	46	86,8	5	9,4	53	100,0	0	0	0	0	1	2,5	0	0	39	97,5	0	0	40	100,0

Portanto, a análise deste conjunto de questões evidencia que, uma vez iniciado o tratamento, os pacientes parecem receber prioridade de atendimento nas unidades de saúde, pelo menos ao se considerar o acesso às consultas médicas. No entanto, tal qual Mendes-Gonçalves (1992) advoga, há uma relação de circularidade entre as necessidades de saúde e o processo de trabalho instaurado pelos serviços para satisfazê-las.

Neste sentido, tendo em vista que as necessidades da maioria dos usuários portadores de tuberculose estão quase sempre referidas à consulta médica nos próprios serviços de saúde (representada pela procura e pela oferta de ações de diagnóstico e tratamento), tais práticas acabam sendo reconhecidas como resposta às necessidades destes usuários (Schraiber, Nemes, Mendes-Gonçalves, 2000).

Por esta razão, destaca-se que o modo como se organizam as atividades nos serviços de saúde, para a produção e distribuição efetiva das ações de controle da tuberculose, será não apenas resposta às necessidades dos doentes, mas, imediatamente, “*contexto instaurador de necessidades*” (Schraiber, Nemes, Mendes-Gonçalves, 2000).

Observa-se, portanto, que os obstáculos organizacionais também podem se encontrar no interior da Unidade de Saúde, quando o paciente já está em tratamento, concretizando-se, por exemplo, nas dificuldades para satisfação de necessidades de saúde e exames específicos ou no desencontro de informações sobre o processo de adoecimento (Fekete, 1995).

A análise da Tabela 32 ainda permite observar que 92,4% (49) dos usuários e 95% (38) dos profissionais referiram o oferecimento constante do exame diagnóstico para HIV/Aids, sendo que um único usuário (1,9%) referiu que o exame jamais lhe foi oferecido. Conforme discutido anteriormente, tendo em vista que a infecção pelo HIV é um importante fator de risco para o desenvolvimento da TB e a tuberculose uma das complicações mais comuns no curso da infecção pelo HIV, é imprescindível que as ações de controle da tuberculose estejam integradas às de controle do vírus HIV e vice-versa (Shafer, Edlin, 1996).

Sendo assim, oferecer teste de detecção do HIV para todos os adultos diagnosticados com tuberculose é fundamental, não apenas em razão do diagnóstico precoce da co-morbidade e redução dos riscos de agravamento à saúde destes usuários, mas, também, para a diminuição do fardo econômico ocasionado em decorrência das mortes, já que a maioria destes casos ocorre em pessoas com idade economicamente ativa (OMS, 2009).

Nesta perspectiva, desde 23 de Outubro de 1998, existe a recomendação conjunta dos programas de DST/Aids e de Tuberculose do Estado de São Paulo, para disponibilizar o teste a todos os doentes portadores de TB (Estado de São Paulo, 2006a). No entanto, não deve ser obrigatório, pois políticas de testagem compulsória do HIV nos doentes com TB, mesmo que legais, seriam imprudentes, podendo fazer com que os doentes não procurassem os cuidados de saúde, reduzindo, em última instância, a acessibilidade aos serviços de saúde (OMS, 2005).

Ademais, segundo o último relatório da OMS, sobre o controle global da tuberculose, o número de casos e mortes por TB, em pacientes HIV positivos, quase foi dobrado, no ano de 2007, em relação aos anos anteriores. Tal fenômeno é justificado, principalmente, por conta do aumento na realização de testes de HIV em estabelecimentos de saúde na África (de 4%, em 2004, para 37%, em 2007), continente onde a epidemia de Aids tem maior impacto (OMS, 2009).

Também é importante notar que, de acordo com o relatório supracitado, somente 600 mil pessoas HIV positivas foram testadas para a TB no ano de 2007, o que significa menos de 5% da meta de 14 milhões, estabelecida conjuntamente entre governos (OMS, 2009).

O diagnóstico de Tuberculose, em pacientes infectados pelo HIV, deve ser feito com cultura (método mais complexo que a baciloscopia) e teste de sensibilidade às drogas, tendo em vista que o rendimento da baciloscopia de escarro, nestes pacientes, é menor, além de haver maior probabilidade de infecção por outras micobactérias (não tuberculosas) e maior ocorrência de tuberculose multi-resistente (Apers et al., 2004; OMS, 2009).

Além disso, somente 30 mil pessoas com HIV tiveram acesso à terapia preventiva com Isoniazida, bem menos do que a meta de 1,4 milhões (OMS,

2009). Ressalta-se que tal terapia, por 6 meses, é recomendada em função do risco elevado de adoecimento em pacientes infectados pelo HIV, com PPD igual ou maior que 5mm. Também tem indicação de tratamento preventivo, os pacientes com história de contato com paciente bacilífero ou aqueles com imagem radiológica evidente de cicatriz pulmonar, sem história prévia de tratamento para a tuberculose (Golub et al., 2007).

Por fim, em se tratando da disponibilidade dos resultados de exames, caso necessitassem, a maioria dos usuários (86,8% - 46) e profissionais (97,5% - 39) manifestaram que os doentes sempre conseguiam tais documentos, por exemplo, para comprovar no emprego que já não mais transmitiam a doença (situação relatada por um usuário, durante a coleta de dados).

Nota-se que apenas um usuário (1,9%) teve experiência negativa a este respeito, não conseguindo seu exame. Neste sentido, Jaiswal et al. (2003) concluem que medidas simples e práticas, como horários mais flexíveis e disponibilidade de atestados e exames para comprovação da sua condição, quando precisarem faltar nos seus serviços, podem melhorar a adesão ao tratamento.

Outros resultados do presente estudo e que ainda se referem à organização dos serviços, referem-se à realização de visitas dos profissionais de saúde ao local onde o usuário vive (Tabela 33). Verificou-se o enlace negativo entre acessibilidade geográfica e organizacional, uma vez que a maioria dos profissionais afirmaram que sempre (67,5% - 27) ou quase sempre (20,0% - 8) realizavam visitas aos doentes, enquanto que percentuais relevantes dos usuários afirmaram o contrário, ou seja, que nunca (32,0% - 17) ou quase nunca (9,4%- 5), foram alvo de visita domiciliária. Apenas um quarto dos usuários (20,8% - 11) referiu sempre receber visita do serviço de saúde.

Tabela 33 - Distribuição dos usuários e profissionais segundo opinião sobre elementos que compõem a acessibilidade ao diagnóstico e tratamento. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Frequência/ Elementos que compõe a Acessibilidade	Usuários														Profissionais													
	Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total		Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Visita domiciliária	17	32,0	5	9,4	10	18,9	3	5,7	11	20,8	7	13,2	53	100,0	0	0	1	2,5	2	5,0	8	20,0	27	67,5	2	5,0	40	100,0
Investigação da doença nos contatos	6	11,3	2	3,8	1	1,9	2	3,8	40	75,4	2	3,8	53	100,0	0	0	0	0	6	15,0	1	2,5	33	82,5	0	0	40	100,0
Falta de medicamento durante o tratamento	53	100,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	53	100,0	30	75,0	1	2,5	5	12,5	0	0	2	5,0	2	5,0	40	100,0
Caso tenha outro problema de saúde, consegue ser encaminhado para outro serviço	15	28,3	0	0	0	0	4	7,5	3	5,7	31	58,5	53	100,0	0	0	1	2,5	4	10,0	2	5,0	32	80,0	1	2,5	40	100,0

Da perspectiva geográfica, pode-se inferir que tal discrepância entre a percepção de usuários e profissionais se deve, principalmente, à natureza restritiva e itinerante, respectivamente, dos locais onde vivem os grupos sociais mais vulneráveis à tuberculose, na região estudada, ou seja, os imigrantes bolivianos e as pessoas em situação de rua, sendo que os primeiros, em virtude da superposição de funções no mesmo cômodo (morada e trabalho), muitas vezes, não têm autorização do seu empregador para receber visita dos profissionais (cujas atividades, geralmente, são interpretadas como fiscalizadoras). Já no caso das pessoas em situação de rua, a depender das condições relativas ao clima, violência, insegurança, dentre outras, podem mudar o local de abrigo, buscando outros albergues, ocupação de edificações ociosas ou a própria rua, o que dificulta a realização de visita domiciliária.

Sobre estes últimos, Adorno, Vasconcellos e Varanda (2007), em profundo estudo sobre as condições de vida, contágio e risco em relação à tuberculose, em pessoas que vivem em situação de rua, nas regiões da Sé e Pinheiros, apontam que, na medida em que o sistema de saúde não chega onde estas pessoas estão, o tratamento da doença sofre atraso, o que pode reduzir as chances de sucesso.

É possível inferir, também, que a realização de visitas domiciliares pode ser operacionalizada na lógica da racionalização e contenção de custos, com defasagem na relação entre o número de profissionais habilitados para tal atividade e o número de indivíduos que dela necessitam, levando a uma focalização dos recursos.

Corroborando esta inferência, Adorno, Vasconcellos e Varanda (2007), argumentam que, embora a atuação dos agentes comunitários de saúde de rua tenha significado um avanço na detecção de casos entre esta população, a quantidade insuficiente de profissionais (30, à época da pesquisa) e a falta de um posto avançado que considerasse as condições de uma população que não tem domicílio, não usa agenda e nem sempre tem possibilidade de administrar o uso dos próprios medicamentos, configuram-se como grandes obstáculos, para penetrar em um universo estimado de 12.000 pessoas.

Nesta linha, quando perguntados se os profissionais realizavam ações para a investigação dos contatos (Tabela 33), como visitas, consultas e exames, a maioria dos usuários e profissionais afirmaram, respectivamente, que sempre (75,4% - 40; 82,5% - 33) ocorria. No entanto, 15% (6) dos profissionais relataram que tais ações eram realizadas esporadicamente, fato comprovado por 15,1% (8) dos usuários, que referiram que as pessoas que vivem com eles nunca (11,3% - 6) ou quase nunca (3,8% - 2) foram alvo de investigação.

Do ponto de vista epidemiológico, pouco ou nada adianta descobrir uma fonte de infecção na comunidade, se não forem avaliados os possíveis lastros desta infecção e se esta não for tratada adequadamente (Brasil, 2002). Neste sentido, embora de forma unânime, os usuários relataram que nunca faltaram os fármacos utilizados para o tratamento da TB, fato corroborado por 75,0% (30) dos profissionais, é preciso destacar que 12,5% (5) dos profissionais declararam que, esporadicamente, havia falta de tais medicamentos (Tabela 33).

Já que a prerrogativa do tratamento é baseada no fornecimento ininterrupto e gratuito das drogas responsáveis pela anulação da fonte de infecção na comunidade, tais constatações evidenciam falhas graves na organização do sistema para operacionalizar tais ações (Brasil, 2002). Mas a problemática torna-se ainda mais contundente, se considerarmos o perfil dos usuários que compuseram este estudo e suas condições de trabalho e moradia, fato que traz à tona a necessidade do controle cuidadoso dos elementos que viabilizam seu tratamento, principalmente, o fornecimento de medicações, assim como de ações freqüentes de busca ativa na região.

Por esta razão, a triagem dos sintomáticos e o acompanhamento dos contatos de portadores de tuberculose são algumas das principais medidas preventivas contra novas infecções e surtos de doença na comunidade, por oferecerem maior oportunidade para o diagnóstico de doença ativa e da infecção latente, tendo em vista que os contatos possuem risco aumentado de adoecimento, a depender do estado bacteriológico do caso-índice e da intimidade com o mesmo (Freire, Bonametti, Matsuo, 2007).

Ademais, no que se refere ao domínio mais amplo da acessibilidade, devem também ser considerados os obstáculos que surgem na continuidade da assistência, incluídos aí os mecanismos de referência e contra-referência, bem como o grau de hierarquização da rede (Fekete, 1995). Neste sentido, quando questionados sobre a possibilidade de encaminhamento para outro serviço de saúde, caso tivessem outro problema de saúde, 58,5% dos usuários (31) optou por não responder.

Contudo, dentre os usuários que responderam, a maior parcela (28,3% - 15) afirmou nunca ter sido encaminhada, quando tiveram outro problema de saúde. Neste ponto, encontra-se a maior discordância entre as percepções dos atores entrevistados por este estudo, tendo em vista que 80,0% (32) dos profissionais afirmaram que os usuários sempre conseguiam ser encaminhados, na condição supracitada, e apenas 10,0% (4) admitiram que, esporadicamente, os doentes podiam não conseguir a satisfação de sua necessidade de saúde (Tabela 33).

Tal obstáculo é resultado da realidade social brasileira, que evidencia desequilíbrios, conflitos, desigualdades e exclusões, processos advindos de um momento histórico e político marcado pela implantação do Estado neoliberal, contexto em que *“princípios como a universalidade e a integralidade das ações têm disputado espaço com as propostas racionalizadoras de contenção de custos”* (Albuquerque, Stotz, 2004, p.260).

Neste contexto, os achados do presente estudo permitem observar que a atenção à tuberculose, na região inestigada, têm convergido para a assistência curativa ao agravo instalado, evidenciando contradições entre o princípio de acesso universal e falhas na sua efetivação. Tais entraves, no que diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde, obstaculizam o acesso de muitos doentes ao diagnóstico precoce e ao tratamento integral da doença.

Segundo Alves (2005), a integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais por um mesmo serviço. Em conformidade com este princípio, a abordagem do profissional de saúde não deveria se restringir à assistência curativa, mas buscar captar necessidades mais amplas e exercer ações preventivas.

Tabela 34 - Distribuição dos usuários e profissionais segundo opinião sobre elementos que compõem a acessibilidade à educação em saúde. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Frequência/ Elementos que compõe a Acessibilidade	Usuários														Profissionais													
	Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total		Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Profissionais explicam sobre os medicamentos para a TB	0	0	0	0	3	5,7	1	1,9	49	92,4	0	0	53	100,0	0	0	1	2,5	1	2,5	0	0	38	95,0	0	0	40	100,0
Oferecimento de informação sobre a TB e seu tratamento	1	1,9	3	5,7	3	5,7	0	0	46	86,7	0	0	53	100,0	0	0	1	2,5	1	2,5	1	2,5	37	92,5	0	0	40	100,0
Oferecimento de informação sobre outros temas de saúde	13	24,5	1	1,9	13	24,5	5	9,4	21	39,7	0	0	53	100,0	1	2,5	1	2,5	6	15,0	1	2,5	30	75,0	1	2,5	40	100,0
Participação em atividades grupais para portadores de TB	34	64,1	0	0	2	3,8	0	0	1	1,9	16	30,2	53	100,0	16	40,0	1	2,5	3	7,5	0	0	10	25,0	10	25,0	40	100,0

Nesta perspectiva, a educação em saúde pode ser uma estratégia fundamental para romper com os paradigmas assistencialistas à tuberculose, ao apoiar a promoção e a prevenção da doença, e desenvolver, junto ao usuário, o senso de responsabilidade por sua própria saúde e pela saúde da comunidade à qual pertence, fortalecendo, ainda, o vínculo com profissionais e a adesão ao tratamento (Carvalho, 2007).

Tendo em vista que leva em consideração a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença, a educação em saúde coloca-se como uma estratégia cujo conjunto de saberes e práticas pode orientar a prevenção de doenças e promoção da saúde (Alves, 2005). Neste sentido, a análise da Tabela 34, permite observar que a maioria dos usuários (92,4% - 49) e dos profissionais (95% - 38) concordam que os usuários sempre recebiam explicações sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da doença.

Da mesma forma, quando perguntados sobre o oferecimento de informações acerca da enfermidade e seu tratamento, 86,7% (46) dos usuários e 92,5% (37) dos profissionais responderam os usuários sempre recebiam tal oferta, embora um único usuário (1,9%) tenha referido que isto jamais se efetivou.

É interessante notar que, quando a pergunta foi relacionada ao oferecimento de informações sobre outros temas de saúde, 75,0% (30) dos profissionais referiram sempre oferecê-las, percepção corroborada por, apenas, 39,7% (21) dos usuários. Entretanto, 24,5% (13) dos usuários disseram nunca receber informações sobre outros temas relacionados à saúde.

Observa-se, ainda, que a maioria dos usuários jamais participou de grupos com portadores de TB (64,1% - 34). A percepção dos profissionais também demonstra a não participação dos usuários em tais atividades (40,0% - 16).

Em síntese, observa-se que, embora os usuários tenham referido receber com frequência informações relacionadas à sua doença e à terapêutica a ela relacionada, provavelmente tais informações eram transmitidas durante o momento da consulta, já que apenas três doentes

(5,7%) relataram participar de algum grupo específico para sua enfermidade. Um outro aspecto importante refere-se ao fato de que menos da metade dos usuários (39,7% - 21) relatou que lhe eram passadas, com frequência, outras informações relacionadas à saúde.

Mais uma vez, evidencia-se a assistência focalizada no agravo, centrada no protagonismo médico e na prática da consulta, marcada por discursos higienistas e intervenções normalizadoras, conforme averiguado durante a coleta de dados, lembrando mais uma educação sanitarizada, do que a educação em saúde como foi definida acima. Carvalho (2007), em dissertação realizada no Rio de Janeiro, sobre o impacto da educação em saúde para a adesão ao tratamento da tuberculose, observou que a participação de pacientes em estratégias educativas, através do diálogo com o profissional de saúde, melhorava o vínculo com os profissionais e a adesão ao novo tratamento.

Contudo, a autora destaca que, mesmo considerando a receptividade e o interesse dos pacientes, em relação à educação em saúde, esta se configura como um desafio constante, devido à complexidade sócio-econômica e cultural dos usuários (Carvalho, 2007). Neste sentido, delineia-se que obstáculos sócio-culturais podem prejudicar a acessibilidade às ações de controle da TB, seja na organização dos serviços e formação dos profissionais de saúde, desvinculadas da realidade das condições de vida e de saúde da população; seja na percepção que o indivíduo tem sobre os diferentes aspectos da sua doença e no vínculo que surge entre usuários e profissionais (Fekete, 1995).

Vale ressaltar o esforço dos serviços da região investigada para a identificação das demandas dos grupos mais vulneráveis e para atuar segundo as peculiaridades sociais da região, particularmente, no que tange à seleção dos agentes comunitários de saúde. Isto porque, por exemplo, um terço (2) dos ACS, do modelo tradicional de PSF, eram bolivianos, tendo sido contratados especialmente para atuar junto a essa comunidade. Também ilustrativo, é o fato de que todos os ACS ligados ao PSF de Rua eram pessoas que estavam ou que já tinham vivenciado a situação de rua.

Sobre este último grupo, Adorno, Vasconcellos e Varanda (2007) apontam que a criação de unidades especializadas nesta população poderia dar o suporte necessário a uma equipe de profissionais que trabalhem diretamente nas ruas, intermediando a relação entre esta população e a rede do SUS, oferecendo oportunidades de melhora no vínculo destes com os profissionais e, por consequência, na adesão ao tratamento.

Nesta perspectiva, a partir deste momento, focar-se-á a análise nas questões que se referem à comunicação com a equipe de saúde e na possibilidade de rejeição/discriminação pelos profissionais, fenômenos intimamente relacionados à efetivação do vínculo e aos determinantes para a adesão ao tratamento.

4.3 – O vínculo com os profissionais e a adesão ao tratamento

De acordo com Franco, Bueno e Merhy (1999), em todo lugar em que ocorre um encontro - enquanto trabalho de saúde - entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, com a constituição de vínculos e compromissos em projetos de intervenção. Estes, por sua vez, objetivam operar sobre as necessidades em busca da produção de algo que possa representar a conquista de controle do sofrimento - enquanto doença – e/ou a produção da saúde.

Como etapa do conjunto do processo de trabalho que o serviço desencadeia na sua relação com o usuário, o vínculo pode, analiticamente, evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidades a que os usuários, portadores das necessidades centrais e finais de um serviço, estão submetidos (Franco, Bueno, Merhy, 1999).

Neste sentido, para a efetivação do vínculo, o processo de comunicação entre usuários e profissionais deve ser claro e sem sobressaltos, o que implica dizer que o tempo para expressar dúvidas ou preocupações é fundamental para criar uma relação de valorização das

necessidades do doente, fato imprescindível para torná-lo responsável por seu próprio tratamento, favorecendo, portanto, sua adesão (Bertolozzi, 2005).

Ainda que a metodologia do presente estudo não tenha possibilitado captar a profundidade das questões envolvidas na construção do vínculo, a análise da Tabela 35 permite observar que a maioria dos usuários e dos profissionais referiu, respectivamente, que sempre (83% - 44; 77,5% - 31) ou quase sempre (13,2% - 7; 17,5% - 7), os usuários se sentem compreendidos ao realizar perguntas durante o atendimento.

Da mesma forma, 96,2% dos usuários (51) e 95% dos profissionais (34) afirmaram, respectivamente, que sempre (79,2% - 42; 77,5% - 31) ou quase sempre (17% - 9; 7,5% - 3) eram dadas respostas claras às perguntas feitas pelos primeiros.

Por fim, a maioria dos usuários e profissionais mencionaram, respectivamente, que sempre (75,5% - 40; 80% - 32) ou quase sempre (11,3% - 6; 5% - 2), tinham tempo suficiente para expressar suas dúvidas ou preocupações.

Tais resultados evidenciam, aparentemente, boa comunicação entre usuários e profissionais, componente essencial para a mudança nos perfis epidemiológicos, uma vez que, de acordo com Pellegrini Filho (2002), o acesso a fontes de informação em saúde aumenta o conhecimento e a capacidade de ação dos usuários, permitindo a adoção de novos hábitos e condutas de saúde e a mobilização social para a melhoria das condições de vida. Alves (2005) também aponta que a comunicação adequada, através educação em saúde, permite a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença, oferecendo subsídios para sua superação, inclusive, através da sensibilização quanto à necessidade de aderência à terapêutica.

Por outro lado, a falta de acesso de grandes setores da população ao conhecimento e à informação diminui significativamente sua capacidade de decidir e atuar em favor de sua saúde e da coletividade. As iniquidades de informação são, portanto, especialmente graves, pois ao reforçar a exclusão, têm o poder de gerar e ampliar outras iniquidades (Pellegrini Filho, 2002).

Tabela 35 - Distribuição dos usuários e profissionais segundo elementos que compõem o vínculo. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Frequência/ Elementos que compõe o Vínculo	Usuários														Profissionais													
	Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total		Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sente que é compreendido pelos profissionais, quando expressa dúvidas	0	0	0	0	2	3,8	7	13,2	44	83,0	0	0	53	100,0	0	0	1	2,5	1	2,5	7	17,5	31	77,5	0	0	40	100,0
Os profissionais respondem de maneira clara, quando expressa dúvidas	0	0	0	0	2	3,8	9	17,0	42	79,2	0	0	53	100,0	1	2,5	2	5,0	3	7,5	3	7,5	31	77,5	0	0	40	100,0
Os profissionais dão-lhe tempo suficiente para expressar dúvidas ou preocupações	0	0	1	1,9	6	11,3	6	11,3	40	75,5	0	0	53	100,0	1	2,5	2	5,0	3	7,5	2	5,0	32	80,0	0	0	40	100,0

Na medida em que, nas práticas de atenção à tuberculose, sejam elas voltadas para o seu controle em nível individual ou coletivo, o que se almeja, em última instância, é a produção da responsabilização clínica (em termos da proteção individual) e sanitária (em termos da proteção da coletividade), além da intervenção resolutive (cura da fonte de infecção, através da adesão ao tratamento), é imprescindível reconhecer que, sem efetivar o vínculo com o doente, não há produção desta responsabilização e, tampouco, superação dos potenciais de desgaste que, efetivamente, decorrem dos processos sociais que determinam sua instalação (Franco, Bueno, Merhy, 1999).

Em continuidade à exposição dos elementos que compõem o vínculo, a análise da Tabela 36 permite observar que 77,3% dos usuários (41) afirmaram que sempre eram indagados sobre o uso de outros, dado corroborado por 87,5% (35) dos profissionais.

Quanto ao questionamento sobre outros problemas de saúde durante o atendimento, a maioria dos usuários (50,9% -27) e profissionais (75% – 30) afirmaram que se efetivava sempre, mas 26,4% (14) usuários referiram apenas a indagação esporádica deste tema.

No entanto, há que se destacar, também, que 5,7% (3) e 15,1% (8) dos usuários, percentuais que não deixam de ser importantes, relataram, respectivamente, que os profissionais de saúde nunca conversavam sobre outros medicamentos que estivessem usando ou sobre outros problemas de saúde. Em relação a esta última questão, também os profissionais em parcela importante (10% - 4) apontaram não fazê-lo.

A importância da abordagem dessas questões, conforme discutido anteriormente, se encontra no fato de que a integralidade contrapõe-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos. Neste sentido, no momento do encontro com o paciente, mesmo que este seja motivado por uma necessidade específica, o profissional deveria aproveitar a oportunidade para contextualizar o processo que gerou tal necessidade, além de investigar a presença de outros fatores ou doenças que possam influenciar na satisfação daquela primeira necessidade (Alves, 2005).

Além disso, quando a relação do profissional ultrapassa o problema específico e consegue atender a outras necessidades do paciente, é mais

provável que, na premência de um novo problema, ele procure esse mesmo profissional para atendê-lo (Starfield, 2002), o que evidencia a construção do vínculo, fundamentalmente necessário para a adesão ao tratamento.

Enfatiza-se que, no caso específico da tuberculose, além de revelar potenciais obstáculos na acessibilidade, estas indagações também têm importância clínica, tendo em vista que os fármacos utilizados no esquema terapêutico podem interagir com diversos outros – não necessariamente, usados para tratar doenças, caso de mulheres em uso de anticoncepcionais – como no caso da co-infecção com o HIV e em co-morbidades com cardiopatias, asma, insuficiências renal e hepática, diabetes, além de outras patologias que utilizem medicamentos imunossupressores, antihipertensivos, anticoagulantes, corticóides, hipoglicemiantes, narcóticos, analgésicos, benzodiazepínicos, curarizantes e, até mesmo, antiácidos, modificando seu poder de ação e eficácia terapêutica (Campos H., 2007).

Assim, se torna evidente que falhas na acessibilidade podem determinar, na região estudada, não apenas o tratamento inadequado da tuberculose, mas, também, a instalação ou piora de outros agravos, em função da assistência desvinculada e fragmentada, comprometendo, dessa forma, o próprio princípio da integralidade.

Continuando a análise da Tabela 36, a maioria dos usuários e dos profissionais referiu, respectivamente, que sempre (54,7% - 29; 72,5%; 29) ou quase sempre (11,3% - 6; 7,5% - 3) os profissionais conversavam sobre as condições de vida dos doentes (emprego, moradia, saneamento básico) e das pessoas com quem viviam, durante o atendimento.

Mas, um dado de suma importância, refere-se ao fato de que cerca de um em cada quatro usuários (24,5% - 13) afirmou que nunca conversaram com os profissionais sobre suas condições de vida, de emprego, moradia, saneamento básico e em relação às pessoas com quem viviam, fato admitido por 10,0% dos profissionais, que afirmaram que isto nunca (7,5% - 3) ou quase nunca (2,5% - 1) dialogavam sobre estes temas com os usuários.

Tabela 36 - Distribuição dos usuários e profissionais segundo elementos que compõem o vínculo. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Frequência/ Elementos que compõe o Vínculo	Usuários														Profissionais													
	Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total		Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Profissionais perguntam sobre outros medicamentos em uso	3	5,7	1	1,9	6	11,3	2	3,8	41	77,3	0	0	53	100,0	0	0	2	5,0	2	5,0	0	0	35	87,5	1	2,5	40	100,0
Profissionais conversam sobre outros problemas de saúde	8	15,1	2	3,8	14	26,4	2	3,8	27	50,9	0	0	53	100,0	4	10,0	1	2,5	3	7,5	2	5,0	30	75,0	0	0	40	100,0
Profissionais conversam sobre condições de vida e sobre a família	13	24,5	2	3,8	2	3,8	6	11,3	29	54,7	1	1,9	53	100,0	3	7,5	1	2,5	4	10,0	3	7,5	29	72,5	0	0	40	100,0
Profissionais fizeram com que sentisse rejeitado ou discriminado	45	84,9	3	5,7	4	7,5	0	0	1	1,9	0	0	53	100,0	17	42,5	5	12,5	13	32,5	2	5,0	3	7,5	0	0	40	100,0

Considerando que as necessidades de saúde se manifestam de maneira desigual nos indivíduos das diferentes classes sociais (Heller, 1986), tais dados evidenciam um grande obstáculo à acessibilidade destes usuários, pois os serviços, que deveriam estar organizados para a apreensão de necessidades mais abrangentes, concretizam a assistência de forma fragmentária e focada no agravo instalado, em detrimento do enfoque para além do sofrimento manifesto.

Nesta perspectiva, a fim de aprofundar o entendimento desta questão, considerando que tais resultados repercutem negativamente no relacionamento que se pretende que promova vínculo entre os sujeitos envolvidos, indagou-se aos usuários sobre a frequência com que cada uma das categorias profissionais contextualizava e personalizava o seu atendimento, a partir dos aspectos singulares da sua vida, da sua família e do lugar onde viviam (Tabela 37).

Iniciando a análise pelos médicos, a maioria dos usuários afirmou que sempre (82,9% - 44) ou quase sempre (3,8% - 2) estes profissionais consideravam suas características singulares durante o atendimento, embora 5,7% (3) dos usuários tenham referido que isto nunca ocorreu durante as consultas.

Com relação aos enfermeiros, os doentes entrevistados relataram que sempre (75,4% - 40) ou quase sempre (3,8% - 2) se efetivava tal contextualização. Nota-se que, novamente, 5,7% (3) dos usuários manifestaram que isto nunca ocorreu com esta categoria profissional.

Sobre os auxiliares de enfermagem, percentuais ainda maiores dos usuários referiram que sempre (77,5% - 41) ou quase sempre (7,5% - 4), estes trabalhadores conduziam o atendimento nesta perspectiva. Tal qual se verificou anteriormente, a minoria de usuários (7,5% - 4) afirmou que esta categoria profissional nunca levava em conta aspectos gerais de sua vida.

No que se refere ao atendimento pelos agentes comunitários de saúde, um importante percentual de usuários (32,1% - 17) optou por não responder, o que leva à inferência de que não tinham acesso e/ou vínculo com tais profissionais.

Tabela 37 - Distribuição dos usuários segundo frequência com que as categorias profissionais indagam a respeito de aspectos da vida, família e local onde vivem. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Frequência/ Categoria Profissional	Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médico	3	5,7	1	1,9	3	5,7	2	3,8	44	82,9	0	0	53	100,0
Enfermeiro	3	5,7	1	1,9	4	7,5	2	3,8	40	75,4	3	5,7	53	100,0
Auxiliar de Enfermagem	4	7,5	0	0	4	7,5	4	7,5	41	77,5	0	0	53	100,0
Agente Comunitário de Saúde	0	0	0	0	1	1,9	1	1,9	34	64,1	17	32,1	53	100,0
Outros Profissionais	1	1,9	0	0	0	0	0	0	13	24,5	39	73,6	53	100,0

Entretanto, deve ser feita uma ressalva, para análise dos resultados desta última categoria, tendo em vista que, proporcionalmente ao número de usuários que a responderam, estes profissionais apresentaram a maior frequência em relação à menção de individualização do atendimento (64,1% - 34).

Por fim, quanto ao atendimento oferecido por outros profissionais, a maioria dos usuários optou por não responder (73,6% - 39), conduzindo, novamente, à inferência de que a maioria dos usuários não tinha acesso e/ou vínculo suficiente com outros profissionais, para considerá-los nesta questão. No entanto, dentre os que responderam, à exceção de um único usuário (1,9%), todos os demais (24,5% - 13), indicaram que tais profissionais sempre levavam em conta os aspectos singulares da sua vida e das pessoas com quem viviam. Acredita-se que a razão para tal percentual relacione-se ao fato que, o único outro profissional com algum engajamento em ações de controle da tuberculose, na região de estudo, era o assistente social, cuja função é baseada, essencialmente, em tais aspectos.

Em suma, a análise da Tabela 37 demonstra que a maior parte dos usuários era atendida, sempre ou quase sempre, de forma contextualizada, por médicos (86,7% - 46), enfermeiros (79,2% - 42), auxiliares de enfermagem (85% - 45), agentes comunitários (66,0% - 35) e outros profissionais (24,5% - 13).

Para Ruffino-Netto e Pereira (1982), é fundamental que os profissionais indaguem sobre a realidade social em que o doente se insere, considerando que o conhecimento das condições de vida e trabalho dos usuários pode intermediar a compreensão da sua participação em determinadas cadeias epidemiológicas, permitindo a ação profissional voltada à quebra dos elos desta cadeia, diminuindo, assim, o risco de transmissão da doença.

Também para Bertolozzi (1998), tais questionamentos são imprescindíveis, não apenas para o estabelecimento do vínculo e quebra da cadeia epidemiológica da doença, mas também para que os profissionais de saúde conheçam os significados da doença, segundo aqueles que a vivenciam, tendo em vista que esses processos estão relacionados à forma de enfrentamento da enfermidade, permitindo a superação do imaginário de que o doente é responsável único pelo seu tratamento.

Evidentemente que a situação é mais complexa, incorporando as questões relativas ao processo de produção de saúde, destacando-se o vínculo com os profissionais e a acessibilidade, na sua concepção mais ampla, assim como a forma como os doentes compreendem a enfermidade e o modo de enfrentamento, individual e das suas redes sociais, em relação a esse processo (Bertolozzi, 1998, 2005).

Nesta perspectiva, quando perguntados sobre a percepção de rejeição ou discriminação por parte dos profissionais de saúde (Tabela 36), verifica-se que, embora 84,9% (45) dos usuários jamais tenham se sentido desprezados por parte dos trabalhadores de saúde, apenas 42,5% (17) dos profissionais referiram que isto nunca ocorria nas práticas.

Portanto, é alarmante notar que 57,5% (23) dos profissionais referiram que há, ainda que com freqüências diferentes, discriminação aos usuários, o que também se revelou sob o ponto de vista dos doentes, tendo em vista que 15,1% (8) relataram tal problema, com alguma freqüência.

Segundo Stotz (2004), vivemos numa época em que a representação sobre a saúde e a vida saudável deslocou-se do âmbito do direito social para o de uma escolha singular, feita de acordo com possibilidades individuais. Neste sentido, a saúde perfeita passou a ser o meio e finalidade das ações dos profissionais de saúde, através de modelos ideais de sujeitos saudáveis, baseados em critérios biológicos, pautados no desempenho individual e estruturados no discurso do risco (Ortega, 2004).

Em tese de doutorado intitulada “Um Mal de Século: tuberculose, tuberculosos e políticas de saúde em Pelotas (RS), 1890 – 1930”, Gill (2004) advoga que, no Brasil, a percepção de que a tuberculose configura-se como um “mal social”, começa a se solidificar no início do século XX. Contudo, de acordo com a autora, o poder público, já naquela época, não se responsabilizava por modificar os condicionantes do adoecimento, como a situação precária de infra-estrutura vivida pela maior parte da população; ao contrário, a culpa era imputada ao indivíduo, pelas péssimas condições de moradia, higiene, trabalho, enfim, por seu modo de vida. Assim, no imaginário popular, a decadência dos costumes dos indivíduos e da sociedade foi associada à ocorrência tuberculose.

Neste contexto, a “escolha” por um estilo de vida não saudável, como viver nas ruas, ou a assunção de comportamentos considerados de risco, como fazer uso de álcool ou outras drogas, tornam o indivíduo alvo de rejeição ou discriminação, inclusive pelos profissionais de saúde, em virtude de a doença ser a expressão desses processos, socialmente censurados. É dessa forma que, no imaginário social, persiste a estigmatização da tuberculose e do tuberculoso (Porto, 2007).

Segundo Ortega (2004, p.16), a responsabilização do indivíduo por sua saúde reduz a pressão exercida sobre o sistema público a uma “*perspectiva da governabilidade neoliberal*”, tendo em vista que, ao mesmo tempo em que associa comportamentos saudáveis a valores mercadológicos, neutraliza problemas sociais.

A fim de explorar as dimensões da estigmatização e adensar o seu entendimento, indagou-se aos usuários a respeito da frequência com que se sentiam alvo de preconceito, advindo de sua rede social (Tabela 38).

Tabela 38 - Distribuição dos usuários segundo menção de preconceito advindo de sua rede social. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Frequência/ Rede de que emerge o preconceito	Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Familiares	38	71,6	0	0	1	1,9	2	3,8	1	1,9	11	20,8	53	100,0
Colegas trabalho *	36	80,2	2	4,4	3	6,6	0	0	2	4,4	2	4,4	45	100,0
Amigos	40	75,3	1	1,9	3	5,7	2	3,8	2	3,8	5	9,5	53	100,0
Outras fontes	8	15,1	1	1,9	1	1,9	0	0	0	0	43	81,1	53	100,0

* Excluídos os 08 indivíduos que relataram não trabalhar, antes de contrair a TB.

Principiando pela família, 20,8% (11) dos usuários optaram por não responder à questão, o que pode permitir a inferência de que estes doentes não conviviam com familiares cotidianamente. Dentre os que responderam, nota-se que a maioria (71,7% - 38) afirmou nunca sentir preconceito por parte dos familiares, embora um único usuário (1,9) tenha referido sempre sentir-se discriminado por eles.

Sobre os colegas de trabalho, excluídos os 08 indivíduos (15,1%) que relataram não trabalhar, antes de contrair a enfermidade, verificou-se que a maioria (80,2% - 36) jamais sentiu qualquer preconceito, embora 19,8% (9) relataram que, com alguma frequência, sofriam com este problema no ambiente de trabalho.

Em relação aos amigos, 75,3% (40) dos usuários afirmaram nunca sentir discriminação por parte deles. No entanto, é importante notar que 15,2% (8) afirmaram sentir preconceito, com alguma frequência, por parte desse conjunto de pessoas.

Por fim, ao serem indagados sobre outras fontes de preconceito, 81,1% (43) optaram por não responder, o que pode indicar que não sofriam ou não conseguiram se lembrar, no momento em que ocorria a coleta de dados.

Em suma, a análise das Tabelas 36 e 38 evidenciam que a maior parte dos usuários nunca se sentiu alvo de preconceito por parte dos profissionais (84,9% - 45), colegas de trabalho* (80,2% - 36), amigos (75,3% - 40) e família (71,7% - 38), embora, proporcionalmente, este último tenha sido o âmbito de menor frequência de preconceito, a despeito do percentual importante de pessoas que optaram por não responder a esta questão.

Nota-se, também, que as maiores fontes de preconceito aos pacientes foram seus colegas de trabalho (19,8% - 9) e amigos (15,2% - 8). Assim, estes dados denotam processos de exclusão social, que podem ser determinantes para a auto-percepção sobre a enfermidade e o engajamento no tratamento.

De acordo com Stotz (2004), quanto mais desigual é uma sociedade e quanto mais esta desigualdade é sancionada culturalmente, tanto maior serão as necessidades de saúde dos grupos mais vulneráveis desta população. Nesta perspectiva, historicamente, as políticas e programas voltados à população em situação de rua, na região investigada, têm evidenciado dois extremos baseados em ações discriminatórias: o assistencialismo e o paternalismo, de um lado; e a limpeza, a violência e a expulsão, de outro (Fórum Centro Vivo, 2005).

Conforme citado anteriormente, uma série de ações de caráter higienista, estão em progresso na região de estudo, visando a remoção de grupos indesejáveis, como o dos usuários de drogas e moradores de rua. Neste sentido, Adorno, Vasconcellos e Varanda (2007) apontam que a tentativa de remoção de suas "malocas" pelo poder público, tem se revelado insuficiente para desvincular os moradores de rua de seus precários abrigos, no entanto, costuma deixá-los sem colchões, cobertores e um mínimo de proteção contra o frio, o que, certamente, os torna mais vulneráveis, inclusive em relação à tuberculose.

Uma outra forma de discriminação que pode ser correlacionada ao presente estudo, já que a região apresenta muitas oficinas de costura, que operam com imigrantes, pode ser observada no livro *"Sweatshop: the history of an American idea"*, no qual a autora afirma que os agentes de saúde pública norte-americanos, invariavelmente, associavam as oficinas de

costura (*sweatshops*), a cortiços (*tenements*) e imigrantes (*immigrants*). Assim, eles “(...) *stigmatized not only the sweated space, which often doubled as a worker's home or as a boarding house, but also the workers themselves*” (Hapke, 2004, p. 27).

Ressalta-se que muitos profissionais de saúde entrevistados demonstraram o mesmo tipo de preconceito, com relação à população imigrante boliviana portadora de tuberculose, sendo associados, com frequência, ao trabalho escravo e ao tráfico de mão de obra para as oficinas de costura. Além dessa identificação negativa e que, às vezes, assume caráter acusativo, tais pessoas têm que lidar com outros preconceitos, decorrentes do desconhecimento, por grande parte dos brasileiros, acerca de suas raízes étnicas e culturais. Conforme aponta Silva (2006), o imaginário social sobre os bolivianos é de que são “índios”, “pobres” e com “pouca cultura”.

Por outro lado, Myers et al. (2006) advogam que, mesmo em grupos populacionais fortemente vulneráveis, o aumento do capital social, ou seja, das redes de proteção social, pode agir como fator de proteção à tuberculose, no âmbito de um sistema de acesso integral aos serviços.

De acordo com Burt (2000), o capital social é uma forma de capital não mercantil. Embora sua definição seja alvo de discussão na ciência econômica e na sociologia, de acordo com o autor, o fenômeno deve ser entendido como um recurso coletivo, baseado nas normas e redes de intercâmbio entre os indivíduos, que permite a redução dos riscos decorrentes de determinados processos, neste caso, o adoecimento pela tuberculose.

Para o portador de tuberculose, além de parentes e amigos, diferentes formas de participação social, como o trabalho e a construção de vínculo com os profissionais e serviço, também fazem parte de suas redes sociais e podem ser determinantes para o sucesso do tratamento (Bertolozzi, 2005; Myers et al., 2006). No intuito de aprofundar esta temática, indagou-se aos usuários sobre a frequência do apoio ao tratamento, advindo das redes sociais (Tabela 39).

Tabela 39 - Distribuição dos usuários segundo apoio ao tratamento advindo de suas redes sociais. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Frequência/ Rede de que emerge o apoio	Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Familiares	5	9,5	0	0	1	1,9	0	0	34	64,1	13	24,5	53	100,0
Colegas trabalho*	5	11,0	1	2,2	2	4,4	4	8,8	31	69,2	2	4,4	45	100,0
Amigos	4	7,5	0	0	5	9,5	5	9,5	35	66,0	4	7,5	53	100,0
Profissionais de saúde	0	0	1	1,9	0	0	0	0	52	98,1	0	0	53	100,0
Outras fontes	1	1,9	0	0	0	0	0	0	5	9,4	47	88,7	53	100,0

* Excluídos os 08 indivíduos que relataram não trabalhar, antes de contrair a TB.

Primeiramente, com relação à família, 64,1% (34) responderam sempre contar com tal apoio, embora 9,5% (5) referiram nunca ter recebido apoio por parte dos familiares.

Já com relação aos colegas trabalho, excluídos os 08 indivíduos (15,1%) que relataram não trabalhar, antes de contrair a enfermidade, observou-se que 69,2% (31) dos usuários afirmaram sempre receber apoio desse conjunto de pessoas. É importante notar que 11% (5) dos usuários relataram nunca receber qualquer apoio advindo dos colegas de serviço.

Sobre os amigos, 66% (35) dos usuários indicaram que sempre eram apoiados por eles, embora 7,5% (4) tenham dito que jamais contavam com seu apoio.

Acerca dos profissionais de saúde, à exceção de um (1,9%) usuário que afirmou que quase nunca recebia tal apoio, todos os demais (98,1% - 52) afirmaram recebê-lo constantemente.

Por fim, quando perguntados sobre outras fontes de apoio, 88,7% (47) optaram por não responder, o que, mais uma vez, pode ser indicativo de que

não possuíam ou não conseguiram se lembrar, naquele momento, de outras fontes que lhe apoiassem durante o tratamento.

No entanto, 9,4% (5) relataram que sempre eram apoiados por outras fontes, citando, principalmente, programas sociais da prefeitura e os próprios incentivos ao tratamento supervisionado.

Em suma, a análise da Tabela 39 evidencia que a maior parte dos usuários sempre contava com sua rede social para apoiá-los no tratamento, principalmente, os profissionais de saúde (98,1% - 52), seguidos dos amigos (66% - 35), familiares (64,1% - 34), colegas de trabalho (69,2% - 31) e outras fontes (9,4% - 5).

Nota-se que a fonte que menos apoiava o tratamento estava ligada ao emprego (11% - 5), fato que, conforme discutido anteriormente, pode levar a irregularidades e até o fracasso do tratamento (Jaiswal et al., 2003; Dimitrova et al., 2006).

Torna-se ainda mais clara, portanto, a importância do trabalho para a determinação da ocorrência da tuberculose, na região estudada, pois, além estar ligado às condições materiais que predispõe a doença, o presente estudo evidenciou que pode influenciar, também, na adesão ao tratamento, haja vista que os maiores percentuais de preconceito em relação à enfermidade (Tabela 38) e os menores de apoio ao tratamento (Tabela 39), estavam ligados a este âmbito.

Para Marx e Engels (2007), a finalidade do trabalho é, primordialmente, o aprimoramento das necessidades humanas que, se respondidas, têm potência para aperfeiçoar a essência humana. No entanto, a partir da preponderância do capitalismo nas formações sociais, de acordo com Antunes (2000), uma nova necessidade social emerge: a produção de excedentes e do lucro, tomados como finalidade do trabalho.

Necessidade social, segundo Heller (1986), é a necessidade da sociedade, tomada como um agrupamento homogêneo de sujeitos abstratos. Diferentemente do que sugere o termo, necessidade social não considera as necessidades de todos os indivíduos que a compõem, mas é definida com base em necessidades ou interesses de alguns indivíduos, como se fossem de todos.

Portanto, nesse modo de produção, o trabalhador existe para as necessidades de expansão dos processos que geram os lucros, ao invés do acúmulo de riqueza existir para aprimorar as necessidades de desenvolvimento do trabalhador. Neste sentido, para Mendes-Gonçalves (1992), a necessidade social, no modo de produção capitalista, é a expansão do capital, às expensas do desenvolvimento e aprimoramento das necessidades humanas dos trabalhadores.

Com base nessa compreensão, define-se que os diferentes padrões ou características de saúde-doença, que se concretizam no corpo biopsíquico dos indivíduos, têm sua gênese nas condições materiais da vida cotidiana – ou seja, no trabalho e na vida – das diferentes classes sociais. Estas, por sua vez, determinam diferentes potenciais de desgaste e fortalecimento, cuja concretização impacta diretamente no processo saúde-doença (Breilh, Granda; 1989; Laurell, Noriega; 1989).

Conclui-se, assim, que a predominância dos potenciais de desgaste, advindos da vida na rua e do trabalho nas oficinas de costura, por exemplo, se traduzem na ocorrência da tuberculose entre esses grupos de pessoas, num processo dialeticamente relacionado à qualidade e à quantidade de carga que acompanha as diferentes situações de trabalho e vida destes indivíduos (Breilh, Granda; 1989; Laurell, Noriega; 1989).

Dessa forma, o vínculo com os profissionais emerge como estratégia fundamental para possibilitar a predominância dos potenciais de fortalecimento que, em última instância, determinarão a adesão à terapêutica e a cura do usuário, uma vez que permeia a responsabilização, a integralidade e a humanização do tratamento (Bertolozzi, 2005).

Neste sentido, a análise da Tabela 40 permite observar que a maioria dos usuários e dos profissionais afirmou, respectivamente, que os pacientes sempre (86,8% - 46; 75,0% - 30) ou quase sempre (9,4% - 5; 7,5% - 3) eram atendidos pelos mesmos profissionais, quando em consulta na UBS.

Percentuais semelhantes de usuários e profissionais afirmaram que sempre (81,1% - 43; 70% - 28) ou quase sempre (13,2% - 7; 12,5% - 5) os pacientes tinham suas dúvidas sanadas pelos mesmos profissionais que costumavam atendê-los.

Tabela 40 - Distribuição dos usuários e profissionais segundo variáveis relacionadas ao vínculo com os profissionais. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Frequência/ Atendimento pelos mesmos profissionais	Usuários														Profissionais													
	Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total		Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Em consulta para a TB na UBS	0	0	0	0	0	0	5	9,4	46	86,8	2	3,8	53	100,0	2	5,0	0	0	4	10,0	3	7,5	30	75,0	1	2,5	40	100,0
Em caso de dúvida sobre o tratamento	0	0	1	1,9	1	1,9	7	13,2	43	81,1	1	1,9	53	100,0	2	5,0	2	5,0	3	7,5	5	12,5	28	70,0	0	0	40	100,0

Para Franco, Bueno e Merhy (1999), o vínculo tem potencial para garantir um verdadeiro reordenamento do processo de trabalho nas Unidades de Saúde, superando a lógica da assistência focalizada no agravo, centrada na figura do médico e na prática da consulta, para uma outra, relacionada à responsabilização de uma equipe multiprofissional, com o resultado integral do trabalho em saúde.

Neste ponto, é importante notar que, de acordo com Santos e Assis (2006), as discussões acerca da temática da integralidade também convergem para um modelo de saúde concebido a partir de tecnologias relacionais do tipo acolhimento, que pode ser apreendido como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, favorecendo o acesso aos serviços que irão satisfazer suas necessidades, em todo o percurso da busca por atenção.

Segundo os autores, o vínculo estreita-se com o acolhimento, ampliando os laços relacionais, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico entre os usuários e os trabalhadores de saúde. Neste cenário, o serviço de saúde poderia organizar sua demanda a partir das necessidades e prioridades dos indivíduos, superando o modelo atual de atendimento baseado em demanda espontânea, que, necessariamente, gera filas e perda de tempo (Santos, Assis, 2006).

De acordo com Campos G. (1997), o vínculo potencializa as ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Este elemento da organização dos serviços é fundamental para o reconhecimento do usuário na sua condição de sujeito – pois não há construção de vínculo sem que o profissional perceba o doente como portador de singularidades – emergindo, assim, a possibilidade de sua utilização para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes (Starfield, 2002).

No caso do tratamento para a tuberculose, segundo Bergel e Gouveia (2005), o fortalecimento do vínculo ocorre quando os usuários se consultam com o mesmo profissional ou membro da equipe de saúde, o que contribui para a formação de relacionamento de confiança, reduzindo a possibilidade de abandono da terapêutica. Assim, o fato dos pacientes sempre procurarem

o mesmo profissional mostra que tem ali, nas palavras de Starfield (2002, p. 248), uma “*fonte habitual*”, que garante atenção integral e coordenada ao usuário, além de facilitar o reconhecimento de suas necessidades.

Sob esta perspectiva, ambos os atores foram indagados a respeito da frequência com que os usuários procuravam cada uma das diferentes categorias profissionais, que atuavam junto ao Programa de Controle da Tuberculose, quando tinham alguma necessidade, tais como cesta básica, vale-transporte, informações ou problemas de saúde (Tabela 41).

Principiando pelos médicos, observa-se que parcela reduzida dos usuários e dos profissionais referiu acreditar que os doentes procurem tal categoria, respectivamente, sempre (30,2% - 16; 15% - 6) ou quase sempre (7,5% - 4; 5% - 2) em caso de necessidade, o que pode evidenciar baixo vínculo com tais profissionais.

Com relação aos enfermeiros, é interessante notar um aumento nos percentuais, em relação aos médicos, de usuários e profissionais que inferiam que os doentes procurassem tal categoria, em caso de necessidade: respectivamente, sempre (47,2% - 25; 40% - 16) ou quase sempre (3,8% - 2; 7,5% - 3).

No que tange aos auxiliares de enfermagem, observa-se nova melhora nos percentuais, pois a maioria dos usuários e dos profissionais afirmou, respectivamente, que sempre (71,6% - 38; 55% - 22) ou quase sempre (5,7% - 3; 5% - 2) estes trabalhadores eram procurados, na situação citada.

Sobre os agentes comunitários de saúde, nota-se que 43,4% (23) dos usuários optaram por não responder, conduzindo à suposição de que não tinham acesso e/ou vínculo com tais profissionais, a ponto de os procurarem na tentativa de solucionar suas necessidades.

Entretanto, proporcionalmente aos usuários que responderam a esta questão, percentuais importantes indicaram que recorriam sempre (34,0% - 18) ou quase sempre (3,8% - 2) aos ACS. Já entre os profissionais de saúde, parcela muito mais expressiva afirmou que, sempre (62,5% - 25) ou quase sempre (5% - 2), tal categoria profissional era procurada, na tentativa de satisfação das necessidades pelos usuários.

Tabela 41 - Distribuição dos usuários e profissionais segundo variáveis relacionadas ao vínculo com os profissionais. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Frequência/ Profissionais procurados na UBS em caso de necessidade	Usuários														Profissionais													
	Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total		Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médico	12	22,6	8	15,1	9	17,1	4	7,5	16	30,2	4	7,5	53	100,0	13	32,5	8	20,0	11	27,5	2	5,0	6	15,0	0	0	40	100,0
Enfermeiro	7	13,2	7	13,2	7	13,2	2	3,8	25	47,2	5	9,4	53	100,0	4	10,0	4	10,0	11	27,5	3	7,5	16	40,0	2	5,0	40	100,0
Auxiliar de Enfermagem	2	3,8	2	3,8	5	9,4	3	5,7	38	71,6	3	5,7	53	100,0	4	10,0	2	5,0	9	22,5	2	5,0	22	55,0	1	2,5	40	100,0
Agente Comunitário de Saúde	6	11,3	0	0	4	7,5	2	3,8	18	34,0	23	43,4	53	100,0	1	2,5	1	2,5	7	17,5	2	5,0	25	62,5	4	10,0	40	100,0
Outros profissionais	3	5,7	1	1,9	0	0	0	0	9	17,1	40	75,3	53	100,0	2	5,0	1	2,5	5	12,5	2	5,0	5	12,5	25	62,5	40	100,0

Por fim, ao serem indagados a respeito de outras categorias profissionais, a maioria dos usuários (75,3% - 40) e profissionais (62,5% - 25) optaram por não responder, conduzindo novamente à inferência, tal qual ocorreu com os agentes comunitários, de que a maioria dos usuários não tinha acesso e/ou vínculo suficiente com outros profissionais, para considerar procurá-los.

No entanto, é importante destacar que 17,1% (9) dos usuários afirmaram que sempre procuravam outros profissionais (invariavelmente, o assistente social) para tentar satisfazer suas demandas, dado corroborado por 12,5% (5) dos profissionais, que relataram que tal busca ocorria constantemente.

Em suma, a análise da Tabela 41 evidencia uma ordem decrescente de especialização profissional, baseada no acesso e/ou vínculo que os usuários tinham com determinadas categorias profissionais, na tentativa de satisfação de suas necessidades. Assim sendo, a maioria dos doentes relatou que, sempre ou quase, procurava auxiliares de enfermagem (77,4% - 48), seguidos por agentes comunitários (37,8% - 20), enfermeiros (51,0% - 27), médicos (37,5% - 20) e outros profissionais (17,0% - 9).

Note-se que a percepção dos profissionais assemelha-se à dos usuários, em relação à frequência da procura basear-se na menor especialização profissional, indicando que, sempre ou quase sempre, os doentes buscavam os agentes comunitários de saúde (67,5% - 27), auxiliares de enfermagem (60,0% - 24), enfermeiros (47,5% - 19), médicos (20,0% - 8) e outros profissionais (17,5% - 7).

Franco, Bueno e Merhy (1999), ao relatar a experiência de implantação do acolhimento (que, conforme discutido anteriormente, estreita-se com o vínculo) em um serviço de saúde de Betim (MG), afirmam que, neste contexto, os profissionais não-médicos passam a usar todo seu potencial para a assistência e solução de problemas de saúde trazidos pela população usuária dos serviços da Unidade.

Segundo os autores, nesta perspectiva, o enfermeiro, além de acolher, garantia a retaguarda do atendimento realizado pelos auxiliares de enfermagem. Sobre estes últimos, antes da implantação do acolhimento, seu

trabalho resumia-se às atividades próprias de sua função (curativo, injeção, vacina, distribuição de medicamentos). Após, a relação da auxiliar com os médicos orientava-se ao acolhimento para a retaguarda, após realizar a escuta dos problemas de saúde do usuário (Franco, Bueno, Merhy, 1999).

Os autores apontam, por fim, que o processo de trabalho dos médicos não foi modificado, neste cenário, tanto quanto seria necessário para causar impacto na assistência, permanecendo ancorado na lógica da consulta (Franco, Bueno, Merhy, 1999).

Considerando a tuberculose como doença socialmente produzida, fica evidente a necessidade de maior envolvimento dos profissionais de saúde, no sentido de operacionalizar medidas, como o vínculo, que levem em conta a compreensão dos condicionantes sociais do processo saúde-doença, a fim de reorientar as práticas de saúde, voltando-as a uma lógica pautada na equipe de saúde e na intersetorialidade (Bertolozzi, 2005).

Contudo, é importante salientar que, em um país como o Brasil, com profundas desigualdades socioeconômicas, a responsabilização dos profissionais pela satisfação das necessidades de saúde de cada usuário é um fardo enorme, que, muitas vezes, fragiliza o processo de vínculo entre os sujeitos (Brasil, 2004).

A fim de investigar esta questão no cenário de estudo, indagou-se aos usuários sobre a frequência com que eram bem atendidos por cada uma das categorias profissionais (Tabela 42).

Em relação aos médicos, a maioria dos usuários relatou ser bem atendida sempre (85,0% - 45) ou quase sempre (7,5% - 4). Quanto aos enfermeiros, percentuais semelhantes referiram ser bem atendidos sempre (86,7% - 46) ou quase sempre (5,7% - 3).

É interessante notar que, acerca dos auxiliares de enfermagem, em conformidade com a hipótese de que o vínculo com os usuários se estabelecia com maior força entre os profissionais de menor qualificação, percentuais ainda maiores que o das classes anteriores afirmaram ser bem atendidos sempre (94,3% - 50) ou quase sempre (3,8% - 2).

Tabela 42 - Distribuição dos usuários segundo menção à frequência com que eram bem atendidos pelo profissional de saúde. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Frequência/ Categoria Profissional	Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médico	0	0	0	0	4	7,5	4	7,5	45	85,0	0	0	53	100,0
Enfermeiro	0	0	0	0	2	3,8	3	5,7	46	86,7	2	3,8	53	100,0
Auxiliar de Enfermagem	0	0	0	0	1	1,9	2	3,8	50	94,3	0	0	53	100,0
Agente Comunitário de Saúde	0	0	0	0	2	3,8	1	1,9	33	62,2	17	32,1	53	100,0
Outros profissionais	0	0	0	0	1	1,9	0	0	15	28,3	37	69,8	53	100,0

No que tange aos agentes comunitários de saúde, mais uma vez, um grande percentual de usuários (32,1% - 17) optou por não responder, permitindo inferir, mais uma vez, que estes usuários não tinham acesso a estes profissionais. No entanto, proporcionalmente aos que responderam, observa-se a melhor interação com os usuários de uma categoria profissional ligada diretamente ao PCT, dado pautado na proporção dos doentes que afirmaram que estes trabalhadores sempre os atendiam bem (62,2% - 33).

Por fim, quanto ao atendimento oferecido por outros profissionais, embora a maioria (69,8% - 37) dos usuários também tenha optado por não responder, permitindo a mesma inferência feita aos ACS, à exceção de um único usuário (1,9%), todos os que responderam esta questão (28,3% - 15), indicaram que tais profissionais sempre lhes atendiam de forma adequada.

Em suma, a análise da Tabela 42 evidencia que a maior parte dos usuários afirmou receber bom atendimento, sempre ou quase sempre, por médicos e enfermeiros (92,4% - 49), auxiliares de enfermagem (98,1% - 52), agentes comunitários (62,3% - 33) e outros profissionais (28,3% - 15).

É importante apontar que a formação do vínculo ocorre pela aproximação entre usuário e trabalhador de saúde, ambos com intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, pois um busca assistência, em estado físico e emocional, fragilizado, junto ao outro, supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade (Brasil, 2004).

Supostamente capacitado, pois se somam a este quadro, a desvalorização dos trabalhadores de saúde, a expressiva precarização das relações de trabalho, o baixo investimento na educação permanente, a formação desvinculada da realidade social e a participação inexpressiva na gestão dos serviços, fenômenos que podem desmotivar e desanimar os profissionais para o estabelecimento do vínculo com os usuários (Brasil, 2004).

Bertolozzi (1998) já apontava que a desvalorização do profissional de saúde, que recebe baixíssimos salários e que trabalha em construções com estruturas precárias, de espaço físico insuficiente e insalubre, repercutem na relação que se estabelece com o usuário na unidade de saúde. Neste sentido, Sánchez (2007) afirma que a forma como os profissionais acolhem as necessidades dos pacientes repercute, diretamente, no engajamento ao tratamento supervisionado e na adesão ao projeto terapêutico.

Sánchez (2007) advoga que a adesão ao tratamento medicamentoso é influenciada por vários aspectos que transcendem o indivíduo e articulam-se, também, ao vínculo com os profissionais que prestam o atendimento e à qualidade das informações que lhe foram transmitidas por eles, além da inserção social do doente, o que engloba sua situação de vida, trabalho, cultura, crenças e concepções a respeito da tuberculose.

Ainda de acordo com Bertolozzi (1998), a adesão ao tratamento está intimamente articulada ao cotidiano do sujeito doente, enquanto espaço de constituição, produção e reprodução do ser social. Evidencia-se, assim, a necessidade de intervenções, por parte dos trabalhadores de saúde, que considerem as singularidades dos usuários frente à sua posição na sociedade, buscando, desta forma, a superação das vulnerabilidades biológica e social.

Tabela 43 - Distribuição dos usuários segundo elementos relacionados à adesão ao tratamento. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Frequência/ Elementos que compõe à adesão	Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Deixa de realizar atividades habituais por conta da doença	21	39,6	6	11,3	15	28,3	2	3,8	9	17,0	0	0	53	100,0
Problemas com o tratamento ou com a medicação	34	64,1	7	13,2	6	11,3	3	5,7	3	5,7	0	0	53	100,0
Precisa de incentivos para continuar o tratamento	18	34,0	1	1,9	8	15,1	4	7,5	22	41,5	0	0	53	100,0

Acerca de alguns destes elementos cotidianos relacionados à adesão ao tratamento, a análise Tabela 43 permite observar que, quando perguntados sobre a frequência com que deixavam de realizar suas atividades habituais (trabalhar, estudar, lazer) por conta da doença, embora 39,6% (21) dos usuários tenham afirmado que nunca precisaram deixar de fazer suas atividades rotineiras por causa da tuberculose, todos os demais (60,4% - 32) relataram, com alguma frequência, a mudança no seu cotidiano, em função da enfermidade.

É importante destacar, neste ponto, que 94% (47) dos usuários entrevistados realizavam o tratamento de forma supervisionada na própria UBS (Tabela 20), fato que pode impedir que o usuário realize parte de seus afazeres – inclusive, relativos ao trabalho, conforme discutido anteriormente – repercutindo, ao longo do tempo, na adesão ao tratamento (Bertolozzi, 2005).

Nesta perspectiva, quando questionados sobre a frequência que sofriam com problemas relacionados ao tratamento ou à medicação, a maioria dos sujeitos (64,1% - 34) relatou que nunca passou por tais inconvenientes. Entretanto, todos os demais (35,9% - 19) manifestaram que, com alguma frequência, tiveram problemas relacionados à terapêutica.

Segundo Bertolozzi (1998), dentre as questões inseridas no cotidiano dos doentes, relacionadas à dimensão da adesão, àquelas que se referem aos fármacos são de grande importância, tendo em vista que, tanto à sua intermitência, quanto as suas reações ou efeitos colaterais repercutem na forma de enfrentar ou não a doença, determinando sentimentos de ambigüidade em relação à necessidade da continuidade de seu uso.

Por fim, sobre a necessidade de incentivos ao tratamento supervisionado (passe de ônibus, para o transporte diário até a UBS; lanche, após a tomada da medicação; e cesta básica, para todos que não apresentem faltas durante cada mês de tratamento) para o enfrentamento da doença e continuidade do tratamento, é importante notar que apenas 34% (18) dos doentes entrevistados afirmaram nunca precisar dos mesmos. Ou seja, todos os demais (66% - 35) necessitavam, com alguma frequência, destes incentivos.

Embora os efeitos desta intermitência sobre a acessibilidade dos doentes já tenham sido discutidos anteriormente (Tabela 30), destaca-se que Bertolozzi (2005), em estudo também realizado na região da Sé, verificou que os incentivos não eram determinantes para a adesão, sendo suplantados pelo vínculo estabelecido com os profissionais de saúde, embora, ao mesmo tempo, foram referidos como elementos que apoiavam tal processo.

Por outro lado, Vendramini et al. (2002) apontam que a distribuição de incentivos, apesar de não resolver a situação de exclusão social da maioria dos usuários, colabora para a melhora da situação nutricional dos mesmos, além de estimular a adesão ao tratamento.

Em consonância, Monroe (2007) ressalta que, tendo em vista que muitos usuários encontram-se desempregados ou mesmo sem condições físicas para o trabalho, os incentivos, muitas vezes, são a tênue linha que os separam da miséria extrema.

Nesta perspectiva, a própria OMS (2003a) chama a atenção para a necessidade de distribuição de incentivos para os indivíduos acometidos por condições crônicas, pois, em função da longa duração dos tratamentos prescritos, são mais sujeitos ao abandono.

Finalizando a descrição dos achados do presente estudo, apresenta-se a Tabela 44, onde se demonstram as frequências de determinados aspectos que, potencialmente, podem ser motivadores para a adesão ao tratamento.

Iniciando-se pela Família, nota-se que um percentual importante optou por não responder à questão (22,6% - 12), o que pode levar à suposição de que não possuíam tal rede social, portanto, não os reconheciam como motivadores da adesão. Entretanto, a maioria dos usuários (60,4% - 32) afirmou que sempre tinham esta rede social como motivação para se tratar de forma adequada, embora 11,3% (6) nunca se utilizasse de tal alavanca para aderir à terapia.

Sobre o Emprego/Trabalho, tendo em vista que a motivação poderia se relacionar tanto à recuperação, quanto a sua manutenção, a totalidade dos usuários foi questionada, independente da situação empregatícia. Contudo, observou-se o mesmo percentual que optou por não responder à questão anterior (22,6% - 12), o que pode levar à suposição de que não possuíam trabalho ou sequer reconheciam este âmbito como motivador para a adesão. Ainda assim, a maioria dos usuários (52,8% - 28) relatou que sempre identificavam o emprego ou o trabalho como possibilidade de superação da sua enfermidade, motivando-os a tratarem-se corretamente. No entanto, nota-se que 9,4% (5) jamais consideraram este aspecto como motivador.

Tabela 44 - Distribuição dos usuários segundo aspectos motivadores da adesão ao tratamento. Subprefeitura Sé – São Paulo, 2009

Frequência/ Motivadores da adesão	Nunca		Quase Nunca		Às vezes		Quase Sempre		Sempre		Não Resp.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Família	6	11,3	0	0	1	1,9	2	3,8	32	60,4	12	22,6	53	100,0
Emprego/ Trabalho	5	9,4	2	3,8	3	5,7	3	5,7	28	52,8	12	22,6	53	100,0
Recuperação da auto- imagem/ auto-estima	1	1,9	0	0	4	7,5	4	7,5	44	83,1	0	0	53	100,0
Melhora das Condições de Vida	0	0	0	0	4	7,5	0	0	49	92,5	0	0	53	100,0

Já no que tange à recuperação de sua auto-imagem/auto-estima, a maioria dos usuários (83,1% - 44) afirmou que sempre era motivado por tal aspecto. Cabe ressaltar que um indivíduo (1,9%) referiu nunca ser motivado pela recuperação da imagem que fazia de si mesmo.

Por fim, quando indagados se a melhora das suas condições de vida lhes motivava a aderir ao tratamento, a despeito de 7,5% (4) que disseram que isto ocorria apenas esporadicamente, todos os demais (92,5% - 49) afirmaram que sempre eram motivados por este aspecto, a fim de aderir ao tratamento.

Em suma, a análise da Tabela 44 evidencia que o motivador mais constante, referido pelos usuários para a adesão ao tratamento, foi a melhora das suas condições de vida (92,5% - 49), seguido pela recuperação da sua auto-imagem/auto-estima (83,1% - 44), família (60,4% - 32) e emprego/ trabalho (52,8% - 28).

Questão central para as análises dos determinantes dos processos saúde-doença, não surpreende que a melhora nas condições de vida tenha sido o motivo referido, com maior frequência, para a adesão ao tratamento, tendo em vista que a inserção das pessoas na sociedade lhes confere acessos diferenciados aos bens que satisfarão a suas necessidades, determinando tanto as suas condições de vida, quanto à adesão ao programa de controle da tuberculose (Bertolozzi, 1998).

Contudo, de maneira geral, os projetos de intervenção propostos, na região investigada, têm focalizado o tratamento na dimensão biológica da doença, sem indagar e buscar elementos que contextualizem o seu processo saúde-doença, fato que pode ser determinante, conforme discutido anteriormente, para a fragilização da adesão (Bertolozzi, 1998).

Nesta perspectiva, Bertolozzi (1998) detectou que vários aspectos ampliam a dimensão tradicionalmente adotada pela clínica sobre adesão ao tratamento, particularmente no que se refere ao fato de que, a depender das condições de vida do usuário, a cura da enfermidade pode não se constituir como prioridade, mas sim a própria sobrevivência, o que pode acarretar o abandono do cuidado pelo próprio corpo.

Assim, o desgaste a que estão expostos certos segmentos sociais, como os moradores de rua e imigrantes, fruto das adversidades emanadas das condições materiais de vida e trabalho, implica na dinâmica da tuberculose, principalmente no que tange à acessibilidade ao diagnóstico e adesão ao tratamento, na medida em que o sistema de saúde, muitas vezes, é refratário a estes indivíduos (Sabroza, s/d).

Outro aspecto que se destacou na interpretação dos processos que levam à adesão ao tratamento, refere-se à reconquista da auto-estima e da auto-imagem, à qual, segundo Bertolozzi (2005), se coloca como um processo diretamente articulado ao cuidado dos trabalhadores da saúde, embora estes – e mesmo os pacientes – coloquem a questão restrita a processos singulares, como uma carência originada, limitada e tratada, no âmbito singular dos doentes, o que parece circunscrever a sua compreensão, não se abordando tal fenômeno como atrelado a um processo maior, que inclui a auto-valorização do sujeito na sociedade.

Em consonância, Gonçalves et al. (1999), em estudo sobre a adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas (RS), advogam que a auto-estima e a auto-estigmatização dos usuários são processos que incidem na fragilidade da adesão, pois a transição de suas funções e papéis sociais, com relação ao trabalho, por exemplo, faz com que deixem de serem os provedores para suas famílias, podendo levá-los até à depressão.

Neste sentido, é importante notar que as famílias desempenharam um papel menos fundamental, em comparação a outros motivadores, para a adesão ao tratamento. A razão para tanto, é encontrada no fato de que, na região de estudo, o grupo com maior risco para o desenvolvimento da doença – as pessoas em situação de rua – possuem os laços familiares fortemente fragilizados (Mattos, Heloani, Ferreira, 2008).

Para Heller (1991), os grupos sociais aos quais os indivíduos se inserem, que podem referir-se à família e/ou aos grupos comunitários, intermedeiam sua apropriação da sociedade. Desta forma, se justifica a importância do suporte desses grupos na definição ou não da adesão ao tratamento, pois é no espaço do coletivo que o projeto individual se afirma e se legitima. Portanto, a adesão é catalisada quando o sujeito compartilha, com outros, sua vivência no processo saúde-doença (Bertolozzi, 1998).

Por fim, ressalta-se que o Emprego/Trabalho foi o motivador referido com menor frequência para mediar à adesão ao tratamento, fato que, provavelmente, está ligado à inserção precária dos usuários portadores de tuberculose no mercado de trabalho, particularmente, no que tange as pessoas que tiram seu sustento das ruas e os imigrantes que trabalham em oficinas de costura (Illes, Timóteo, Fiorucci, 2008; Mattos, Heloani, Ferreira, 2008).

Evidencia-se, dessa forma, que a compreensão dos processos envolvidos na adesão, numa perspectiva mais ampla, histórica e social, deve, necessariamente, considerar o processo de reprodução social dos diferentes grupos sociais, a fim de caracterizar os diferentes processos saúde-doença que acometem os indivíduos (Bertolozzi, 1998).

De acordo com Waitzkin (1980), essa interpretação do processo saúde-doença fundamenta-se nos trabalhos de Engels - em 1845 - e de Virchow -

em 1847 - que associaram a origem das doenças às condições materiais da vida cotidiana, determinadas pela divisão de classes e pela concentração de renda e poder pela classe dominante.

Neste sentido, de acordo com Sabroza (2001, p.9), no contexto da implantação e estabelecimento do Estado neoliberal, “(...) a *tuberculose passou a ser, mais que um marcador de condições de vida precárias, um determinante da exclusão no meio urbano e um componente de controle social sobre as classes populares*”.

Heller (1991) advoga que a luta pelo trabalho, pelo posto de trabalho e pela ascensão no trabalho, são os campos mais importantes nos quais se manifestam as motivações particulares. Isto não significa que a atividade laboral opere, com exclusividade, estas motivações, contudo, esta inferência pode auxiliar na explicação do porque a adesão ocorre ou não, na medida em que o processo saúde-doença está, fundamentalmente, ligado ao trabalho e é determinado pelo social. Desta forma, o alijamento do indivíduo desse processo, em virtude da doença, materializaria a adesão como uma necessidade para a sua re-inserção no mesmo (Bertolozzi, 1998).

Em conclusão, de acordo com Bertolozzi (2005), os argumentos para a dificuldade de adesão têm se polarizado entre aqueles que colocam os obstáculos no plano individual (culpabilizando o doente) e outros que relacionam a falha às deficiências institucionais, ou seja, ao processo de produção e acesso aos serviços.

No entanto, como evidenciaram os resultados do presente estudo, a situação é muito mais complexa, incorporando a forma como os doentes entendem a doença, o modo de enfrentamento individual e das suas redes sociais em relação a este processo, assim como as questões relativas ao processo de produção de serviços de saúde, destacando o vínculo e a acessibilidade, na sua concepção mais ampla (Bertolozzi, 2005).

5 - CONCLUSÃO

Considerando a magnitude global da tuberculose, destaca-se, entre outros eixos de atuação relevantes para a modificação do quadro epidemiológico, a necessidade da organização apropriada dos serviços de saúde, de modo a operar no sentido de satisfazer as necessidades das pessoas acometidas pela enfermidade.

Para tanto, a Atenção Primária em Saúde integra componentes que se referem à dimensão de organização e desempenho dos serviços, tais como o acesso, o elenco de serviços oferecidos para os usuários, o vínculo estabelecido entre estes e os trabalhadores de saúde, a coordenação da atenção, o enfoque familiar, a orientação na comunidade e a formação profissional adequada, de forma a atender a tais demandas.

Destas dimensões, constituíram objeto do presente estudo, o acesso e o vínculo, aos quais se integrou à adesão ao tratamento, dado que se refere diretamente a elas, além da sua importância no controle da tuberculose. Assim, o estudo teve como objetivo, analisar como se operacionalizavam tais componentes na região correspondente à Subprefeitura da Sé, no Município de São Paulo.

Do universo de dados analisados, verificaram-se falhas na organização dos serviços, evidenciadas por meio de rupturas no acesso dos usuários ao serviço, principalmente, no que diz respeito ao acesso precoce ao diagnóstico e o tratamento integral das necessidades de saúde. Ademais, em relação ao vínculo, identificou-se que, não eram raras as vezes em que os doentes não eram tratados de forma contextualizada, a partir de suas características singulares de vida. Por outro lado, verificou-se que a adesão ao tratamento ocorre, com maior frequência, justamente em função da motivação para a melhoria das condições de vida.

Constatou-se que a doença acometia mais as pessoas do sexo masculino, com idade economicamente ativa, com baixa escolaridade e que viviam sós. Verificou-se, ainda, que a maior parte vivia em áreas vulneráveis, que poderiam predispor à ocorrência da tuberculose, como cortiços, ocupações ou a situação de rua. Um outro aspecto muito importante é que parcela expressiva dos doentes foi constituída por imigrantes provenientes da Bolívia.

A enfermidade também causou importantes repercussões no cotidiano das pessoas, constatação feita em virtude do fato de que um quarto dos sujeitos do estudo deixou de trabalhar, após o início dos sintomas. Da totalidade dos enfermos, cerca de dois terços tinha renda familiar mensal menor a um salário mínimo, o que evidencia situação econômica frágil. Ainda no que diz respeito ao trabalho, destaca-se a importante porcentagem de usuários que não tinham ocupação e que, praticamente, todos os demais desenvolviam trabalhos com baixa qualificação.

Evidencia-se que, nesta região, os grupos populacionais mais vulneráveis à tuberculose, são também aqueles em situação de risco social, especialmente, no que tange aos imigrantes e às pessoas em situação de rua, que concretizam as idiossincrasias de uma sociedade em que preponderam as desigualdades sociais.

Quanto aos profissionais entrevistados, pertenciam às categorias profissionais mais encontradas nas unidades básicas de saúde que constituem o Sistema Único de Saúde: agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos. A maior parte era composta por pessoas do sexo feminino, atuavam há mais de cinco anos nas respectivas categorias e mais do que um terço atuava há quatro anos ou mais em ações que integram o PCT.

Contudo, o estudo evidenciou que a maior parte não teve integrado, em sua formação profissional, o conteúdo relativo à tuberculose, identificando-se, ainda, que não eram dotados de capacitação suficiente para atuar com a diversidade de situações de vida dos doentes, incluindo aspectos relativos às diferenças culturais das pessoas que recorriam aos serviços de saúde. Além disso, notou-se contingente reduzido de profissionais ligados ao PCT, tomando como base para tal argumento, a incidência média da TB e a densidade populacional desta região.

Tais elementos acabam por fragilizar o acesso às ações que integram o controle da enfermidade e comprometem o desempenho do Programa. Sendo assim, os principais pontos de estrangulamento identificados no desenvolvimento do estudo foram: a restrição de benefícios, por parte da UBS, frente às necessidades que os usuários apresentam; o número restrito

de visitas domiciliares, que repercutem nas ações de controle da doença e, inclusive, podem contribuir para a não identificação de comunicantes; as dificuldades para o encaminhamento para outros serviços, quando os usuários apresentam outros problemas de saúde; além das falhas quanto ao oferecimento de informações sobre outros problemas de saúde aos pacientes.

Estes fatos trazem à tona rupturas na acessibilidade do serviço, que podem determinar, na região estudada, não apenas o tratamento inadequado da tuberculose, mas, também, a instalação ou piora de outros agravos, em função da assistência desvinculada e fragmentada, comprometendo, dessa forma, o próprio princípio da integralidade.

Quanto ao vínculo, de modo geral, os usuários apontaram que se efetiva, destacando-se que, quanto menor a qualificação do trabalhador, mais importante é a relação entre os sujeitos. No entanto, os resultados também apontam algumas falhas, que evidenciam, não raras vezes, que os profissionais não promovem espaços de conversa sobre as condições de vida, de emprego, de moradia, de saneamento básico e em relação às pessoas com quem viviam os doentes. É necessário apontar, ainda, que parcela expressiva dos profissionais relatou a ocorrência de atos de discriminação aos usuários, por conta da doença.

Quanto à adesão, conforme anteriormente mencionado, ocorre, com maior frequência, em função da motivação para a melhoria das condições de vida e da recuperação da auto-estima. Identificou-se, ainda, que os incentivos do tratamento supervisionado (cesta básica, vale transporte e lanche) são importantes neste processo.

Conclui-se, a partir destes achados, que as debilidades dos indivíduos para superar as condições de suas vidas que contribuem para a instalação da tuberculose, podem ser agravadas pela capacidade reduzida dos serviços de saúde, no sentido de se organizarem para atender suas necessidades, às quais, certamente, apresentam-se como muito particulares nesta região, dado que se referem, muitas vezes, a situações que evidenciam a tênue fronteira da sobrevivência.

Tais constatações constituem um desafio aos serviços de saúde, pois demandam outro formato de modelo assistencial, que ajude os usuários a enfrentar a enfermidade, por meio de relacionamento qualificado entre o trabalhador de saúde e o paciente, de modo que os profissionais estejam voltados a entender e ir de encontro às necessidades apresentadas pelos usuários dos serviços.

Neste contexto, em conformidade com o princípio da integralidade, quaisquer políticas públicas voltadas ao controle da tuberculose, também devem contemplar ações que incidam nos seus determinantes sociais. Portanto, o investimento na saúde e nos setores sociais é crucial, não só para evitar óbitos e incapacidades, como também para melhorar as condições socioeconômicas da região estudada, buscando a inclusão social dos grupos mais vulneráveis.

Sendo assim, a fim de causar um impacto significativo na epidemiologia da tuberculose, defende-se que a enfermidade deve ser compreendida como um fenômeno social e historicamente determinado, o que implica no estabelecimento de um novo paradigma de abordagem, baseado na integralidade das relações estabelecidas entre os diversos atores envolvidos (doentes, profissionais, gestores, familiares e comunidade) e os diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária), além de estar pautada em ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento apropriado.

Emerge, desta forma, a necessidade de maior envolvimento de profissionais de saúde, a fim de reorientar as práticas de saúde, voltando-as a uma lógica pautada na equipe de saúde e na intersetorialidade. Neste panorama, o vínculo se constitui como estratégia fundamental para possibilitar a predominância dos potenciais de fortalecimento que, em última instância, determinarão a adesão ao tratamento e a cura do usuário.

Sendo assim, advoga-se que a ampliação dos laços relacionais pode potencializar a adesão ao tratamento e contribuir para o aprimoramento da organização e do desempenho dos serviços de saúde da região, através do desenvolvendo do vínculo com os usuários, de forma a beneficiar o processo

terapêutico, constituindo-se em elemento de proteção contra os mecanismos determinantes da enfermidade.

Os resultados do presente estudo não devem ser estendidos indiscriminadamente para realidades distintas, sendo que novas investigações sobre a temática se fazem necessárias, a fim de promover alternativas para o controle da tuberculose que, simultaneamente, personalizem as ações – pois devem considerar os sujeitos como portadores de necessidades singulares – e amplifiquem suas atividades – fortalecendo a prevenção e promoção à saúde de grupos caracteristicamente vulneráveis, como os imigrantes e os moradores de rua.

6 - REFERÊNCIAS

Adorno RCF, Vasconcellos MPC, Varanda W. O bacilo das sombras: a tuberculose, população de rua e o serviço de saúde na cidade de São Paulo. In: 4º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde: Salvador; 2007.

Adorno RCF. Uso de álcool e drogas e contextos sociais da violência. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.: [periódico online]; 2008. [Acesso em: 22/10/2009]. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000100002&lng=pt&nrm=iso.

Albuquerque MFM et al. Fatores prognósticos para o desfecho do tratamento da tuberculose pulmonar em Recife, Pernambuco, Brasil. Rev Panam Salud Publica: [periódico online]; 2001. [Acesso em: 17/07/2009]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000600003&lng=pt&nrm=iso.

Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. São Paulo: Interface - Comunic, Saúde, Educ; 2004.

Almeida CM, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde; 2006.

Almeida Teles MA. Imigrantes bolivianas em São Paulo: a dupla invisibilidade. In: SPM-IRLS. No Somos Estranjeros... São Paulo, Expressão Popular; 2008.

Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. São Paulo: Interface - Comunic, Saúde, Educ; 2005.

Antunes R. Os sentidos do trabalho. São Paulo: Boitempo; 2000.

Apers L, et al. Accuracy of routine diagnosis of pulmonary tuberculosis in an area of high HIV prevalence. *Int.J.Tuberc.Lung Dis*: [periódico online]; 2004. [Acesso em: 10/05/2009]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15305475>.

Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Access to health services: a possibility of enabling it in practice. São Paulo: Ciênc. saúde coletiva; 2003.

Azevedo F. A presença de trabalho forçado na cidade de São Paulo: Brasil/Bolívia. [dissertação]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Integração da América Latina, Universidade de São Paulo; 2005.

Banco Interamericano de Desenvolvimento. Departamento de Desenvolvimento Sustentável. Divisão de Programas Sociais. Globalização, Doenças Transmissíveis e Desigualdade Mundial. Washington: [documento online]; 2007. [Acesso em: 14/10/2008]. Disponível em: <http://idbgroup.org/sds/doc/SOCEnfermidadesTransmissibles1.pdf>.

Barclay DM, Richardson JP, Fredman L. Tuberculosis in the Homeless. *Arch Fam Med* [periódico online]; 1995. [Acesso em: 08/03/2009]. Disponível em: <http://archfami.ama-assn.org/cgi/content/abstract/4/6/541>.

Bates I, et al. Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease: Determinants operating at individual and household level. *Lancet Infect Dis*: [periódico online]; 2004. [Acesso em: 11/09/2008]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15120343>.

Bergel FS, Gouveia N. Retornos freqüentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. *Rev Saúde Pública*: [periódico online];

2005. [Acesso em: 09/10/2008]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15120343>.

Bertolozzi MR. A adesão ao programa de controle da TB no Distrito Sanitário do Butantã, São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1998.

Bertolozzi MR. A adesão ao tratamento da TB na perspectiva da Estratégia do Tratamento Diretamente Observado (“DOTS”) no município de São Paulo-SP [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. Ciênc e Saúde Coletiva: [periódico online]; 2002. [Acesso em: 08/07/2009]. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/atencao_basica_bibliografias/Atencao_basica_na_agenda_da_saude.pdf.

Bomfim, VC. O Centro Histórico de São Paulo: a vacância imobiliária, as ocupações e os processos de reabilitação urbana. São Paulo: Cadernos metrópole; 2004.

Boneti LW. Educação Inclusiva ou Acesso à Educação? In: 28a. RA da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação. Rio de Janeiro: [documento online]; 2005. [Acesso em: 07/09/2009]. Disponível em: <http://www.anped.org.br/reunioes/28/textos/gt11/gt11153int.rtf>.

Bossert T, et al. Decentralization of health system in Latin America. Rev. Panam. Salud Publica: [periódico online]; 2000. [Acesso em: 14/09/2008]. Disponível em: <http://www.hsph.harvard.edu/ihsp/publications/pdf/lac/Decentralization45.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Plano Nacional de Controle da Tuberculose: Normas Técnicas Estrutura e Operacionalização. Brasília: Ministério da saúde; 2000a.

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; 2000b.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Controle da TB: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Humanizadas - documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde [documento online]; 2004. [Acesso em: 08/10/2009]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Pesquisa Nacional sobre a população em Situação De Rua. Brasília: [documento online]; 2008a. [Acesso em:

12/04/2009]. Disponível em: http://www.mds.gov.br/noticias/arquivos/sumario_executivo_pop_rua.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2008b.

Brasil. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Habitação. Déficit habitacional no Brasil 2007. Brasília: [documento online]; 2009a. [Acesso em: 29/10/2009]. Disponível em: <http://www.cidades.gov.br/secretarias-nacionais/secretaria-de-habitacao/biblioteca/publicacoes-e-artigos/DeficitHabitacional.zip>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Nota técnica sobre as mudanças no tratamento da tuberculose no Brasil para adultos e adolescentes. Ministério da Saúde; [documento online]; 2009b. [Acesso em: 19/11/2009]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_tecnica_versao_28_de_agosto_v_5.pdf.

Breilh J, Granda E. Investigação da saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. São Paulo: Cortez/Instituto de Saúde/Abrasco; 1989.

Burt R. Social Capital: theory and research. New York: Aldine de Gruyter, 2001. Disponível em: http://books.google.com.br/books?id=VSqg1rvjz3EC&dq=Social+Capital:+theory+and+research&printsec=frontcover&source=bl&ots=Vu7-QgTqPR&sig=qoPxXTbt-bNxiLC_Ve-SB2-OBKM&hl=pt-BR&ei=TisdS9fAN8WUtgfSwNHgAw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CBIQ6AEwAQ#v=onepage&q=&f=false.

Cacciamali MC, Azevedo F. Entre o tráfico humano e a opção da mobilidade social: a situação dos imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo. São Paulo: Cadernos PROLAM/USP; 2006.

Calipo SM. Saúde, estado e ética - NOB/96 e Lei das Organizações Sociais: a privatização da instituição pública da saúde? [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. In: Cecilio LCO (org). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.

Campos HS . Tratamento da tuberculose. Rio de Janeiro: Pulmão RJ; 2007.

Caracta CF. Gender differences in pulmonary disease. Mt Sinai J Med [periódico online]; 2003. [Acesso em: 29/09/2009]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12968194>.

Carbone MH. Tísica e rua: os dados da vida e seu jogo [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.

Carvalho SS. Educação em Saúde: uma estratégia para minimizar o abandono do tratamento da tuberculose em pacientes do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas. [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz; 2007.

Castell R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes; 1998.

CDHU. Programa de atuação em cortiços - PAC. São Paulo: CDHU/SEADE; 2002.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001.

Chaimowicz F. Age transition of tuberculosis incidence and mortality in Brazil. São Paulo: Rev. Saúde Pública; 2001.

Chaisson RE, Martinson NA. Tuberculosis in Africa - Combating an HIV-Driven Crisis. N. Engl. J. Med.: [periódico online]; 2008. [Acesso em: 16/11/2009]. Disponível em: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/358/11/1089>.

Corbett EL, et al. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic. Arch Intern Med: [periódico online]; 2003. [Acesso em: 02/10/2007]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12742798>.

Costa AB. Exclusões Sociais. Lisboa: Cadernos Democráticos; 2005.

Costa JSD, et al. Controle epidemiológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: adesão ao tratamento. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública; 1998.

De Lucca D. A rua em movimento - experiências urbanas e jogos sociais em torno da população de rua. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 2007.

Dimitrova B, et al. Health service providers' perceptions of barriers to tuberculosis care in Russia. Health Policy and Planning Advance: [periódico online]; 2006. [Acesso em: 08/10/2009]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16728512>.

Diwan VK, Thorson A. Sex, gender and tuberculosis. *Lancet*. [periódico online]; 1999. [Acesso em: 01/06/2008]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10459926>.

Ducati RG, et al. The resumption of consumption: a review on tuberculosis. *Mem Inst Oswaldo Cruz*: [periódico online]; 2006. [Acesso em: 19/09/2007]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/mioc/v101n7/v101n7a01.pdf>.

Dudley L, et al. Evaluation of community contribution to tuberculosis control in Cape Town, South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis*: [periódico online]; 2003. [Acesso em: 15/10/2009]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12971654>.

Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. TB no Estado de São Paulo: Indicadores de Morbimortalidade e Indicadores de Desempenho. *Bol Epidemiol Paulista*: [documento online]; 2006a [Acesso em: 13/05/2008]. Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/BEPA_TBSUPLE4V3.pdf.

Estado de São Paulo. Diário Oficial Poder Executivo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Portaria GC-2. 2006b. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/TB/portaria/Portarias_GC1e2.pdf.

Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Recursos Humanos. Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Brasil. Novos atores na institucionalização das parcerias do setor público de saúde: a participação de organizações do setor público não-governamental na atenção básica do município de São Paulo, no período de 2001 a 2005. São Paulo: [documento online]; 2007. [Acesso em:

23/10/2008]. Disponível em: <http://www.observarhsp.org.br/projetos/Relatorio%20Parcial%2020062007/3%20RH%20na%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20B%C3%A1sica/Novos%20atores%20na%20institucionaliza%C3%A7%C3%A3o.pdf>.

Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Brasil. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde no distrito sanitário. Projeto Gerus. [documento online]; 1995. [Acesso em: 23/05/2008]. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T1.pdf.

Ferreira MP, Dini NP, Ferreira SP. Espaços e Dimensões da Pobreza nos Municípios do Estado de São Paulo - Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS. São Paulo: São Paulo em Perspectiva; 2006.

Fonseca MG, et al. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. Cad. Saúde Pública: [periódico online]; 2000. [Acesso em: 07/09/2009]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000700007&lng=en&nrm=iso.

Fórum Centro Vivo. Dossiê de Denúncia - Violações dos Direitos Humanos no Centro de São Paulo: propostas e reivindicações para políticas públicas. São Paulo: [documento online]; 2005. [Acesso em: 13/05/2009]. Disponível em: <http://www.cidades.gov.br/secretarias-nacionais/programas-urbanos/biblioteca/reabilitacao-de-areas-urbanas-centrais/publicacoes-institucionais/DossieForumCentroVivoCidadedeSaoPaulo.pdf>.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Rio de Janeiro, Cad. Saúde Pública; 1999.

Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE et al. (org). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.

Freire DN, Bonametti AM, Matsuo T. Diagnóstico precoce e progressão da tuberculose em contatos. Epidemiol. Serv. Saúde: [periódico online]; 2007. [Acesso em: 05/10/2009]. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000300002&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1679-4974.

Fundo Global de Luta contra Aids, Tuberculose e Malária. Partners in impact: results report. Geneva: [documento online]; 2007. [Acesso em: 07/10/2008]. Disponível em: <http://www.theglobalfund.org/en/files/about/replenishment/oslo/Progress%20Report.pdf>.

Gajalakshmi V et al. Smoking and mortality from tuberculosis and other diseases in India: retrospective study of 43 000 adult male deaths and 35 000 controls. Lancet: [periódico online]; 2003. [Acesso em: 09/10/2009]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12932381>.

Gazetta CE. Controle dos Comunicantes de doentes de tuberculose: ações realizadas no programa de controle da tuberculose, no município de São José do Rio Preto-SP [tese], Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.

Gazetta CE, et al. O controle de comunicantes de tuberculose no programa de controle da tuberculose em um município de médio porte da Região Sudeste do Brasil, em 2002. Brasília, J. Bras. Pneumol; 2006.

Geetharamani et al. Socio-Economic Impact of Parental Tuberculosis on Children. Ind. J Tub. [periódico online]; 2001. [Acesso em: 12/10/2009]. Disponível em: <http://medind.nic.in/ibr/t01/i2/ibr01i2p91.pdf>.

Giddens A, Beck U, Lasch S. Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna. São Paulo: UNESP; 1997.

Gill LA. Um Mal de Século: tuberculose, tuberculosos e políticas de saúde em Pelotas (RS), 1890 – 1930. [tese]. Rio Grande do Sul: Pontifícia Universidade Católica, PUC-RS; 2004.

Giovanella L, Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C (org). Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

Golub JE, et al. The impact of antiretroviral therapy and isoniazid preventive therapy on tuberculosis incidence in HIV-infected patients in Rio de Janeiro, Brazil. AIDS: [periódico online]; 2007. [Acesso em: 23/10/2009]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17589190>.

Gonçalves H, et al. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública; 1999.

Gonçalves MJF, Penna, MLF. Morbidade por tuberculose e desempenho do programa de controle em municípios brasileiros, 2001-2003. Rev. Saúde Pública: São Paulo; 2008.

Hapke L. Sweatshop: The History of an American Idea. New Jersey: Rutgers University Press, 2004. Disponível em: http://books.google.com.br/books?id=o-3MAifQ_fAC&dq=Sweatshop:+the+history+of+an+American+idea&printsec=frontcover&source=bn&hl=pt-BR&ei=_nDkSvbxCtOh8AaZtPSHBw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=4&ved=0CBQQ6AEwAw#v=onepage&q=&f=false.

Harries et al. Defining and assessing the maximum number of visits patients should make to a health facility to obtain a diagnosis of pulmonary tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis*: [periódico online]; 2003. [Acesso em: 21/05/2009]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14552565>.

Hashim DS, Al Kubaisy W, Al Dulayme A. Knowledge, attitudes and practices survey among health care workers and tuberculosis patients in Iraq. *East. Mediterr. Health J.*: [periódico online]; 2003. [Acesso em: 01/10/2009]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15748069>.

Heller A. Teoria de las necesidades em Marx. Barcelona: Península, 1986.

Heller A. A Sociologia de la vida cotidiana. Barcelona: Península; 1991.

Hijjar MA. Tuberculose: desafio permanente. *Cadernos de Saúde Pública*: Rio de Janeiro; 2005a.

Hijjar MA, et al. Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Pulmão RJ; 2005b.

Hijjar MA, et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. *Rev. Saúde Pública*: São Paulo; 2008.

Holmes CB, et al. A review of sex differences in the epidemiology of tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis*. [periódico online]; 1998. [Acesso em: 03/06/2008]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9562118>.

IBGE. Censo Demográfico do Brasil. Rio de Janeiro: [banco de dados online]; 2000. [Acesso em: 16/08/2009]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo>.

IBGE. Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais. Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV). Rio de Janeiro: [documento

online]; 1996/1997. [Acesso em: 25/10/2009]. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/PESQUISA/BBE-ONLINE/det.asp?cod=49915&type=M>.

Illes P, Timoteo GLS, Fiorucci ES. Tráfico de Pessoas para fins de exploração do trabalho na cidade de São Paulo. Cad. Pagu [periódico online]; 2008. [Acesso em: 04/09/2008]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n31/n31a10.pdf>.

Instituto PANOS. Tuberculose é problema de todo patrão. Panoscope: [periódico online]; 2009. [Acesso em: 13/08/2009]. Disponível em: http://www.stoptb.org/news/assets/documents/2205_p_stb_issue2_layout2_p_ortuguese.pdf.

Jackson S, et al. Poverty and the economic effects of TB in rural China. Int J Tuberc Lung Dis: [periódico online]; 2006. [Acesso em: 15/09/2009]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17044202>.

Jaiswal A, et al. Adherence to tuberculosis treatment: lessons from the urban setting of Delhi, Índia. Tropical Medicine and International Health: [periódico online]; 2003. [Acesso em: 03/09/2009]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12828545>.

Joshi R, et al. Tuberculosis among Health-Care Workers in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. PLoS Med [periódico online]; 2006. [Acesso em: 21/11/2009]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1716189>.

Kovacs MH, et al. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. Porto Alegre: J. Pediatr. (Rio J.); 2005.

Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED (org). Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global ed., 1983.

Laurell AC, Noriega M. Processo de Produção e saúde: trabalho desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.

Lazo AL. O mundo é amplo e alheio: dos Andes a São Paulo. São Paulo: Publicações Braudel Papers [periódico online]; 2001. [Acesso em: 19/10/2009]. Disponível em: http://www.braudel.org.br/publicacoes/bp/bp28_pt.pdf.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS; 2003.

Leonhardt KK, et al. A cluster of tuberculosis among crack house contacts in San Mateo County, California. Am J Public Health: [periódico online]; 1994. [Acesso em: 03/10/2009]. Disponível em: <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/84/11/1834.pdf>.

Leung CC, et al. Socio-economic factors and tuberculosis: a district-based ecological analysis in Hong Kong. Int J Tuberc Lung Dis. [periódico online]; 2004. [Acesso em: 05/09/2008]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15305477>.

Levine R. Millions saved: proven success in global health. Washington: Center for Global development; 2004. [Acesso em: 27/10/2008]. Disponível em: http://books.google.com.br/books?id=ACYn7wiBIAQC&pg=PA35&lpg=PA35&dq=dots+WHO&source=bl&ots=us1Py53EgB&sig=AqRTL7vmFGeix_--NaUCKo_Nr0&hl=ptBR&sa=X&oi=book_result&resnum=3&ct=result#PPA31,M1.

Lienhardt et al. Factors determining the outcome of treatment of adult smear-positive tuberculosis cases in The Gambia. Int J Tuberc Lung Dis. [periódico online]; 1998. [Acesso em: 18/05/2009]. Disponível em: <http://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtld/1998/00000002/00000009/art00004>.

Lienhardt C, Ogden JA. Tuberculosis control in resource-poor: have we reached the limits of the universal paradigm? *Tropical Medicine and International Health*. [periódico online]; 2004. [Acesso em: 09/08/2009]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15228495>.

Lima MB, Mello DA, Moraes APP, Silva WC. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes. Fortaleza: Cad. Saúde Pública; 2001.

Lin X, et al. The effect of geographical distance on TB patients delay in a mountainous province of China, *Int J Tuberc Lung Dis*: [periódico online]; 2008. [Acesso em: 15/09/2009]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18284834>.

Lindoso AABP, et al. Perfil de pacientes que evoluem para óbito por tuberculose no município de São Paulo, 2002. São Paulo: Rev. Saúde Pública; 2002.

Lönnroth K, et al. Alcohol use as a risk factor for tuberculosis – a systematic review. *BMC Public Health*: [periódico online]; 2008. [Acesso em: 04/06/2009]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-8-289.pdf>.

Lopes AJ, et al. Tuberculose extrapulmonar: aspectos clínicos e de imagem. Rio de Janeiro: Pulmão RJ; 2006.

Machado MFAS, et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciênc e Saúde Coletiva*: [periódico online]; 2007. [Acesso em: 02/02/2008]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232007000200009&script=sci_arttext.

Maciel ELN, et al. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose - conhecimentos e percepções. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública; 2008.

Maciel ELN, et al. Tuberculose em profissionais de saúde: um novo olhar sobre um antigo problema. São Paulo: J. bras. Pneumol; 2009a.

Maciel ELN, et al. O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. Rio de Janeiro: Ciênc. saúde coletiva; 2009b.

Malta FC, Souza RR. Revisão dos Métodos de Diagnóstico Laboratorial da Tuberculose. Rio de Janeiro: Saúde & Ambiente em Revista; 2007.

Mangtani P, et al. Socioeconomic deprivation and notification rates for tuberculosis in London during 1982-91. British Medical Journal: [periódico online]; 1995. [Acesso em: 08/02/2008]. Disponível em: <http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/310/6985/963>.

Martinez AN, et al. Sex differences in the epidemiology of tuberculosis in San Francisco. Int J Tuberc Lung Dis. [periódico online]; 2000. [Acesso em: 01/06/2008]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10654640>

Marx K. Manuscritos econômico-filosóficos. São Paulo: Boitempo; 2004.

Marx K, Engels F. A ideologia alemã. São Paulo: Boitempo; 2007.

Mattos RM, Heloani R, Ferreira RF. O trabalhador em situação de rua: algumas ações coletivas atuais. Mental. [periódico online]; 2008. [Acesso em: 24/10/2009]. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272008000100007&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1679-4427.

Mendes EV. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda para a saúde. Belo Horizonte: Rev Min de Saúde Pub; 2004.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Cadernos CEFOR; 1992.

Menezes AMB, et al. Incidência e fatores de risco para tuberculose em Pelotas, uma cidade do Sul do Brasil. São Paulo: Revista Brasileira de Epidemiologia; 1998.

Merhy EE. A Rede Básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy E, Onocko R. (org). Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC; 2002.

Monroe AA. O envolvimento de gestores e equipes de saúde no controle da tuberculose em municípios prioritários do Estado de São Paulo [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2007.

Moreira ACML, et al (org). Intervenção em cortiço. Uma experiência didática. São Paulo: Annablume Editora; 2006.

Morrone N. Diagnóstico da tuberculose em sintomáticos respiratórios: comentários a respeito das II Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia e Ministério da Saúde. São Paulo: J. bras. Pneumol; 2005.

Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. Estimativa do Número de Pessoas em Situação de Rua da Cidade de São Paulo em 2003. São Paulo: [documento online]; 2003. [Acesso em: 17/10/2008]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/assistencia_social/Relatorio_Final2.zip.

Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Sumário de dados – 2004. São Paulo: [documento online]; 2004. [Acesso em: 11/07/2008]. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/governo/sumario_dados/centro_se_caderno32.pdf

Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Vigilância em Saúde. Boletim TB Cidade de São Paulo. São Paulo: [documento online]; 2005. [Acesso em: 18/10/2008]. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/vigilancia_saude/publicacao_covisa/0001/boletim_tb_online_05.pdf.

Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Painel de monitoramento das condições de vida e saúde e da situação dos serviços de saúde. São Paulo: [documento online]; 2006. [Acesso em: 25/10/2008]. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/painel_monitoramento/0006/Indice_Saude_2005.pdf

Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Índice de Necessidades em Saúde por Distrito Administrativo do Município de São Paulo. 3ª edição. São Paulo: [documento online]; 2008. [Acesso em: 25/10/2008]. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/painel_monitoramento/0006/INS_3edicao_Junho2008.pdf

Muniz JN, et al. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: Ciênc. saúde coletiva; 2005.

Myers WP, et al. An Ecological Study of Tuberculosis Transmission in Califórnia. American Journal of Public Health: [periódico online]; 2006. [Acesso em: 24/06/2009]. Disponível em: <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/96/4/685.pdf>.

Nascimento DR. As pestes do século XX: TB e Aids, uma história comparada. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Natal S. Tuberculose na criança. Bol. Pneumol. Sanit. [periódico online]; 2000. [Acesso em: 30/10/2009]. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X2000000200004&lng=pt&nrm=iso.

Needham D, et al. Patient care seeking barriers and tuberculosis programme reform: a qualitative study. Health Policy: [periódico online]; 2004. [Acesso em: 25/07/2009]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14726009>.

Nogueira PA, et al. Avaliação das informações de tuberculose (1989-1999) de um Centro de Saúde Escola da Cidade de São Paulo. São Paulo: Rev bras epidemiol; 2001.

Nogueira PA. Motivos e tempo de internação e o tipo de saída em hospitais de tuberculose do Estado de São Paulo, Brasil -- 1981 a 1995. São Paulo: J. Pneumol; 2001.

Oliveira HB, Moreira Filho DC. Recidivas em tuberculose e seus fatores de risco. Rev Panamer Salud Publica [periódico online]; 2000. [Acesso em: 12/09/2009]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v7n4/1925.pdf>.

Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. Rio de Janeiro: Ciênc. saúde coletiva; 2009.

Organização das Nações Unidas. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. A Declaração do Milênio. ONU: [documento online]; 2002. [Acesso em: 06/08/2009]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/milenio>.

Organização das Nações Unidas. World Economic and Social Survey 2009: Promoting Development, Saving the Planet. ONU: [documento online]; 2009. [Acesso em: 21/10/2009]. Disponível em: <http://www.un.org/esa/policy/wess>.

Organização Mundial da Saúde. What is dots? A guide to understanding the WHO-recommended TB Control Strategy Known as DOTS. Geneva: [documento online]; 1999. [Acesso em: 05/08/2008]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/who_cds_cpc_tb_99.270.pdf.

Organização Mundial da Saúde. Amsterdam Declaration to Stop Tuberculosis. In: The Ministerial Conference on Tuberculosis and Sustainable Development; Amsterdam, [documento online]; 2000a. [Acesso em: 30/09/2008]. Disponível em: http://www.stoptb.org/stop_tb_initiative/assets/documents/decla.pdf.

Organização Mundial da Saúde. Stop TB Initiative. The economic impacts of tuberculosis. Geneva: [documento online]; 2000b. [Acesso em: 06/06/2008]. Disponível em: http://www.stoptb.org/stop_tb_initiative/assets/documents/ahlburg.pdf

Organização Mundial da Saúde. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Switzerland: [documento online]; 2003a. [Acesso em: 21/10/2008]. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf.

Organização Mundial da Saúde. Investir na saúde: Resumo das conclusões da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde. Genebra: [documento online]; 2003b. [Acesso em: 28/09/2009]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque140.pdf>.

Organização Mundial da Saúde. Departamento Stop TB. Departamento de HIV/SIDA. TB/HIV - Manual Clínico. Genebra: [documento online]; 2005. [Acesso em: 12/08/2009]. Disponível em: http://libdoc.who.int/hq/2004/who_hm_tb_2004.329_por.pdf.

Organização Mundial da Saúde. The Stop TB Strategy. Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals. Geneve: [documento online]; 2006. [Acesso em: 13/09/2008]. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/2006/who_hm_tb_2006_368.pdf.

Organização Mundial da Saúde. Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing : WHO report 2009. Geneva: [documento online]; 2009. [Acesso em: 20/11/2009]. Disponível em: http://www.who.int/entity/tb/publications/global_report/2009/en/index.html.

Organização Pan-Americana da Saúde. Situação epidemiológica de la tuberculosis nas Américas. Geneve, [documento online]; 2004a. [Acesso em: 06/08/2008]. Disponível em: <http://www.int/health.topics/tb.htm>.

Organização Pan-Americana da Saúde. Avances en el control de la tuberculosis en la Región de las Américas: 1995-2003. Geneve, [documento online]; 2004b. [Acesso em: 06/08/2008]. Disponível em: <http://www.int/health.topics/tb.htm>.

Organização Pan-Americana da Saúde. Estrategia Regional para el controle de la tuberculosis para 2005-2015. Washington [documento online]; 2005. [Acesso em: 06/08/2008]. Disponível em: <http://www.int/health.topics/tb.htm>.

Ortega F. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. Interface – Comunic., Saúde, Educ; 2004.

Patel NR, et al. Impaired M. tuberculosis-mediated apoptosis in alveolar macrophages from HIV+ persons: potential role of IL-10 and BCL-3. J. Leukoc. Biol: [periódico online]; 2009. [Acesso em: 09/08/2009]. Disponível em: <http://www.jleukbio.org/cgi/reprint/86/1/53>.

Pellegrini Filho A. Inequidades de acceso a la información e inequidades de salud. Rev Panam Salud Publica: [periódico online]; 2002. [Acesso em: 12/08/2009]. Disponível em: <http://journal.paho.org/uploads/1162323247.pdf>.

Perkins MD, Kritski AL. Diagnostic testing in the control of tuberculosis. Bull World Health Organ: [documento online]; 2002. [Acesso em: 27/10/2009]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862002000600019&lng=en&nrm=iso.

Porto A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. São Paulo, Rev. Saúde Pública; 2007.

Prado TN, et al. Perfil epidemiológico dos casos notificados de tuberculose entre os profissionais de saúde no Hospital Universitário em Vitória (ES) Brasil. São Paulo: J. bras. Pneumol; 2008.

Puccini PT, Cornetta VK. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública; 2008.

Queiroz EM. Estudo da estratégia do Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) no Controle da TB no Município de São Paulo. [Trabalho de Conclusão de Curso]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Queiroz VM, Egry EY. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. São Paulo: Revista Brasileira de Enfermagem; 1988.

Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública; 2003.

Raupp L, Adorno RCF. Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva: [periódico online]; 2009. [Acesso em: 22/10/2009]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2668.

Rieder HL. Bases epidemiológicas do controle da tuberculose. Tradução José Miguel Carvalho. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2001.

Ruffino-Netto A, Pereira JC. Saúde-doença e sociedade: a tuberculose – o tuberculoso. Ribeirão Preto: Rev. Medicina; 1982.

Ruffino-Netto A, Villa TCS (org.). Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil - histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: FMRP/USP; 2006.

Ruffino-Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. Rev. Soc. Bras. Med. Trop: [periódico online]; 2002. [Acesso em: 25/09/2008]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003786822002000100010&lng=&nrm=iso.

Sabroza PC. A produção social das condições de vida e da tuberculose. Revista Riopharma: [periódico online]; 2001. [Acesso em: 04/09/2009]. Disponível em: http://www.crfRJ.org.br/crf/revista/45/7_45.asp.

Sabroza PC. Concepções sobre saúde e doença. [documento online]; (s/d). [Acesso em: 22/10/2009]. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf>.

Sampaio MRA. O cortiço paulistano: entre as ciências sociais e política. São Paulo: Rev. Inst. Estud. Bras; 2007.

Sánchez AIM. O tratamento diretamente observado “DOTS” e a adesão ao tratamento da TB: significados para os trabalhadores de unidades de saúde da região central do município de São Paulo/São Paulo - Brasil [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Santiago ES. Estudo da estratégia do Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) na Coordenadoria de Saúde da Região Sul do Município de São Paulo. [Trabalho de Conclusão de Curso]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. Rio de Janeiro: Ciênc. saúde coletiva; 2006.

Santos AM, et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. São Paulo: Rev. Saúde Pública; 2008.

Santos Filho ET. Política de TB no Brasil - uma perspectiva da sociedade civil: tempos de mudanças para o controle da tuberculose no Brasil. Rio de Janeiro: Open Society Institute; 2006.

Santos MLSG, et al. Pobreza: caracterização socioeconômica da tuberculose. Ribeirão Preto: Rev. Latino-Am. Enfermagem; 2007.

Saraceni V, et al. Tuberculosis as primary cause of death among AIDS cases in Rio de Janeiro, Brazil. *Int. J. Tuberc. Lung Dis*: [periódico online]; 2008. [Acesso em: 179/09/2009]. Disponível em: http://www.biomedexperts.com/Abstract.bme/18544202/Tuberculosis_as_primary_cause_of_death_among_AIDS_cases_in_Rio_de_Janeiro_Brazil.

Sassaki CM. Tempo de tratamento da tuberculose de pacientes inscritos em um serviço de saúde do município de Ribeirão Preto – SP [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.

Sassaki CM. Fatores preditivos para o resultado de tratamento da Tuberculose no município de Recife/PE: uma contribuição para as ações de vigilância epidemiológica [tese de Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2006.

Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 2000.

SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados do Estado de São Paulo. São Paulo: [banco de dados online]; 2009. [Acesso em: 13/08/2009]. Disponível em: www.seade.gov.br.

Severo NPF, et al. Características clínico-demográficas dos pacientes hospitalizados com tuberculose no Brasil, período 1994 a 2004. Brasília: J Bras Pneumol; 2007.

Shafer RW, Edlin BR. Tuberculosis in patients infected with human immunodeficiency virus: perspective on the past decade. *Clin Infect Dis* [periódico online]; 1996. [Acesso em: 18/06/2009]. Disponível em: <http://www.jstor.org/pss/4459351>

Silva SA. Bolivianos em São Paulo: entre o sonho e a realidade. Estudos Avançados: São Paulo; 2006.

Speciale C. Significados do Tratamento Diretamente Supervisionado ("DOTS") para pacientes com TB do programa de Saúde da Família da Supervisão Técnica de Vila Prudente/Sapopemba, São Paulo-SP [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

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

Story A, Bothamley G, Hayward A. Crack, cocaine and infectious tuberculosis. *Emerg. Infect Dis*: [periódico online]; 2008. [Acesso em: 26/10/2009]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2603115>.

Stotz EN. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: cadernos de textos. Ministério da Saúde: [documento online]; 2004. [Acesso em: 15/11/2009]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf.

Terra MF. O tratamento diretamente supervisionado "DOTS" como estratégia para adesão ao tratamento da TB: significados segundo profissionais da saúde da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Varanda W, Adorno RCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. São Paulo: Saúde & Sociedade; 2004.

Velloso VRO, Souza RG. Acesso e hierarquização: um caminho (re)construído. In: Bodstein R (org). Serviços Locais de Saúde: construção de atores e políticas. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993.

Vendramini SHF, et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. Brasília: Boletim de Pneumologia Sanitária; 2002.

Vendramini SHF, et al. Tuberculose no idoso: análise do conceito. Ribeirão Preto: Rev. Latino-Am. Enfermagem; 2003.

Vendramini SHF, et al. Tuberculose em município de porte médio do sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. Brasília: J. Bras. Pneumol; 2005.

Vicentin G, Santos AH, Carvalho MS. Mortalidade por tuberculose e indicadores sociais no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Ciênc. saúde coletiva; 2002.

Vieira MAC, Bezerra E, Rosa CMM. População de rua: quem é, como vive, como é vista. São Paulo: Hucitec; 1992.

Vynnycky E, Fine P. Interpreting the decline in tuberculosis: the role of secular trends in effective contact. Int J Epidemiol: [periódico online]; 1999. [Acesso em: 11/09/2008]. Disponível em: <http://ije.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/28/2/327>.

Waitzkin H. Uma visão marxista do atendimento médico. São Paulo: Avante; 1980.

Weiss KB, Addington WW. Tuberculosis, Poverty's Penalty. Am. J. Respir. Crit. Care Med. [periódico online]; 1998. [Acesso em: 24/01/2009]. Disponível em: <http://ajrccm.atsjournals.org/cgi/content/full/157/4/1011>.

ANEXO I

Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho de serviços da atenção básica no controle da tuberculose em Municípios do Estado de São Paulo

I. Doentes de Tuberculose

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

A. INFORMAÇÕES GERAIS (FONTES SECUNDÁRIAS)			
1	Nº SINAN ou WEB-TB:		
2	Iniciais:		
3	Prontuário:		
4	Endereço:		
5	Nome da Unidade de Saúde (US):		
6	Endereço da US:		
6a	Horário de atendimento aos doentes de TB:		
7	Tipo de Unidade	UBS	1 ()
		UBS/PACS	2 ()
		USF/PACS	3 ()
		Ambulatório de Referência	4 ()
7a	Primeiro serviço de saúde que o doente procurou quando apresentou os primeiros sintomas de TB (tosse e febre) Nome: _____ End: _____		
7b	Unidade de saúde que encaminhou o caso para diagnóstico Nome: _____ End: _____		
7c	Unidade de saúde que diagnosticou o caso Nome: _____ End: _____		
8	Faz Tratamento Supervisionado?	S () - Sim	N () - Não
Para as questões 9a e 9b responda: 1 - USF/PACS; 2 - UBS; 3 - UBS/PACS; 4 - Ambulatório de Referência; 5 - Domicílio; 6 - Outros (especificar)			
9a	Local onde realiza o Tratamento Supervisionado		
9b	Local onde realiza a consulta médica de controle		
9c	Forma Clínica da Tuberculose	Pulmonar	1 ()
		Extrapulmonar (_____)	2 ()
9d	Tempo de Tratamento Medicamentoso	> 1 Mês até 3 Meses	1 ()
		> 3 Meses até 6 Meses	2 ()
		> 6 Meses até 9 Meses	3 ()
		> 9 Meses	4 ()
		Concluído	5 ()

B. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS			
10.a1	Sexo	Feminino	0 ()
		Masculino	1 ()
10.a2	Idade	18 – 29 anos	0 ()
		30 – 39 anos	1 ()
		40 – 49 anos	2 ()
		50 – 59 anos	3 ()
		60 anos ou mais	4 ()
10.a3	Estado civil	Solteiro	0 ()
		Casado	1 ()
		Separado / Divorciado	2 ()
		Viúvo	3 ()
		Outro (_____)	4 ()
Para as questões 10.a4 e 10.a5 responda: S – sim; N – não; A – aposentado.			
10.a4	O senhor trabalhava antes da TB?		
10.a5	O senhor continua trabalhando após a TB?		
10.a6	Ocupação	Sem ocupação	0 ()
		Aposentado	1 ()
		Profissional do sistema penitenciário	2 ()
		Profissional de Saúde	3 ()
		Professor	4 ()
		Do lar	5 ()
		Outro (_____)	6 ()
10.a7	Qual renda familiar?	Sem renda	0 ()
		Sem renda fixa (serviço eventual)	1 ()
		Até 1 salário mínimo (SM)	2 ()
		>1 e até 3 SM	3 ()
		>3 e até 5 SM	4 ()
		> 5 SM	5 ()
Salário mínimo – R\$ 415,00			
10.a8	Recebe benefício do governo?	Não recebe	0 ()
		LOAS	1 ()
		Bolsa Família	2 ()
		Outro (_____)	3 ()
10.b	Qual foi a última série escolar que o(a) Sr.(a) cursou?	Sem escolaridade	0 ()
		1ª fase do ensino fundamental (incompl)	1 ()
		1ª fase do ensino fundamental (compl)	2 ()
		2ª fase do ensino fundamental (incompl)	3 ()
		2ª fase do ensino fundamental (compl)	4 ()
		Ensino Médio (incompleto)	5 ()
		Ensino médio (completo)	6 ()
		Ensino superior (incompleto)	7 ()
		Ensino superior (completo)	8 ()

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

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

10.d	Tipo de Moradia	Alvenaria	1 ()
		Madeira	2 ()
		Material Reciclável	3 ()
		Outros (_____)	4 ()
10.e	Número de cômodos da sua casa INCLUINDO o banheiro:	1 Cômodo	1 ()
		2 Cômodos	2 ()
		3 Cômodos	3 ()
		4 Cômodos	4 ()
		5 ou mais Cômodos	5 ()

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

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

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

10.i	Água Encanada		10.n	Luz Elétrica	
10.j	Geladeira		10.o	Banheiro dentro casa	
10.k	Freezer		10.p	Rádio	
10.l	Carro		10.q	Televisão	
10.m	Aspirador de pó		10.r	Telefone (Cel / Fixo)	

C. SAÚDE DO CASO CONFIRMADO DE TB.

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

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

D. PORTA DE ENTRADA

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

14	Quando precisa de algum controle de saúde preventivo (vacina BCG), qual serviço de saúde o(a) Sr.(a) procura?	
----	---	--

15	Qual foi o primeiro serviço de saúde que o(a) Sr.(a) procurou quando começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento)? Endereço: _____	
----	--	--

E. ACESSO AO DIAGNÓSTICO

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

16	Qual foi o serviço de saúde que descobriu (diagnosticou) que o(a) Sr.(a) estava doente de TB? Endereço: _____	
----	--	--

Para a questão 17 responda: 1 – (5 dias ou mais); 2 – (4 dias); 3 – (3 dias); 4 – (2 dias); 5 – (1 dia – 24 horas); 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

17	Quando o Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), quanto tempo demorou para conseguir uma consulta no serviço de saúde?	
----	--	--

Para a questão 18 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

18	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), procurou o serviço de saúde mais perto da sua casa?	
----	---	--

Para as questões 19 e 20 responda: 1 – 5 ou mais vezes; 2 – 4 vezes; 3 – 3 vezes; 4 – 2 vezes; 5 – 1 vez; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

19	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), quantas vezes precisou procurar o serviço de saúde para conseguir atendimento?	
----	--	--

20	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), quantas vezes precisou procurar o serviço de saúde para descobrir que tinha TB?	
----	---	--

Para a questão 21 responda: 1 – 5 ou mais semanas; 2 – 4 semanas; 3 – 3 semanas; 4 – 2 semanas; 5 – 1 semana

21	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), quanto tempo levou para descobrir que tinha TB?	
----	---	--

Para as questões 22 a 28 responda: 1 – Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase Nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

22	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento) e procurou um serviço de saúde para consultar, demorou mais de 60 minutos para ser atendido?	
----	---	--

23	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), teve dificuldades para pedir informação por telefone no serviço de saúde?	
----	---	--

24	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), teve dificuldades para marcar consulta por telefone no serviço de saúde?	
----	--	--

25	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), teve dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde?	
----	---	--

26	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), precisou utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir até o serviço de saúde?	
----	---	--

27	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), gastou dinheiro com o transporte para ir até o serviço de saúde?	
28	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), perdeu o turno de trabalho ou compromisso para consultar no serviço de saúde?	

F. ACESSO AO TRATAMENTO

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

29	Se o Sr.(a) passar mal por causa da medicação ou da TB, consegue uma consulta médica no prazo de 24 horas na unidade de saúde que faz tratamento?	
30	O Sr.(a) consegue pedir informações por telefone na unidade de saúde?	
31	O Sr.(a) consegue marcar consultas para tratamento da TB por telefone na unidade de saúde?	
32	Os profissionais da unidade de saúde que acompanham seu tratamento de TB costumam visitá-lo em sua moradia?	
33	O(A) Sr.(a) faz o tratamento de TB na unidade de saúde mais perto da sua casa?	

Para as questões 34 a 39 responda: 1 – Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase Nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

34	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar seu problema de TB, perde seu turno de trabalho ou compromisso?	
35	O(a) Sr.(a) tem dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde para ser consultado?	
36	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar seu problema de TB precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado?	
37	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, paga pelo transporte?	
38	Durante o seu tratamento faltou medicamentos para TB?	
39	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido?	

G. ADESAO / VÍNCULO

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

40. O senhor prossegue no tratamento devido a aspectos relacionados com:	40.a	Família?	
	40.b	Emprego/trabalho?	
	40.c	Recuperação da auto-imagem e da auto-estima?	
	40.d	Melhora Condições de Vida?	

Para as questões 41 a 57 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

41. Com que frequência o (a) Sr.(a) recebe apoio por parte:	41.a	Família?	
	41.b	Colegas trabalho?	
	41.c	Amigos?	
	41.d	Profissionais de saúde da unidade?	
	41.e	Outras (_____)	

42. O(A) Sr.(a) acredita que é bem atendido pelos profissionais da unidade de saúde?	42.a	Médico	
	42.b	Enfermeiro	
	42.c	Auxiliar Enfermagem	
	42.d	Agente Comunitário de Saúde	
	42.e	Outros Profissionais	
43. Durante o atendimento, os profissionais da unidade de saúde levam em conta aspectos de sua vida, de sua família, do lugar onde vive?	43.a	Médico	
	43.b	Enfermeiro	
	43.c	Auxiliar Enfermagem	
	43.d	Agente Comunitário de Saúde	
	43.e	Outros Profissionais	

44.	Quando o(a) Sr.(a) vai à unidade de saúde para a consulta de TB, é atendido pelos mesmos profissionais?	
45.	Se o(a) Sr.(a) tem alguma dúvida sobre o seu tratamento, consegue falar com os mesmos profissionais da unidade de saúde que o atende?	
46.	Quando o(a) Sr.(a) faz alguma pergunta aos profissionais da unidade de saúde sente que é compreendido?	
47.	Os profissionais da unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está fazendo o tratamento respondem às suas perguntas de maneira clara?	
48.	Os profissionais da unidade de saúde dão tempo suficiente para que o(a) Sr.(a) fale suas dúvidas ou preocupações?	
49.	Durante o atendimento na unidade de saúde, os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde?	
50.	Os profissionais da unidade de saúde explicam sobre os medicamentos utilizados para o tratamento de TB?	
51.	Os profissionais da unidade de saúde perguntam sobre todos os medicamentos que o(a) Sr.(a) está utilizando?	
52.	O(A) Sr.(a) recomenda o atendimento desta unidade de saúde a um(a) amigo(a)?	

53. Quando o(a) Sr.(a) tem alguma necessidade (cesta básica, vale transporte, informações, ou problemas de saúde...), com que frequência procura os seguintes profissionais da unidade?	53.a	Médico	
	53.b	Enfermeiro	
	53.c	Auxiliar Enfermagem	
	53.d	Agente Comunitário de Saúde/ACS	
	53.e	Outros Profissionais	

Para as questões 54 a 58 responda: 1 – Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase Nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

54. Com que frequência o (a) Sr.(a) sente algum tipo de preconceito por parte:	54.a	Família?	
	54.b	Colegas trabalho?	
	54.c	Amigos?	
	54.d	Profissionais de saúde da unidade?	
	54.e	Outras (_____)	
55.	O(A) Sr.(a) já se sentiu rejeitado por algum profissional da unidade de saúde por ter TB?		

56.	O(A) Sr.(a) já pensou em mudar da unidade de saúde por causa de algum profissional da unidade?	
57.	O(A) Sr.(a). necessita dos incentivos para o enfrentamento da doença e a continuidade do tratamento?	
58.	Algum paciente desta unidade queixou-se do atendimento de algum profissional?	
59.	Qual é sua opinião sobre a equipe de saúde que o atende? Dê uma nota: 1; 2; 3; 4; 5.	

H. ELENCO DE SERVIÇOS

Para as questões 60 a 72 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

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

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

* Obs.: Considerar: Nunca (Auto-Administrado); Quase Nunca (A cada 15 ou 30 dias); Às Vezes (1-2 vezes/semana); Quase Sempre (3-4 vezes/semana); Sempre (Todos os dias úteis da semana).

I. COORDENAÇÃO

Para as questões 73. a 84 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

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

OBS: AGORA VAMOS FALAR SOBRE O ENCAMINHAMENTO DO (A) SR.(A) PARA OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE OU ESPECIALIDADES (serviço social, odontologia, fisioterapia, psicologia, médico especialista, nutricionista)

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

FILTRO: Se o doente responder (N/A) ou NUNCA ir para a questão 86.

78.	Quando algum profissional da unidade de saúde encaminha o(a) Sr(a) para outros serviços de saúde, ele discute ou indica os possíveis lugares de atendimento?	
79.	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado ao especialista, os profissionais da unidade de saúde ajudam a marcar a consulta?	
80.	No momento do agendamento da consulta para o especialista, o(a) Sr.(a) recebe comprovante que a consulta foi marcada?	
81.	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado ao especialista, os profissionais da unidade de saúde fornecem informações escritas sobre seu problema para entregar ao especialista?	

FILTRO: Se o doente ainda não passou pelo especialista, ir à questão 86.

82.	O(A) Sr.(a) retorna à unidade de saúde com as informações escritas sobre os resultados da consulta com o especialista?	
83.	Os profissionais da unidade de saúde discutem com o(a) Sr.(a) sobre os resultados da consulta com o especialista?	
84.	Os profissionais da unidade de saúde são interessados em saber se o(a) Sr.(a) foi bem atendido pelo especialista?	

J. ENFOQUE NA FAMÍLIA

Para as questões 85 a 92 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.

85.	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre suas condições de vida e da sua família (emprego, moradia, disponibilidade de água potável, saneamento básico)?	
86.	Os profissionais da unidade de saúde conhecem as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?	
87.	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre doenças da sua família?	
88.	Os profissionais da unidade de saúde perguntam se as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) têm tosse, febre, emagrecimento?	
89.	As pessoas que moram na sua casa foram avaliadas com exame de escarro e/ou raio X e/ou PPD pelos profissionais da unidade?	
90.	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre a TB?	
91.	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre seu tratamento?	
92.	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre outros problemas de sua saúde?	

K. ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE	
Para as questões 93 a 96 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99 – Não sabe.	
93	O(A) Sr.(a) observa propagandas/campanhas/trabalhos educativos realizados pelos profissionais da unidade de saúde para informar a comunidade sobre a TB?
94	O(A) Sr.(a) observa que os profissionais da unidade de saúde desenvolvem ações de saúde com as Igrejas, Associações de Bairro, etc, para entrega do pote para coleta de escarro?
95	O(A) Sr.(a) observa que os profissionais da unidade de saúde solicitam a participação de alguém da comunidade para discutir o problema da TB?
96	O(A) Sr.(a) observa visitas dos profissionais da unidade de saúde na sua vizinhança, para a entrega do pote para coleta de escarro?

Observações do entrevistador

ANEXO II

Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho de serviços da atenção básica no controle da tuberculose em Municípios do Estado de São Paulo

II. Profissionais de saúde

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

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

D. PORTA DE ENTRADA	
Para as questões 12 a 13 responda: 1 – UBS/PACS; 2 – UBS; 3 – Ambulatório de referência; 4 – Hospital Público; 5 – Hospital Privado; 6 – Consultório particular; 7 – Pronto atendimento; 8 – Outros (_____)	
12.	Quando os usuários precisam de algum controle de saúde preventivo (vacinar BCG, exames de escarro), qual serviço de saúde eles procuram?
13.	Qual o primeiro serviço de saúde que o usuário procura quando apresenta sinais/sintomas da TB?
Para a questão 14 responda: S- sim; N-não	
14.	Você acha que neste primeiro serviço de saúde que o usuário passou foi oferecido pote para escarro?

E. ACESSO AO DIAGNÓSTICO	
Parar a questão 15 responda: 1 - (5 dias ou mais) 2 - (4 dias) 3 - (3 dias) 4 - (2 dias) 5 - (1 dia - 24 horas)	
15.	Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB, quanto tempo demora para conseguir consulta?
Para as questões 16 a 19 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica	
16.	Para consulta de diagnóstico de TB, os usuários procuram a Unidade da área adscrita (mais perto da casa deles)?

17.	Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB, esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?	
18.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, conseguem obter informações por telefone na unidade de saúde?	
19.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, conseguem marcar consulta por telefone na unidade de saúde?	
Para as questões 20 a 21 responda: 1 – 5 ou mais vezes; 2 – 4 vezes; 3 – 3 vezes; 4 – 2 vezes; 5 – 1 vez; 0 – Não se aplica		
20.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para conseguir atendimento?	
21.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para realizar o diagnóstico de TB?	
Para as questões 22 responda: 1 – 5 ou mais semanas; 2 – 4 semanas; 3 – 3 semanas; 4 – 2 semanas; 5 – 1 semana		
22.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quanto tempo levam para receberem o diagnóstico de TB?	
Para as questões 23 a 26 responda: 1 – Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase Nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica		
23.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, têm dificuldade para se deslocarem até a unidade de saúde?	
24.	Para consulta de diagnóstico de TB os usuários precisam utilizar algum tipo de transporte motorizado para vir à unidade de saúde?	
25.	Durante as consultas para diagnóstico da TB os usuários gastam dinheiro com transporte para vir à unidade de saúde?	
26.	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, conseguem ser atendidos sem perder o turno de trabalho ou compromisso?	
F. ACESSO AO TRATAMENTO		
OBS: AGORA VAMOS FALAR DA UNIDADE DE SAÚDE ONDE O(A) SR.(A) TRATA A TB		
Para as questões 27 a 31 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica		
27.	Se os doentes em tratamento passarem mal por causa da medicação ou da TB, conseguem uma consulta médica no prazo de 24 horas?	
28.	Durante o tratamento os doentes de TB conseguem obter informações por telefone na unidade de saúde?	
29.	Durante o tratamento os doentes de TB conseguem marcar consulta por telefone na unidade de saúde?	
30.	Os profissionais realizam visitas domiciliares aos doentes de TB?	
31.	Todos os doentes de TB tratados nesta unidade de saúde pertencem à área adscrita?	

Para as questões 32 a 37 responda: 1 – Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase Nunca; 5 – Nunca

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

G. VÍNCULO

Para as questões 38 a 52 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

38.	Os doentes de TB são examinados pelos mesmos profissionais cada vez que consultam?			
39.	Se os doentes de TB tiverem dúvidas sobre seu tratamento, conseguem falar com os mesmos profissionais que os atenderam?			
40.	As dúvidas/questionamentos dos doentes de TB são compreendidos pelos profissionais que os atenderam?			
41.	Os profissionais respondem às perguntas dos doentes de TB de forma clara?			
42.	Os profissionais dão tempo suficiente para que os doentes de TB explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?			
43.	Quando os doentes de TB consultam, os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde ou necessidades?			
44.	Os profissionais informam aos doentes de TB sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da doença?			
45.	Os profissionais solicitam informações, sobre todos os medicamentos utilizados pelos doentes de TB?			
46.	As queixas dos doentes de TB são registradas nos prontuários?			
47.	Os profissionais relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?			
48.	Os doentes de TB sofrem discriminação pelos profissionais / trabalhadores de saúde, por causa da doença?			
49. Na sua experiência, quando os doentes de TB, têm alguma necessidade (cesta básica, vale transporte, informações ou problemas de saúde...), com que frequência procuram os seguintes profissionais?	49.a	Médico		
	49.b	Enfermeiro		
	49.c	Auxiliar Enfermagem		
	49.d	Agente Comunitário de Saúde/ACS		
	49.e	Outros Profissionais		
50.	O tratamento é aceito pelos doentes de TB?			
51.	Os doentes de TB atendidos nesta unidade de saúde recomendariam os serviços para um(a) amigo(a) ser atendido?			
52.	Como o(a) Sr.(a) considera o atendimento da equipe de saúde aos doentes de TB? Dê uma nota: 1; 2; 3; 4; 5.			

H. ELENCO DE SERVIÇOS

Para as questões 53 a 66 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

COM QUE FREQUÊNCIA A UNIDADE OFERECE OS SEGUINTE SERVIÇOS:

53.	Pote para exame de escarro para diagnóstico de TB?	
54.	Exame para HIV/AIDS?	
55.	Pote para exame de escarro para controle mensal da TB?	
56.	Consulta mensal de controle para o tratamento da TB?	
57.	Cestas básicas ou vale alimentação?	
58.	Vale transporte?	
59.	Informação sobre a TB e seu tratamento?	
60.	Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?	
61.	Visitas domiciliares durante o tratamento?	
62.	Visitas domiciliares para realização do TS?	
63.	Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?	
64.	Os doentes de TB encontram um profissional na unidade de saúde para atendê-los em dias úteis da semana?	
65.	Participação em grupos de doentes de TB na unidade de saúde?	
66.	Tratamento Supervisionado? *	

* Obs.: Considerar: Nunca (Auto-Administrado); Quase Nunca (A cada 15 ou 30 dias); Às Vezes (1-2 vezes/semana); Quase Sempre (3-4 vezes/semana); Sempre (Todos os dias úteis da semana).

I. COORDENAÇÃO

Para as questões 67 a 78 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

67.	Os profissionais conseguem resolver os problemas de saúde dos doentes de TB e famílias?	
68.	Os profissionais utilizam os prontuários quando estão examinando os doentes de TB?	
69.	Os resultados dos exames dos doentes de TB ficam disponíveis na unidade de saúde?	
70.	Os doentes de TB são comunicados sobre os agendamentos das consultas de retorno na unidade de saúde?	

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

71.	Quando os doentes precisam de uma consulta com algum especialista, são encaminhados por profissionais da unidade de saúde?	
72.	Quando os doentes precisam ser referidos para outros serviços ou especialidades, os profissionais discutem com eles ou indicam os possíveis lugares de atendimento?	
73.	Quando os doentes de TB são encaminhados para algum especialista, os profissionais da unidade de saúde ajudam a marcar a consulta?	
74.	Quando é agendada a consulta dos doentes de TB para o especialista, é disponibilizado comprovante de que a consulta foi marcada?	

75.	Quando os doentes de TB são referidos para outros serviços ou especialidades, os profissionais da unidade de saúde fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?	
76.	Quando os doentes de TB retomam à unidade de saúde após a consulta com o especialista, trazem informações escritas sobre os resultados?	
77.	Os profissionais da unidade de saúde discutem com os doentes de TB sobre os resultados das consultas com os especialistas?	
78.	Os profissionais da unidade de saúde se preocupam com a assistência prestada pelos especialistas aos doentes de TB?	

J. ENFOQUE NA FAMÍLIA

Para as questões 79 a 86 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

79.	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...)?	
80.	Os profissionais conhecem as pessoas que moram com os doentes de TB?	
81.	Durante as consultas, os profissionais pedem informações sobre enfermidades das pessoas que moram com os doentes de TB?	
82.	Os profissionais realizam consultas e exames para investigação da doença nas pessoas que moram com os doentes de TB?	
83.	Quando o usuário apresenta sinais e sintomas de TB, os profissionais da unidade de saúde entregam pote para exame de escarro aos comunicantes?	
84.	Os profissionais falam com a família dos doentes de TB sobre a doença?	
85.	Os profissionais conversam com a família dos doentes de TB sobre o tratamento da doença?	
86.	Os profissionais conversam com a família dos doentes de TB sobre outros problemas de saúde?	

K. ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE

Para as questões 87 a 91 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

87.	Os profissionais realizam entrevistas com os doentes de TB para saber se os serviços oferecidos estão respondendo suas necessidades de saúde?	
88.	Os profissionais realizam propagandas / campanhas / trabalhos educativos, para informar à comunidade sobre a TB?	
89.	Os profissionais trabalham com instituições (igreja, associações de bairro, abrigos...) para identificar sintomáticos respiratórios?	
90.	Os profissionais solicitam a participação de um representante da comunidade para discutir o problema da TB?	
91.	Os profissionais realizam busca de sintomáticos respiratórios na comunidade?	

L. FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Para a questão 92 responda: 1 – (menos de 1 ano); 2 – (1 a 2 anos); 3 – (2 a 3 anos); 4 – (3 a 4 anos); 5 – (4 anos ou mais)

92.	Há quanto tempo o Sr(a) atua em ações de controle da TB?	
Para as questões 93 a 99 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase Nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase Sempre; 5 – Sempre		
93.	Durante a sua formação foi abordado o tema TB?	
94.	Durante a sua formação teve disciplinas ou estágios que permitiram vivenciar a temática da TB ?	
95.	O Sr(a) recebeu treinamento específico no serviço para atuar em ações de controle da TB?	
96.	Os profissionais foram qualificados para atender TB?	
97.	Os profissionais foram qualificados para atuarem segundo a diversidade cultural da comunidade?	
98.	O Sr(a) realiza educação permanente em saúde no serviço de saúde para ações de controle da TB?	
99.	O Sr(a) segue algum protocolo específico para as ações de controle da TB na unidade de saúde?	

Observações do entrevistador

ANEXO III – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA MUNICIPAL – PÁGINA 01

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/SMS

São Paulo, 20 de março de 2008.
PARECER Nº 61/08 – CEP/SMS
CAAE: 0115.0.162.162-07

Para
Profª Dra Tereza Cristina Scatena Villa
Sr(a) Pesquisador(a)

IDENTIFICAÇÃO

- Projeto de Pesquisa: Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da tuberculose em municípios de São Paulo.
- Pesquisador Responsável: Profª Dra Tereza Cristina Scatena Villa
- Instituição: Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – E-ERP/USP
- Patrocinador: Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de São Paulo

1. Sumário Geral do Protocolo

Este trabalho visa avaliar os aspectos organizacionais e de desempenho da atenção à tuberculose em municípios de São Paulo: porta de entrada, acesso, elenco de serviços, vínculo, coordenação da atenção, enfoque familiar, orientação na comunidade e formação profissional.

O estudo será realizado por meio da análise estatística das respostas colhidas por questionários (PCAT da OMS/OPAS/BRASIL) formulados e validados para avaliação rápida das características organizacionais e de desempenho dos serviços de Atenção Básica adaptados para avaliar a atenção à TB.

As perguntas contemplam aspectos clínico-epidemiológicos e sócio-demográficos.

Os questionários serão aplicados aos grupos de doentes de Tuberculose- TB, profissionais de saúde e gestores de três municípios do Estado de São Paulo: Ribeirão Preto, São José do Rio Preto e São Paulo.

Todos os participantes serão abordados nos locais de trabalho ou serão contatados e convidados a participar da pesquisa.

O grupo dos profissionais de saúde é constituído por aqueles que desenvolvem ações de controle da TB nas unidades de Atenção Básica e ambulatoriais de referência. Um segundo grupo formado pelos coordenadores do PCT, gerentes de unidades tradicionais que realizam ações de controle da TB e coordenadores/supervisores do PSF/PACS com pelo menos um ano no cargo ou função nos locais de estudo. Um terceiro grupo constituído pelos doentes de TB que iniciaram tratamento nos anos de 2006 ou 2007 e que estejam na segunda fase de tratamento da TB ou que concluíram o tratamento até 6 meses antes do início da coleta dos dados.

2. Considerações

O projeto será realizado em Ribeirão Preto (Escola de Enfermagem de /USP), São José do Rio Preto (Faculdade de Medicina –FAMERP) e em São Paulo (Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem – USP)

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, o currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa. Estão adequados o orçamento detalhado e o cronograma.

Os dados coletados pela aplicação dos questionários serão tratados adequadamente do ponto de vista estatístico e do ponto de vista do sigilo.

A metodologia é adequada aos objetivos, não impõe condição de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa e visa a melhora dos serviços de saúde de controle da TB.

Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa como a privacidade e a possibilidade de recusa ou desistência, estão garantidos. Serão adequadamente informados sem consequências adversas.

love

ANEXO III – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA MUNICIPAL – PÁGINA 02

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/SMS

2

PARECER Nº 61/08 – CEP/SMS
CAAE: 0115.0.162.162-07

- **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)** É conciso e objetivo, está redigido na forma de convite à participação no estudo, a linguagem é adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos de pesquisa e há descrição suficiente dos procedimentos. Permite a saída da experimentação, sem prejuízo de seus cuidados e uma decisão consciente.
Estão adequadamente descritos os procedimentos e responsáveis pela obtenção do TCLE.
Há explicitação das garantias referidas no item IV. 1 da Res.CNS 196/96.

III. Parecer do CEP: Projeto APROVADO

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

IARA COELHO ZITO GUERRIERO
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS

ANEXO IV – APROVAÇÃO ALTERAÇÕES PELO COMITÊ DE ÉTICA MUNICIPAL

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/SMS

São Paulo, 15 de julho de 2008.
Ofício Nº 34/08 – CEP/SMS

Sra Pesquisadora
Profª Dra Tereza Cristina Scatena Villa

Referente às alterações no questionário que será utilizado na coleta de dados da pesquisa "AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES ORGANIZACIONAIS E DE DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM MUNICÍPIO DO ESTADO DE SÃO PAULO", de CAAE 115.0.162.162-07, que são:

- Formatação em colunas, para poupar recursos na impressão dos questionários;
- Acréscimo das opções de resposta "Não se aplica" e "Não Sabe", quando pertinentes;
- Acréscimo de 8 questões (12, 13, 40, 41, 42, 43, 44, 45)
 - em negrito, no arquivo "Questionário Doentes Novo";

Este Comitê considera que:

uma vez que estas alterações trouxeram uma melhora na forma de apresentação e não alteraram significativamente o conteúdo, consideramos que as mesmas estão de acordo com as diretrizes brasileiras de ética em pesquisa.

Atenciosamente,

Iara Coelho Zito Guerriero
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
Secretaria Municipal de Saúde – CEP/SMS

ANEXO V – AUTORIZAÇÃO DA SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE SÉ

COORD. REGIONAL DE SAÚDE CENTRO-OESTE
SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE SÉ

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Pelo presente instrumento, a Supervisão Técnica de Saúde Sé, com sede na Rua Frederico Alvarenga, nº. 259, Parque Dom Pedro II, cidade de São Paulo, neste ato representada por sua Supervisora Técnica Doutora Susana Gualda de Freitas Rodriguez, ao final assinada, considerando a relevância e pertinência do desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado "Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da tuberculose em municípios do Estado de São Paulo", sob coordenação geral da Profª. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa, Livre-Docente do Deptº. de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, e, no município de São Paulo, da Profª. Dra. Maria Rita Bertolozzi, Livre-Docente do Depto. de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, **autoriza** a coleta de dados para tal fim, nas cinco unidades de Atenção Básica localizadas em sua área de abrangência, listadas a seguir:

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	ENDEREÇO
UBS HUMAITÁ - DR. JOÃO DE AZEVEDO LAGE	R. HUMAITÁ Nº 520
UBS NOSSA SENHORA DO BRASIL - ARMANDO D'ARIENZO	R. ALM. MARQUES LEÃO Nº 684
UBS BOM RETIRO - DR. OCTAVIO AUGUSTO RODOVALHO	R. TENENTE PENA Nº 8
UBS CAMBUCI	AV. LACERDA FRANCO Nº 791
UBS SANTA CECÍLIA - DR. HUMBERTO PASCALLI	R. VITORINO CARMILO Nº 599

Para todos os fins de Direito, a presente autorização tem efeito a partir do dia 14 de Julho do corrente ano.

São Paulo, 14 de Julho de 2008.

SUSANA GUALDA DE FREITAS RODRIGUEZ
 Supervisão Técnica de Saúde Sé

ANEXO VI - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DESTINADO AOS USUÁRIOS

PROJETO DE PESQUISA: AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES ORGANIZACIONAIS E DE DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO

Prezado (a) senhor (a), _____

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

Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores, que é coordenada pela Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. O estudo tem como objetivo avaliar o atendimento de tuberculose nos serviços de saúde do Estado de São Paulo para buscar melhorar o controle dessa doença.

Para tanto, sua participação consiste em responder a um questionário, que dura em média 30 minutos.

O Sr.(a) pode deixar de responder alguma pergunta, caso não se sinta à vontade. Isto não causará nenhum prejuízo em relação ao atendimento recebido no serviço de saúde. Asseguramos que todas as respostas são sigilosas e que o Sr.(a) não será identificado em nenhum momento. As informações que constarem do questionário que o Sr.(a) respondeu, estarão disponíveis para sua consulta, caso deseje, através dos contatos abaixo.

Caso o Sr.(a) concorde em participar da pesquisa, pedimos para que assine este Termo, cuja cópia lhe será fornecida.

São Paulo, ____, de _____ de 2008.

Assinatura do entrevistado

.....

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

ou: Escola de Enfermagem da USP. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, fone: 11- 3061-7652 (Maria Rita ou Renata)

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com : Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone : 3218-4043 – e-mail : smscep@prefeitura.sp.gov.br.

**ANEXO VII - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
DESTINADO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**PROJETO DE PESQUISA: AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES
ORGANIZACIONAIS E DE DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE
ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM
MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Prezado (a) senhor (a), _____

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

Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores, que é coordenada pela Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. O estudo tem como objetivo avaliar o atendimento em relação à tuberculose nos serviços de saúde do Estado de São Paulo com a finalidade de aprimorar o controle da enfermidade.

Para tanto, sua participação consiste em responder a um questionário, que dura em média 30 minutos.

O Sr.(a) pode deixar de responder alguma pergunta, caso não se sinta à vontade. Isto não causará nenhum prejuízo em relação à sua inserção no serviço. Asseguramos que todas as respostas são sigilosas e que o Sr.(a) não será identificado em nenhum momento. As informações que constarem do questionário que o Sr.(a) respondeu, estarão disponíveis para sua consulta, caso deseje, através dos contatos abaixo.

Caso o Sr.(a) concorde em participar da pesquisa, pedimos para que assine este Termo, cuja cópia lhe será fornecida.

São Paulo, ____, de _____ de 2008.

Assinatura do entrevistado

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
ou: Escola de Enfermagem da USP. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, fone: 11- 3061-7652 (Maria Rita ou Renata)

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com : Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone : 3218-4043 – e-mail : smscep@prefeitura.sp.gov.br.