**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

TÂNIA MARIA RIBEIRO MONTEIRO DE FIGUEIREDO

**Acesso ao Tratamento de Tuberculose: avaliação das
características organizacionais e de desempenho dos serviços de
saúde – Campina Grande/PB, Brasil (2007)**

Ribeirão Preto

2008

TÂNIA MARIA RIBEIRO MONTEIRO DE FIGUEIREDO

**Acesso ao Tratamento de Tuberculose: avaliação das características
organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde – Campina
Grande/PB, Brasil (2007)**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor, junto ao
Programa de Pós Graduação Interunidades de
Doutoramento em Enfermagem.

Inserido na linha de pesquisa: Sociedade, Saúde
e Enfermagem

Orientadora:

Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa

Ribeirão Preto

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Figueiredo, Tânia Maria Ribeiro Monteiro de

Acesso ao tratamento de Tuberculose: avaliação das características organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde – Campina Grande/PB, Brasil (2007). Ribeirão Preto, 2008.

120 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Área de concentração: Enfermagem.

Orientadora: Villa, Tereza Cristina Scatena.

1. Tuberculose. 2. Avaliação de Serviços de Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Enfermagem em Saúde Pública.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo

Acesso ao tratamento de Tuberculose: avaliação das características organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde – Campina Grande/PB, Brasil (2007).

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor, junto ao Programa de Pós Graduação Interunidades de Doutorado em Enfermagem.
Inserido na linha de pesquisa: Sociedade, Saúde e Enfermagem

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A **Deus**, pela vida, pela serenidade, pelo equilíbrio, pela sabedoria, por me permitir concluir mais uma etapa na minha vida.

A **Jessé Filho e Tayná**, meus filhos, grande presente de Deus e meu maior projeto de vida.

À **Ezita (Bela) e José Clemente**, meus pais, pelo amor, carinho, pelos valores que construíram em minha vida, pelo modelo de família que me proporcionaram, me permitindo sempre caminhar em busca dos meus ideais com dignidade, solidariedade e responsabilidade.

A **Jessé**, meu marido, companheiro de todas as horas, que acreditou e compartilhou para a realização deste estudo.

DEDICATÓRIA

À **Larissinha**, minha sobrinha (in memoriam), que mesmo nos deixando tão jovem, foi um modelo de vida para me, são muitas as saudades.

Ao Sr. Guilherme Gondim Pessoa de Figueiredo, meu sogro (in memoriam), que sempre me fez sentir cuidada como filha, tenho muita saudade.

A todos aqueles portadores e ex-portadores de tuberculose, que sofrem ou sofreram acometidos por uma doença tão estigmatizada e que contribuíram para realização deste estudo.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa, pelo acolhimento, pela orientação, pelos ensinamentos com competência, serenidade, segurança e ética, incentivando e acreditando que sempre poderemos fazer melhor.

Ao Prof. Dr. Antonio Ruffino-Netto, pelo apoio, incentivo e pelo modelo de vida que tem sido para todos nós do grupo GEOTB/REDE-TB, sempre disponível a colaborar, grande líder na luta contra a tuberculose.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Aos meus irmãos(as), cunhados(as), pelo apoio, incentivo, por acompanhar minha trajetória, por compartilhar a vida, sempre muito presentes.

Aos meus sobrinhos, Diogo, Douglas Júnior, Denise Helena e Will, Eduardo Henrique, Lorena, Leonardo, Edna, Jacqueline, Fabiana, Kimmy, Karina e Lequito, Sirak Filho e Sheylla, Yuri, Pedro Henrique, Tércio, Ana Flávia, Rafaela, Rodrigo, Amanda, por compartilhar a vida sempre com muita alegria, vocês são especiais para me.

Aos meus sobrinhos-netos, Luane, Jullya e Alex Neto, pelos sorrisos carinhosos que me fazem enxergar um mundo mais colorido.

Ao Dr. Jarbas Nogueira, D. Irani e família, pelo acolhimento, carinho, pela amizade existente entre nós e nossas famílias.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A todos que fazem do Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical da Universidade Federal de Pernambuco/UFPE, em especial o Prof. Dr. Ricardo Ximenes pelo apoio Institucional, por ter me acolhido como aluna especial.

A Marcelo Guimarães, Erinalda e família, pelo apoio, incentivo, por compartilhar a vida, pela amizade entre nós e nossas famílias.

À Sheylla Nadjane Batista Lacerda, amiga de todas as horas, por ter compartilhado todos os momentos dessa trajetória, sempre com palavras enaltecedoras, seu apoio e incentivo foram de grande valia.

À profa. Dra. Lúcia Marina Scatena, pela contribuição na assessoria dos testes estatísticos, que foram imprescindíveis para realização deste estudo.

À profa. Dra. Roxana Isabel Cardoso Gonzáles, pela sua amizade, acolhimento, apoio e incentivo durante todo esse processo.

À Patrícia Fasini Gões(Paty) e Rúbia Laine de Paula Andrade, pelo acolhimento, pela amizade, pela disponibilidade em contribuir.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Estadual da Paraíba/UEPB, pelo apoio Institucional, na pessoa da Magnífica Reitora Marlene Alves Sousa Luna.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pelo apoio financeiro através da concessão da Bolsa de Doutorado.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP, que me acolheu e permitiu a conquista deste título.

Às Profas. Dras. Lídia Aparecida Rossi e Dulce Maria Rosa Gualda, Presidente e Vice-Presidente do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pelo acolhimento, apoio e disponibilidade em contribuir.

Aos colegas de turma do Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical da Universidade Federal de Pernambuco/UFPE, ano/2006, em especial a amiga Líbia Moura, pelo acolhimento, apoio e contribuições.

AGRADECIMENTOS

À Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba/UEPB, na pessoa da Profa. Dra. Marcionila Fernandes e do Prof. Dr. José Etham de Lucena Barbosa, pelo apoio e incentivo.

Aos professores e funcionários, colegas do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba/UEPB, pelo apoio.

A José dos Santos(Dedé), Maria da Guia e d. Elza, amigos e funcionários do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba/UEPB, pelo carinho, apoio, incentivo e disponibilidade em colaborar.

À Carla Aparecida Arantes, secretária do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP, sempre disponível em colaborar.

Aos membros do grupo GEOTB-REDE/TB, pelas valiosas contribuições para realização deste estudo.

AGRADECIMENTOS

A Fábio Firmino, Ana e família, pelo apoio e incentivo, pela amizade existente entre nós e nossas famílias.

Ao Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha, pelo acolhimento e contribuições.

Aos professores da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/EERP-USP, pelos ensinamentos e contribuição.

À Secretaria da Saúde do Município de Campina Grande/PB, especialmente a todos que fazem a Vigilância Epidemiológica, a Coordenação do Programa de Controle da Tuberculose e a Coordenação da Atenção Básica em Saúde, pelo apoio e contribuição para viabilização da coleta de dados deste estudo.

Às Equipes do Programa Saúde da Família/PSF do Município de Campina Grande/PB, que contribuíram para realização deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Às profissionais da saúde do Ambulatório de Referência do município de Campina Grande/PB, em especial, a Soniza de Andrade (médica) e Neuman Leite (assistente social), pelo apoio e contribuição para viabilização da coleta de dados deste estudo.

Às profas. Ardigleusa Alves Coelho, Maria Aparecida Alves Cardoso (Cidinha) e Gabriela M^a Cavalcanti Costa, amigas e companheiras de trabalho na Universidade Estadual da Paraíba/UEPB, pelo apoio, troca de experiência e os momentos de compartilhar a vida.

À Elisângela, Maria Amélia, Maria Eugênia, Márcio Curto, Sônia Oliveira, Iramildes, Catarina Motta, Aline Beraldo, Simone Protti, Lurdinha Spnelli, Claudia Eli, Sílvia Vendramini, Tieme, Lívia, Paula Hino, Márcia Zanutto, Aline Monroe, pessoas especiais, foi muito bom compartilhar com vocês.

Aos membros do grupo de pesquisa em tuberculose da Paraíba, pela troca de experiências e contribuição para realização deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Aos amigos, Anieres e Herlen, Evandro e Patrícia, pelo apoio, incentivo, estímulo e pela amizade entre nós e nossas famílias.

À profa. Cristina Sartorato, pela correção gramatical neste trabalho.

Às bibliotecárias Márcia Regina da Silva e Maria Cristina Ferreira, pela correção bibliográfica.

E a todos que colaboraram direta ou indiretamente para realização deste trabalho e que, porventura, seus nomes não foram citados.

RESULTADOS

*Como resultado de
tratamento medicamentoso ou
pelo serviço de saúde ter passado
muito mais importante que
a cura, óbito, abandono
é saber qual é:*

*grau de re-inserção social do
tuberculoso já tratado;*

*grau de satisfação, contentamento
almejado e alcançado;*

*grau de potencialidade
desenvolvida pós-tratamento*

*Finalmente,
investigar com muita sabedoria
como vivendo está
o ex-paciente:
tristeza ou alegria?*

Antônio Ruffino-Netto (12/03/2007)

Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas lutamos para que o melhor fosse feito...

Não somos o que deveríamos ser, não somos o que iremos ser...

Mas, graças a Deus, não somos o que éramos.”

Martin Luther King

RESUMO

FIGUEIREDO, T. M. R. M. **Acesso ao Tratamento de Tuberculose:** avaliação das características organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde – Campina Grande/PB, Brasil (2007). 2008. 120 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

O estudo objetivou avaliar as características organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde no acesso dos doentes para o tratamento da tuberculose no município de Campina Grande – PB. **Método:** pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa que utilizou o desenho de estudo seccional ou transversal, tendo como quadro teórico as dimensões da Atenção Primária em Saúde, proposta por Starfield (2002). Para coleta de dados foi utilizado um instrumento Primary Care Assessment Tool (PCAT), elaborado por Starfield (2000). Adaptado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006). Adaptado para a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino-Netto (2006). Participaram do estudo 106 doentes que receberam tratamento da TB no período de julho/2006 a agosto/2007. A análise de dados foi realizada em quatro etapas: caracterização dos sujeitos do estudo, análise de frequência, construção de indicadores e análise de variância, análise de confiabilidade do questionário. **Resultados:** dos 106 doentes, 83,96% realizaram tratamento auto-administrado e 16,03%, tratamento supervisionado (TS); 42,45% são do sexo feminino e 57,54% do sexo masculino, com 20,75% sem escolaridade e 57,54% com baixa escolaridade. Quanto à variável “durante o tratamento faltou medicamento para a TB”, os valores médios para os indicadores do PSF/PACS foi de 4,71 e desvio-padrão, $dp = 0,58$ e para AMBRF média de 4,95 e dp de 0,25 configurando que as médias de respostas se encontram muito próximas ao escore 5 que corresponde à categoria nunca. Não foram observados diferenças entre os indicadores das diferentes unidades PSF/PACS e AMBRF. Para a variável “conseguiram consulta no prazo de 24 horas” as médias obtidas pelos indicadores das unidades PSF/PACS (4,34) e AMBRF (3,86) não foram consideradas significativamente diferentes. Com relação a “perder o turno de trabalho ou compromisso para consultar” os dados mostram que as médias obtidas pelos indicadores das unidades PSF/PACS (3,12) e AMBRF (2,59) não foram considerados estatisticamente significantes. Para a variável “aguardar mais que 60 minutos para o atendimento”, os indicadores das unidades PSF/PACS (3,34) e AMBRF (2,97), não foram considerados estatisticamente significantes. Quanto às variáveis “doentes de TB necessitam utilizar transporte motorizado para consultar”, “pagar pelo transporte” e “fazer tratamento perto da sua casa”, os indicadores utilizar transporte motorizado PSF/PACS (4,68) e AMBRF (1,31), pagar pelo transporte para consultar PSF/PACS (4,68) e AMBRF (1,73), fazer tratamento perto de casa PSF/PACS (4,43) e AMBRF (1,13) foram considerados estatisticamente significantes. Para a variável “visita domiciliar”, os indicadores visita domiciliar PSF/PACS (2,53) e AMBRF (1,19) foram considerados estatisticamente significantes. Os coeficientes do Alpha de Cronbach não padronizados e padronizados foram, respectivamente, 0,7275 e 0,7075, com base nos 8 (oito) itens do questionário. **Conclusão:** Apesar do município ter 85 equipes de PSF, o TS foi incorporado ou assumido apenas por uma pequena fração dos profissionais das equipes do PSF como uma estratégia de tratamento. Embora o tratamento da TB seja disponibilizado pelo serviço público de saúde, ainda representa um custo econômico para o doente de TB em função da necessidade de deslocamento até o serviço de saúde, bem como a perda do turno de trabalho para ser consultado.

Palavras chave: Tuberculose; Avaliação em Saúde; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

FIGUEIREDO, T. M. R. M. **Access to Tuberculosis Treatment:** assessment of performance and organizational characteristics of health services - Campina Grande/PB, Brasil (2007). 2008. 120 f. Thesis (Doctoral) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2008.

The aim of the present study was to assess the performance and organizational characteristics of health services providers in terms of patients' access to tuberculosis treatment in Campina Grande, PB. **Method:** It is a, transversal, or cross sectional evaluation-like study using a quantitative approach based on Starfield's (2002) theory on the dimensions of Health Primary Care. An instrument designed by Starfield (Primary Care Assessment Tool), which was later adapted and validated for use in Brazil by Almeida and Macinko (2006) was used for data collection. The same tool was then adapted by Villa and Ruffino Netto (2006) to be used for TB attention. One hundred and six patients who received TB treatment from July 2006 to August 2007 participated in the study. Data analysis was performed in four steps: characterization of the participants of the study; frequency analysis; construction of indicators and variance analysis; and questionnaire confidence analysis. **Results:** Out of one hundred and six patients, 83.9% received self-administered treatment and 16% received supervised treatment; 42.45% of the patients were female and 57.54% were male; 20.75% had no education and 57.54% had low educational levels. In relation to the variable "no TB medication available" during treatment the mean values for PSF/PACS indicators were 4.71 and the deviation pattern was $dp = 0.58$ and for AMBRF indicators the mean values were 4.95 and the deviation pattern was 0.25, meaning that the answers averages were close to score 5.0, which corresponded to the category "never". No differences between the different PSF/PACS and AMBRF units' indicators were found. As for the variable "got an appointment in twenty four hours", the averages obtained from the PSF/PACS (4.34) and AMBRF (3.86) indicators were not considered significantly different. In relation to "missing a work shift due to the medical appointment" data show that the averages obtained from the PSF/PACS (3.12) and AMBRF (2.59) were not statistically significant. Regarding the variables "Tb patients have to use motor vehicle, pay for transportation, and receive treatment near their homes", the indicators "use motor vehicle" (PSF/PACS=4.68 and AMBRF = 1.31), "pay for transportation" (PSF/PACS = 4.68 and AMBRF =1.73), and "receive treatment near their homes" (PSF/PACS = 4.43 and AMBRF= 1.13) were considered statistically significant. In relation to the variable "home visit", indicators both from the PSF/PACS units (2.53) and AMBRF (1.19) were considered statistically significant. Standardized and non-standardized Chronbach's Alpha coefficients based on the eight items in the questionnaire were 0.7275 and 0.7075, respectively. **Conclusion:** Although the city has eighty five PSF health teams, only a small number of health professionals have actually incorporated ST as a treatment strategy. Besides, even though TB treatment is available in the public health services providers it still represents an economic cost to the TB patient because they have to use motor vehicle transportation and miss a work shift in order to go to the health units.

Key words: Tuberculosis, Health Assessment, Health Services

RESUMÉN

FIGUEIREDO, T. M. R. M. **Acceso al Tratamiento de Tuberculosis:** evaluación de las características organizacionales y de desempeño de los servicios de salud – Campina Grande/PB, Brasil (2007). 2008. 120 f. Tesis doctoral - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

El estudio tuvo como objeto evaluar las características organizacionales y de desempeño de los servicios de salud en el acceso de los enfermos para el tratamiento de la tuberculosis en el municipio de Campina Grande – PB. **Método:** pesquisa evaluativa, de abordagem quantitativa que utilizó el diseño de estudio seccional o transversal, teniendo como cuadro teórico las dimensiones de la Atención Primaria en Salud, propuesta por Starfield (2002). Para recolectar datos, se utilizó un instrumento *Primary Care Assessment Tool (PCAT)*, elaborado por Starfield (2000). Adaptado y validado para Brasil por Almeida y Macinko (2006). Adaptado para la atención a la tuberculosis por Villa y Ruffino Netto (2006). Participaron en el estudio 106 enfermos que recibieron tratamiento de la TB en el periodo del julio/2006 al agosto/2007. El análisis de datos fue realizado en cuatro etapas: caracterización de los participantes del estudio; análisis de frecuencia; construcción de indicadores y análisis de variancia; análisis de confiabilidad de cuestionario. **Resultados:** de los 106 enfermos, el 83,9% realizaron tratamiento auto administrado y el 16,0% tratamiento supervisado (TS), el 42,45% son del sexo femenino y el 57,54% del sexo masculino, con el 20,75% sin escolaridad y el 57,54% con baja escolaridad. En cuanto a la variable durante el tratamiento faltó medicamento para la TB, los valores promedios para los indicadores del PSF/PACS fueron de 4,71 y desvío medio, $dm = 0,58$ y para AMBRF promedio de 4,95 y dm de 0,25 configurando que los promedios de respuestas se encuentran muy próximos al score 5 que corresponde a la categoría nunca. No se verificaron diferencias entre los indicadores de las diferentes unidades PSF/PACS y AMBRF. Para la variable consiguieron consulta en el plazo de 24 horas los promedios obtenidos por los indicadores de las unidades PSF/PACS (4,34) y AMBRF (3,86) no fueron considerados significativamente diferentes. En relación a la pérdida del turno de trabajo o compromiso para consultar los datos muestran que los promedios obtenidos por los indicadores de las unidades PSF/PACS (3,12) y AMBRF (2,59) no fueron considerados estadísticamente significativos. Para la variable aguardar por más que 60 minutos para la atención, los indicadores de las unidades PSF/PACS (3,34) y AMBRF (2,97), no fueron considerados estadísticamente significativos. En cuanto a las variables enfermas de TB necesitan utilizar vehículo motorizado para consultar, pagar por el transporte y hacer el tratamiento cerca de la casa de ellos, los indicadores utilizar vehículo motorizado PSF/PACS (4,68) y AMBRF (1,31), pagar por el transporte para consultar PSF/PACS (4,68) y AMBRF (1,73), hacer el tratamiento cerca de la casa de ellos PSF/PACS (4,43) y AMBRF (1,13) se consideraron estadísticamente significativos. Para la variable visita domiciliaria, los indicadores visita domiciliaria PSF/PACS (2,53) y AMBRF (1,19) se consideraron estadísticamente significativos. Los coeficientes del Alpha de Cronbach no estandarizado y estandarizado fueron, respectivamente, 0,7275 y 0,7075, con base en los 8 ítems del cuestionario. **Conclusión:** A pesar del municipio tener 85 equipos de PSF, el TS fue incorporado o asumido sólo por una pequeña fracción de los profesionales de los equipos del PSF como una estrategia de tratamiento. Aunque el tratamiento de la TB estea disponible en el servicio público de salud, todavía representa un coste económico para el enfermo de TB debido a su necesidad de desplazamiento hasta el servicio de salud, así como a la pérdida de su turno de trabajo para ser consultado.

Palavras clave: Tuberculosis; Evaluación en Salud; Servicios de Salud.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 -	Organograma da Secretaria Municipal da Saúde	55
------------	--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Conseguir uma consulta médica no prazo de 24 horas quando passa mal, município de Campina Grande/PB, 2007.	77
Gráfico 2 -	Doente de TB perde um turno de trabalho, município de Campina Grande/PB, 2007.	79
Gráfico 3 -	Doente de TB aguarda mais de 60 minutos para o atendimento, município de Campina Grande/PB, 2007.	80
Gráfico 4 -	Doente de TB utiliza transporte motorizado para consultar, município de Campina Grande/PB, 2007.....	81
Gráfico 5 -	Doente de TB paga transporte para consultar, município de Campina Grande/PB, 2007.	81
Gráfico 6 -	Doente de TB faz tratamento perto de sua casa, município de Campina Grande/PB, 2007.	82
Gráfico 7 -	Doente de TB recebe visita do profissional de saúde em sua casa, município de Campina Grande/PB, 2007.	85

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Rede Municipal de Serviços de Saúde, Campina Grande/PB, jan. 2008.....	53
Quadro 2 -	Itens do questionário usados para a caracterização dos sujeitos do estudo.	65
Quadro 3 -	Itens do questionário usados para a construção dos indicadores de acesso ao tratamento.	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Análise de Homogeneidade de Variância – Teste de Levene. ...	75
Tabela 2 -	Variáveis do questionário, ANOVA Paramétrica – Teste F da análise de variância.	86
Tabela 3 -	Variáveis, ANOVA Não-Paramétrica – Teste de Kruskal-Wallis da análise de variância, município de Campina Grande/PB, 2007.	87
Tabela 4 -	Itens do questionário de acesso ao tratamento e resultados do seu exame de consistência interna, município de Campina Grande/PB, 2007.	88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica em Saúde
ACD	Auxiliar Consultório Dentista
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMBRF	Ambulatório de Referência
APS	Atenção Primária à Saúde
BSR	Busca de Sintomáticos Respiratórios
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRANESP	Centro de Referência ao Portador de Necessidades Especiais
DECIT	Departamento de Ciência e Tecnologia
DOTS	Directly Observed Treatment Short Course
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF	Equipe de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASP	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB/96	Norma Operacional Básica/96
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PCAT	Primary Care Assessment Tool
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNCT	Plano Nacional de Controle da Tuberculose
PSF/PACS	Programa Saúde da Família/Programa de Agentes Comunitários de Saúde

REDE-TB	Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
RH	Recursos Humanos
SCTIE	Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SS	Serviços de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TB-MDR	Tuberculose Multidroga-Resistente
TS	Tratamento Supervisionado
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIII CNS	VIII Conferência Nacional de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	27
1 INTRODUÇÃO	29
2 JUSTIFICATIVA	34
3 HIPÓTESE	37
4 OBJETIVO	39
5 MARCO TEÓRICO	41
6 PERCURSO METODOLÓGICO	50
6.1 Desenho de estudo	51
6.2 Cenário do estudo	51
6.2.1 Caracterização do Município de Campina Grande/PB	52
6.2.2 Organização da Atenção à TB em Campina Grande/PB	55
6.3 Sujeitos do estudo	59
6.4 Coleta de Dados	61
6.4.1 Local Coleta de Dados	61
6.4.2 Período Coleta de Dados	61
6.4.3 Processo Coleta de Dados: Facilidades e Dificuldades	62
6.4.4 Instrumento de Coleta de Dados	63
6.5 Análise de dados	64
6.6 Aspectos Éticos da Pesquisa	69
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
7.1 Caracterização dos sujeitos do estudo	71
7.2 Análise de frequência; indicadores e análise de variância	75
7.3 Análise de confiabilidade do questionário	87
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
APÊNDICES	100
ANEXOS	103

APRESENTAÇÃO

O presente estudo faz parte de uma série de estudos realizados em diferentes regiões do Brasil a partir do projeto multicêntrico desenvolvido pela Área de Pesquisa Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em tuberculose/REDE-TB *“Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da TB em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil”*, aprovado e financiado pelo CNPq/MS-SCTIE-DECIT –nº 25/2006 409035/2006-8.

A pesquisa contemplou municípios prioritários da região sudeste (São Paulo e Rio de Janeiro) e região nordeste (Paraíba e Bahia); o critério de inclusão foi a implantação do Directly Observed Treatment Short Course (DOTS) no município há pelo menos três anos e área geográfica com Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PSF/PACS).

O estudo envolveu cinco municípios e foi desenvolvido por pesquisadores da REDE/TB: Escola de Enfermagem e Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Estadual da Paraíba, Universidade Federal da Paraíba e Universidade Estadual de Feira de Santana.

1 INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil apresentou 94 mil novos casos de tuberculose (TB) no ano de 2006, ocupando o 16º lugar entre os 22 países com a mais alta carga de TB notificada no mundo. A TB, uma doença que tem cura, ainda causa a morte de 5,1% dos casos diagnosticados no país. O percentual de cura é de 77% e a taxa de abandono está em torno de 9% WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO, 2008).

Esses dados representam um grande desafio para o Brasil em relação às metas pactuadas junto à Organização Mundial de Saúde (OMS) que declara a TB uma emergência mundial e propõe a estratégia Directly Observed Treatment Short-course (DOTS) para atingir 85% de sucesso de tratamento, 70% de detecção de casos e reduzir o abandono do tratamento em 5% (WHO, 2005).

O DOTS é constituído por 5 pilares: detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios que demandam os serviços gerais de saúde, tratamento padronizado de curta duração, diretamente observável e monitorado em sua evolução, fornecimento regular de drogas, sistema de registro e informação que assegure a avaliação do tratamento e compromisso do governo colocando o controle da tuberculose como prioridade entre as políticas de saúde (OPAS; OMS, 1997).

A estratégia DOTS propõe a integração do cuidado de saúde primária e adaptação contínua de reformas dentro do setor de “saúde” (WHO, 2002), proposta em 1993 por organismos internacionais (OMS), no Brasil foi incorporada ao Plano Nacional de Controle da TB (PNCT) (BRASIL, 1999a), e vem sendo implantada gradativamente nos municípios como estratégia inserida no Sistema Único de Saúde (SUS)”, estimulando a busca de casos e o tratamento. (RUFFINO-NETTO, 2002).

A estratégia DOTS apresenta fortalezas e debilidades nas ações de controle da TB em nível de Atenção Básica (AB) em diferentes regiões do Brasil onde limitações importantes

estão relacionadas ao diagnóstico, tratamento e prevenção (RUFFINO-NETTO; VILLA, 2006; MUNIZ et al., 2005; VENDRAMINI et al., 2006).

A OMS destaca a importância da dimensão organizacional e de desempenho dos Serviços de Saúde (SS) ao afirmar que o problema não está nas formas de detecção e de tratamento e sim na forma de organização dos serviços de saúde para detectar e tratar os casos de TB (WHO, 1999). Essa idéia é complementada ao entender que a referida estratégia não é simplesmente uma abordagem clínica, mas sim uma política para o controle da TB inserida no sistema de saúde (OGDEN; WALT; LUSH, 2003).

Dujardin (1997) aponta que são dois os desafios para o controle da TB. O primeiro refere-se à própria descoberta de métodos diagnósticos efetivos e medicamentos que reduzam o tempo de tratamento. Outro se refere à organização e funcionamento dos serviços de saúde. Considera-se que ambos os desafios são de fundamental importância para garantir a detecção de caso, diagnóstico precoce, tratamento oportuno e cura do doente.

A atenção à TB exige uma estrutura, organização e funcionalidade do sistema de saúde na busca de sintomáticos respiratórios, na prestação da assistência ao doente de TB, na gestão e financiamento do PCT, e no desenvolvimento de sistemas de informação confiáveis. Nesse sentido, destaca-se o papel central dos serviços de saúde no controle da doença, uma vez que a própria organização e funcionamento dos serviços podem representar uma barreira para o efetivo acesso dos doentes de TB.

A deterioração do serviço público de saúde, resultando em dificuldades de acesso aos serviços de saúde, falha na distribuição de drogas antituberculosas e falta de pessoal treinado para o diagnóstico, notificação e o acompanhamento do paciente com TB (ALVES; SANTANNA; CUNHA, 2000), se configuram como obstáculos para o controle da doença.

O controle da tuberculose envolve necessariamente a discussão e análise de questões relacionadas ao acesso do indivíduo, família e comunidade aos serviços de saúde.

O acesso é primordial no controle da TB, uma doença negligenciada e com forte estigma social que vem aumentando progressivamente. Segundo Ramos e Lima (2003) o acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade são considerados como elementos essenciais do atendimento, para que possam incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade.

O acesso é uma das dimensões da Atenção Básica que envolve a localização da unidade de saúde próxima da população à qual atende, os horários e dias em que está aberta para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos do acesso (STARFIELD, 2002).

A não responsabilização pela equipe de saúde responsável pela detecção de casos e do tratamento do doente de TB associada às outras barreiras (geográfica, culturais, etc.) podem resultar em exclusão das populações pobres, tornando-se um ambiente extremamente insidioso, favorável e propício ao desenvolvimento do bacilo nos grupos vulneráveis.

Goddard e Smith (2001) associam o acesso às experiências com os serviços e as informações que deles dispõem, influenciando a forma como as pessoas percebem as dificuldades/facilidades para obterem os serviços de saúde de que necessitam.

A OMS reforça a necessidade de melhorar o acesso ao tratamento, bem como advoga em favor de pesquisas que possam identificar as barreiras físicas, financeiras, sociais e culturais que dificultam o diagnóstico e a conclusão do tratamento da tuberculose (WHO, 2006a, p. 24.).

Considera-se que a avaliação dos serviços de saúde está centrada na relação que existe entre a necessidade de saúde da população e o serviço prestado, sua eficiência e efetividade, visando produzir dados confiáveis aos problemas de saúde da população e melhorar seu desempenho (VIEIRA, 2005).

Em um contexto onde ainda percebe-se que as autoridades estaduais e municipais não respondem devidamente às realidades demográficas, com o planejamento e financiamento de programas para minimizar os custos ocultos do acesso aos serviços gratuitos de tuberculose Santos Filho (2006), se intensifica a necessidade e relevância de estudos de avaliação para trazer à tona aspectos relacionados à organização e desempenho dos serviços de saúde na atenção à TB no contexto da descentralização das ações de controle da doença na Atenção Básica em Saúde.

2 JUSTIFICATIVA

Elegeram-se como tema central para este estudo a organização e o desempenho dos serviços de saúde no controle da TB no município de Campina Grande – PB, considerado como prioritário para a execução das ações de controle da TB. O propósito é avançar no estudo da temática especificamente no que se refere ao processo de atenção ao doente – componente estrutural fundamental do sistema de saúde que reflete toda sua organização e contexto político no qual se insere. O processo de atenção envolve a interação do doente com o serviço de saúde e a comunidade. Nesse sentido, privilegiam-se elementos da AB, como o “acesso ao tratamento”.

Privilegiou-se neste estudo o “acesso ao tratamento” porque a TB é uma doença considerada crônica, envolve um longo período de tempo (tratamento mínimo de seis meses), causa impacto social e econômico para o doente e família, com forte estigma e discriminação que repercute diretamente na adesão ao tratamento. Nesse sentido é de grande relevância o papel dos serviços de saúde em buscar estratégias efetivas para facilitar o acesso dessas pessoas.

A interação entre os doentes, equipes de saúde e pessoal de apoio da comunidade é fundamental para o alcance de uma assistência integral e resolutive. Nesse contexto, destaca-se a importância dos serviços de saúde, uma vez que eles facilitam ou limitam seu uso pelos indivíduos que demandam atenção. As unidades de saúde devem otimizar os recursos, capacitar os profissionais da área, enfatizar a prevenção e estabelecer estratégias de busca de informações.

O estudo pretende gerar informações técnicas e operacionais que auxiliem os responsáveis pela elaboração de políticas e os planejadores, organizadores, executores e fiscalizadores dos serviços de Atenção Básica em saúde para a busca de estratégias que possibilitem não apenas uma organização da atenção à TB cada vez mais próxima do contexto social, econômico e cultural das pessoas acometidas pela doença, mas também, a formação de

recursos humanos para uma real e efetiva qualificação dos mesmos, tornando-os capazes de exercerem impacto no controle da TB.

3 HIPÓTESE

Unidades de Saúde do Programa Saúde da Família/Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PSF/PACS) que desenvolvem as ações de controle da tuberculose promovem maior acesso ao tratamento da tuberculose.

4 OBJETIVO

Avaliar as características organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde no acesso dos doentes para o tratamento da tuberculose/TB no município de Campina Grande – PB.

5 MARCO TEÓRICO

O quadro teórico que norteou a discussão deste estudo foi a Atenção Primária em Saúde (APS), enfocando o processo dos sistemas de Serviços de Saúde a partir da Atenção Básica em Saúde (modelo tradicional e PSF) trazendo uma revisão de seus conceitos e correntes interpretativas. Elencou-se as dimensões essenciais da ABS elegendo o acesso para avaliar o desempenho das unidades de saúde no controle da tuberculose. Abordamos a avaliação com foco na pesquisa avaliativa.

No Brasil, o período de 1980-1990 é marcado por caracterizar historicamente as políticas de saúde, compreendido por uma crise econômica e social que se vivenciava no momento de redemocratização do País.

No período anterior já se discutia no mundo alternativas de políticas de saúde que viessem a contribuir para uma sociedade mais justa e igualitária. Na Assembleia Mundial de Saúde, em 1977, foi decidido “a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitisse levar vida social e economicamente produtiva”, atualmente conhecida como “Saúde para todos no ano 2000”

Esse foi o grande marco para atenção primária em saúde. Em 1979, os princípios foram discutidos na Conferência de Alma Ata e consolidado na Assembleia Mundial de Saúde em maio de 1979, onde se definiu atenção primária em saúde, como:

atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978, p. 13).

Nesse contexto, a Atenção Primária em Saúde preconiza políticas públicas de extensão de cobertura com ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação destinadas para grupos e controle de doenças e agravos.

Muitos países incorporaram a terminologia de Atenção Primária em Saúde; o governo de Portugal utiliza Cuidados Primários em Saúde, e no Brasil o Ministério da Saúde adotou Atenção Básica em Saúde.

Em 1999, Atenção Básica em Saúde foi definida pelo Ministério da Saúde como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivas, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 1999b). No ano de 2006, esse conceito é ampliado para:

...um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária... utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social... considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006a, p. 10).

O Brasil assume como política de saúde, o Sistema Único de Saúde/SUS,

com a promulgação do SUS pela Constituição de 1988, as forças políticas favoráveis à Reforma Sanitária saíram vitoriosas, já que o texto constitucional preservou as doutrinas e os princípios aprovados na VIII CNS. O debate entre favoráveis e contrários à implementação do SUS passa a ocorrer em outra arena política, o Congresso Nacional, onde iria dar-se a regulamentação das medidas constitucionais por intermédio das Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e nº 8.142 (SILVA, 2001, p. 69).

A reorganização da AB, terminologia utilizada pelo Ministério da Saúde no Brasil, ocorre a partir do processo de descentralização do SUS, tendo a transferência de

responsabilidades para os municípios como estratégia de mudança do modelo assistencial. Os municípios, então, passam a responder pela gestão da AB, com o propósito de privilegiar este nível de atenção como porta de entrada aos SS, enfatizando um modelo centrado nas ações preventivas e de promoção à saúde (BODSTEIN, 2002).

Nesse contexto, o PSF assume caráter estratégico para viabilizar a reorganização dos SS, seguindo os princípios da ABS. O modelo do PSF brasileiro está ancorado na ação de uma equipe composta por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro/seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ofertando serviços básicos a uma população adscrita (MENDES, 2004).

Em seguida, foram incorporados na equipe do PSF o odontólogo, o técnico de higiene dental e o auxiliar de consultório dentário. Atualmente através da portaria ministerial Nº. 154, de 24 de janeiro de 2008, foram instituídos os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASP), que são constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento e têm como finalidade trabalhar em parceria com o PSF.

Destaca-se que o esforço nacional de implantação da estratégia de saúde da família tem possibilitado uma significativa ampliação do acesso aos serviços de AB. Dados de 2005 apontam a existência de mais de 24.000 equipes de PSF, promovendo a extensão do cuidado para mais de 80 milhões de cidadãos brasileiros (OMS/OPAS/MS, 2006).

Mesmo frente ao significativo processo de implantação e expansão do PSF no Brasil, ainda é nítida a hegemonia do modelo tradicional de assistência à saúde (MENDES, 2004).

O modelo tradicional é aquele manifestado através da Unidade Básica de Saúde (UBS) que atende à demanda por atenção médica e exercita algumas funções programáticas. Este modelo é alimentado por sua maior coerência com o paradigma flexneriano vigente e fortemente influenciado pelas suas trajetórias passadas. A maioria das UBS atuam em uma

extensa base populacional (cerca de 20.000 habitantes), baseada na lógica de atenção por demanda espontânea.

Nas grandes e médias cidades, predomina o trabalho médico realizado por clínicos, gineco-obstetras e pediatras; nas pequenas cidades predominam os médicos generalistas, com ou sem especialização. A maioria não opera com ACS, mas já há uma parcela significativa que os utiliza. Não é incomum a operação de UBS por médicos plantonistas. O resultado da utilização de médicos múltiplos é a falta de vínculo, o que reforça o predomínio da atenção voltada às condições agudas. A hegemonia do modelo tradicional exige que se defina uma estratégia nacional que permita lidar com essa realidade de permanência de um sistema dual (MENDES, 2004).

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

O conceito de AB que se utiliza neste quadro teórico é mais amplo e compatível com as definições de APS encontradas na literatura internacional uma vez que o MS considera a AB como um conjunto de ações de saúde, de caráter individual ou coletivo, desenvolvidas no primeiro nível de atenção dos sistemas de serviços, voltadas para promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação (BRASIL, 1999b). Esta definição inclui alguns elementos da Atenção Primária elaborada por Starfield (2002), tais como a porta de entrada e elenco de serviços, contudo, não contempla outras dimensões essenciais, como coordenação, vínculo com o usuário, enfoque familiar e orientação comunitária.

Starfield (2002, p. 28) elaborou a seguinte definição de Atenção Primária em Saúde:

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

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde amplia a compreensão do termo APS definindo-a como *todas as ações cuja principal intenção é promover a saúde* (WHO, 2000, p. 5), podendo ser utilizado para descrever qualquer unidade de AB, seja pública, privada ou não governamental (WHO, 2006b).

Dentre as diversas correntes interpretativas, a que mantém consonância com os conceitos de APS é definida por Mendes (2001) como estratégia de organização do sistema de Serviços de Saúde a partir de uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS dentro de um sistema integrado de SS, com alguns componentes estruturantes no processo de organização dos Serviços de Saúde.

As dimensões essenciais da Atenção Básica em Saúde, citadas por Stafeld (2002), como características necessárias da organização da Atenção Básica em Saúde são: Porta de Entrada (*gatekeeper*), Acesso, Vínculo (ou *longitudinality*), Elenco de serviços (*comprehensiveness*), Coordenação (ou integração dos serviços), Enfoque familiar, Orientação para a comunidade e Formação profissional.

O acesso aos serviços de saúde é garantido ao cidadão brasileiro pelo princípio da universalidade do SUS: todo cidadão deve ter o direito à saúde e acesso a qualquer tipo de serviço de que necessitar, seja de caráter estatal quanto privado, contratado ou conveniado pelo SUS;

Para Stafield (2002:60) O acesso envolve a localização da unidade de saúde próxima da população a qual atende, os horários e dias em que está aberta para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos do acesso.

Quando nos reportamos ao conceito de Stafield (2002) citado anteriormente, podemos compreender que o acesso está associado a um custo econômico, geográfico e social.

O acesso à saúde está intimamente vinculado às condições de vida, onde nutrição, condições de habitação, poder aquisitivo e educação, são componentes fundamentais, sendo a acessibilidade aos serviços de saúde um dos fatores a considerar, porém extremamente vinculado ao próprio processo saúde-doença (UNGLERT, 1995).

A acessibilidade dos serviços de saúde é um dos fatores que compõem o sistema mais complexo do acesso à saúde (UNGLERT, 1995).

A acessibilidade é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. A acessibilidade corresponde às características dos serviços que assumem significado quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los. Constitui-se como fator da oferta importante para explicar as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais, e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde (DONABBEDIAN, apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Para Unglert (1995, p. 224), a acessibilidade é abordada sob o enfoque geográfico, funcional, cultural e econômico.

Geográfico, no nível de distância a ser percorrida e obstáculos a serem transpostos;

Funcional, se considerarmos os tipos de serviços que são oferecidos, seu horário de funcionamento e sua qualidade;

Cultural, se analisarmos a inserção do serviço de saúde nos hábitos e costumes da população;

Econômico, considerando que a totalidade dos serviços de saúde não está disponível a todos os cidadãos.

Avaliação é “um processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância, efetividade e impacto das atividades, tendo em vista seus objetivos” (DONABEDIAN, 1984).

A prática da avaliação sempre foi utilizada pelo ser humano de modo informal na rotina da sua vida através de percepções altamente subjetivas, baseadas em evidências coletadas formalmente no instinto, na experiência, na generalização ou na falta de procedimentos sistemáticos (WORTHEN et al., 1997).

Nos dias atuais a avaliação vem sendo vista em uma perspectiva transdisciplinar, utilizando teorias, conceitos e instrumentos de diversas outras áreas de conhecimento, não apenas para demonstrar a efetividade e os resultados de uma intervenção, mas de contribuir na tomada de decisões para a reorganização das ações avaliadas e para a produção de um fluxo contínuo de interações para a produção de competências visando o enfrentamento da situação e dos problemas identificados, tendo como benefício final o cliente/usuário do serviço/programa ou projeto e não exclusivamente quem solicitou a avaliação (TANAKA; MELO, 2000).

Para Contandriopoulos et al. (1997) a avaliação consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, com o objetivo de auxiliar a tomada de decisão. Esse julgamento poderá ser resultado da aplicação de critérios e normas, o que o caracterizaria como uma avaliação normativa, construído a partir de um

procedimento científico, caracterizando assim a pesquisa avaliativa. Em 2006 o autor amplia o seu conceito de avaliação, definindo como:

...uma atividade que consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou, ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Por um lado, esta definição permite considerar a avaliação como intervenção formal, mobilizando recursos e atores em torno de uma finalidade explícita, em outras palavras, como um sistema organizado de ação. Por outro lado, permite visualizar as ligações e diferenças entre três áreas distintas: pesquisa, avaliação e tomada de decisão (CONTANDRIOPOULOS, 2006, p.706)

Para um questionamento no modelo lógico da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica é necessário colocar a aquisição de novos conhecimentos e a melhoria de desempenho do SUS como suas principais finalidades. Antes de institucionalizar a avaliação é preciso questionar a capacidade da avaliação de produzir as informações e julgamentos necessários para ajudar a instâncias decisórias e melhorar o desempenho do SUS (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

6 PERCURSO METODOLÓGICO

6.1 Desenho de estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa que utilizou o desenho de estudo seccional ou transversal, tendo como quadro teórico as dimensões da Atenção Primária em Saúde, proposta por Starfield (2002).

O estudo seccional ou transversal permite investigações que produzem “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, daí produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002).

Estudos transversais são, com frequência, realizados de modo seqüencial, em diferentes momentos em uma mesma população. Isso permite acompanhar tendências de doenças, bem como avaliar a eficácia de programas específicos de controle (PASSOS; RUFFINO-NETTO, 2005).

6.2 Cenário do estudo

Esleu-se o município de Campina Grande – PB como local do estudo em função das seguintes características:

- a) Município prioritário para a TB;
- b) Segundo maior do estado, cuja população é de 371.060 habitantes (IBGE, 2007), que possui um sistema de saúde com condições de oferecer o atendimento pelo SUS, dada a fragilidade dos sistemas locais de saúde dos demais 223 municípios paraibanos;
- c) Um dos primeiros 14 municípios brasileiros a implantar o Programa Saúde da Família em 1994, com 05 (cinco) ESF (PROJETO DE IMPLANTAÇÃO, 1994). Em 2008,

conta com 85 Equipes de Saúde da Família (ESF), perfazendo uma cobertura populacional de 71%.

6.2.1 Caracterização do Município de Campina Grande/PB

O município de Campina Grande é o segundo maior do Estado, está situado na mesorregião do Agreste Paraibano, a 130 km de distância da Capital João Pessoa, tendo uma área de 621 km². Possui três distritos rurais: Galante, São José da Mata e Catolé de Boa Vista. Faz limite com os municípios de Massaranduba e Lagoa Seca ao Norte; ao Sul com Fagundes, Queimadas e Boqueirão, a Oeste, com Boa Vista e ao Leste com Assis Chateaubriand e Ingá (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE, 2003).

Campina Grande é uma cidade de clima do tipo equatorial semi-árido com temperatura média de 22°C e a umidade relativa do ar chega a 67%. Se constitui em importante pólo econômico, científico e cultural para a região e sua atividade econômica está baseada no comércio, na indústria e na produção tecnológica.

O município é Gestor Pleno de Sistema pela Norma Operacional Básica/96 (NOB/96), desde 14 de maio de 1998 através da portaria do Ministério da Saúde nº 2801, o que significa a autonomia da Secretaria Municipal como detentora plena de gestão e gerência dos serviços ofertados, em todos os níveis de complexidade,

Campina Grande é sede de uma das quatro macro-regiões do estado, que congrega 989.994 habitantes. Dentro do desenho do Plano Diretor de Regionalização (PDR), o município constitui-se como sede de uma das 12 micro-regiões, comportando 43 municípios perfazendo um contingente populacional de 796.681 habitantes. Campina Grande é, ainda, sede de módulo-assistencial para uma população de 425.321 habitantes. Sendo assim, no âmbito da Proposta do Plano Diretor de Regionalização Estadual o município apresenta-se

como um importante pólo de assistência à saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) trabalha com uma divisão territorial que organiza os serviços de saúde em seis distritos sanitários. O Sistema Municipal da Saúde é composto por unidades públicas, filantrópicas e privadas.

DESCRIÇÃO	Total
Unidades Básicas de Saúde da Família	64
Unidades Básicas de Saúde	02
Unidade Mista	01
Centros de Saúde	07
Policlínica	01
Unidade de Fisioterapia	01
Centro de Referência ao Portador de Necessidades Especiais (CRANESP)	01
Clínica de Psicologia	01
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	05
Unidade de Referência de Saúde Mental	01
Residências terapêuticas de saúde mental	06
Farmácias Populares	04
TOTAL	94

Quadro 1: Rede Municipal de Serviços de Saúde, Campina Grande/PB, jan. 2008

Fonte: Informações Colhidas na Coordenação da Atenção Básica - Secretaria da Saúde do Município de Campina Grande/PB (2008).

A rede hospitalar é composta por 10 hospitais, dos quais 05 são privados, 03 públicos e 02 filantrópicos. O número total de leitos é 1.587 e 49,90% destes são da rede privada, 27,10% rede pública e 23% filantrópicos. Possui uma Central de Marcação de Consultas.

O município adotou o Programa Saúde da Família (PSF) como modelo de organização da atenção à saúde, a partir de 1994; em 2008 conta com 85 equipes de saúde da família, que faz cobertura a 71% da população.

Os profissionais do PSF e do PACS estão organizados em duas associações de classes: a Associação dos Profissionais de Saúde da Família de Campina Grande e a Associação Regional dos Agentes Comunitários de Saúde, onde ambas encaminham suas reivindicações e lutas para a gestão municipal que tem buscado manter um canal de diálogo e parceria com as mesmas, bem como com os Conselhos Locais de Saúde que foram instituídos com a implantação das equipes de saúde da família.

Quanto ao sistema de referência e contra-referência, observa-se que no PSF a referência é realizada, ou seja, apenas são referenciados aqueles usuários cujas demandas extrapolam o nível de resolução da unidade básica, e a necessidade é sentida pelo médico, que solicita a consulta com o especialista através de um formulário, totalmente preenchido, além de enviar, pelo usuário, as fichas de referência e contra-referência, sendo o primeiro também completamente preenchido. Com o formulário de solicitação, o usuário dirige-se ao recepcionista da ESF responsável pela marcação, e o entrega. Quando a consulta é marcada pela Central de Marcação, o usuário recebe de volta o formulário, já contendo local, data, hora e nome do médico que o atenderá.

Nas UBS, o processo é outro. Pelo fato de não haver atendimento sistematizado, o usuário procura diretamente o responsável pela marcação de consultas e expressa seu desejo, ou necessidade, em ser consultado por determinado especialista, no que é prontamente atendido.

O Centro de Saúde, que deveria ser a primeira unidade de referência para as UBS, funciona como se fosse uma delas, também agendando para especialistas, na maioria das vezes, por demanda criada pelos próprios usuários. Esses usuários são oriundos de qualquer

bairro da cidade e também de outros municípios. Os Centros de Saúde de Campina Grande são responsáveis por cerca de 16% das consultas marcadas na Central de Marcação.

Em relação à contra-referência o que se constata é que é feita a critério do profissional, dependendo de sua vontade e interesse, não havendo institucionalização do processo. É de se prever a dificuldade de acesso e o desperdício de recursos de toda a ordem resultantes desse caos, não havendo qualquer sistema de saúde que resista e que possa ser resolutivo.

6.2.2 Organização da Atenção à TB em Campina Grande/PB

O município de Campina Grande/PB implantou em 1998 o Programa Nacional de Controle da Tuberculose/PCT. No ano de 1999, ocorreu a implantação da Estratégia DOTS (Directly Observed Treatment, Short-Course).

A Coordenação do PCT está subordinada à Coordenação da Vigilância Epidemiológica, que é subordinada à Diretoria de Assistência à Saúde, e esta ao Secretário Municipal da Saúde (Figura 1).

Figura 1. Organograma da Secretaria Municipal da Saúde

A Vigilância Epidemiológica é coordenada por uma Odontóloga Sanitarista e o PCT é Coordenado por uma Pedagoga, especialista em Saúde Pública. As ações de controle da tuberculose são desenvolvidas nas 85 (oitenta e cinco) Equipes Saúde da Família e 01 (um) Ambulatório de Referência para tratamento da Tuberculose.

O atendimento no Programa Saúde da Família (PSF) é realizado nos dias úteis da semana, no horário de 07:30h às 11:30h e das 13:30h às 17:30h; fazem parte da equipe: (01) uma enfermeira, (01) um médico, (01) uma auxiliar de enfermagem, (01) uma recepcionista, (4 a 6) quatro a seis agentes comunitários de saúde/ACS, (01) um odontólogo e (01) um auxiliar de consultório dentista/ACD.

No Ambulatório de Referência, o atendimento é realizado nos dias úteis da semana, no horário das 07:00h às 11:00horas; a equipe é composta de (01) uma médica pneumologista, (01) uma enfermeira, (01) uma assistente social, (01) uma auxiliar de enfermagem, (01) uma recepcionista, (01) uma bioquímica e (01) um técnico em laboratório.

Diagnóstico:

Demanda Espontânea ao Ambulatório de Referência: o sintomático respiratório de TB vai até o serviço para realizar consulta com a médica pneumologista, o usuário é recebido pelos membros da equipe, as consultas médicas são realizadas em (03) três dias na semana, no horário das 07:00h às 11:00h, a assistente social preenche uma ficha com dados sócio-econômicos do usuário e a enfermeira realiza a consulta de enfermagem, solicita os exames de baciloscopia e/ou radiografia do tórax, responde aos questionamentos do usuário, informa sobre a melhor forma de coleta da baciloscopia e entrega o pote para coleta de material (escarro). Neste dia já é agendada a consulta médica. Média de dias para recebimento resultado da baciloscopia – 8 (oito) dias.

Pelos Hospitais do Município: normalmente esses pacientes se encontram internados, é realizada a notificação compulsória do caso e encaminhada à coordenação de vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal da Saúde, o paciente inicia o tratamento no hospital e no momento da alta hospitalar é encaminhado para dar continuidade ao tratamento no Ambulatório de Referência.

Pelas unidades de PSF: a unidade de PSF tem por objetivo não só a busca, diagnóstico e tratamento dos suspeitos/confirmados de TB como também de todos os usuários sintomáticos respiratórios. O usuário, quando busca o PSF para diagnóstico de TB, é atendido pela Equipe e encaminhado para realização dos exames de baciloscopia e/ou radiografia do tórax no Ambulatório de Referência.

Não existe o Serviço de Coleta de Escarro nas unidades de PSF, o usuário, sintomático de TB, se desloca para realizar a coleta de escarro para baciloscopia no Ambulatório de Referência. Muitos usuários, quando confirmado portadores de TB, pelo estigma da doença não voltam à unidade de PSF e preferem realizar o tratamento no Ambulatório de Referência.

A marcação do exame de radiografia do tórax tem sido uma questão que merece atenção, considerando que a demora tem sido freqüente.

Incentivos:

O usuário com diagnóstico de tuberculose não recebe o incentivo social, como cesta básica ou café da manhã. Uma pequena proporção (26,42%) dos doentes de TB recebem vale transporte mensalmente para se deslocarem ao Ambulatório de Referência para realização de consulta de controle mensal e/ou exames¹, (ANEXO A).

¹ Dados Coletados da Pesquisa “Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da TB - Município Campina Grande/PB - Questionário doente de TB.

Tratamento:

Ao iniciar o tratamento, o usuário é estimulado pela equipe do Ambulatório de Referência para realizar o tratamento de TB na Unidade de PSF de sua área de abrangência. Caso não queira ser tratado pela equipe do PSF, ele tem a opção de fazer o tratamento no Ambulatório de Referência. Alguns usuários relataram que no PSF os vizinhos, amigos e familiares saberiam da sua doença, demonstrando assim o estigma que ainda nos dias atuais cercam a Tuberculose na sociedade², (ANEXO A).

O tratamento da Tuberculose Multidroga-Resistente/TB-MDR, casos graves, intolerância medicamentosa, ou associação com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é feito no Ambulatório de Referência, incondicionalmente.

Rota Programada:

Mensalmente, seguindo uma escala, uma viatura da Secretaria Municipal da Saúde visita as Unidades de PSF e o Ambulatório de Referência para abastecimento da medicação de TB.

Acompanhamento do Tratamento:

Implantada a ficha de acompanhamento da tomada de medicação, tanto nas unidades de PSF como no Ambulatório de Referência, são agendadas as consultas de controle mensal do paciente. Cada doente de TB também possui uma caderneta de acompanhamento que fica em seu poder, ambas as fichas são fornecidas pela Secretaria Estadual da Saúde. A revisão

² Dados Coletados da Pesquisa “Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da TB - Município Campina Grande/PB - Questionário doente de TB.

dos prontuários é feita mensalmente pela enfermeira com o objetivo de identificar falta às consultas ou observações registradas por outros Profissionais.

Faltas:

Quando o doente de TB não comparece à consulta de controle mensal na Unidade de PSF, a enfermeira e/ou ACS realiza a visita domiciliar ao doente para saber o motivo do não comparecimento. Para os doentes que são acompanhados no Ambulatório de Referência, a visita domiciliar é realizada pela assistente social.

Alta e Acompanhamento Pós-Alta:

A alta é realizada após comprovação de cura da doença, a equipe informa oficialmente a coordenação do PCT. Após o encerramento do caso por cura ou término de tratamento, este usuário recebe orientações de retorno após seis meses para fazer um exame de radiografia do tórax e baciloscopia de controle. Nem todos os usuários retornam para fazer os exames.

6.3 Sujeitos do estudo

A população do estudo foi constituída de 142 doentes de TB que realizaram tratamento no período de julho de 2006 a agosto de 2007 nas unidades de saúde PSF/PACS e AMBRF do município de Campina Grande/PB.

A amostra selecionada para este estudo foi composta de 106 doentes de TB de Campina Grande que realizaram tratamento nas unidades de PSF/PACS e Ambulatório de

Referência (AMBRF) no período de julho de 2006 a agosto de 2007; desses doentes, 78 encontravam-se em tratamento e 28 já haviam concluído o tratamento.

A população diagnosticada de TB no município de Campina Grande/PB, no período de julho a dezembro de 2006 foi de 56 casos, no período de janeiro a agosto de 2007, foi de 86 casos³. Considerando os dois períodos, registrou-se 142 casos; desses, não participaram da pesquisa 33 sujeitos, por se enquadrarem nos critérios de exclusão do estudo e 03 que não foram localizados.

Elegeu-se como critérios de inclusão:

- Doentes de TB com idade igual ou superior a 18 anos;
- Doentes de TB residentes no município de Campina Grande/PB;
- Doentes de TB que realizaram tratamento nas unidades PSF/PACS e AMBRF no município de Campina Grande/PB e aceitaram participar do estudo.

Elegeu-se como critérios de exclusão:

- Menores de 18 anos;
- Doentes maiores de 18 anos que no momento da coleta de dados encontravam-se em cárcere privado no sistema prisional (o motivo da exclusão se deu pelo fato desses doentes não serem acompanhados pelos profissionais do PSF/PACS e Ambulatório de Referência.

³ Foram Registrados no município de Campina Grande/PB no ano de 2006, 130 casos de TB; no ano de 2007, 124 casos (SINAN-CG).

6.4 Coleta de Dados

O questionário foi aplicado em 106 doentes do município de Campina Grande/ PB para satisfazer as condições sugeridas por Hair et al. (2005) que propõe para análise multivariada o número mínimo de 50 observações (doentes) e, preferencialmente, maior ou igual a 100. A regra geral reza que deve haver cinco vezes mais observações do que o número de variáveis a serem analisadas e o tamanho mais aceitável teria uma proporção de dez para um.

6.4.1 Local Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada na sua maioria no domicílio do doente de TB, algumas nas unidades do PSF/PACS e AMBRF.

6.4.2 Período Coleta de Dados

Os dados foram coletados no período de julho a setembro de 2007, a pesquisadora treinou previamente dois profissionais de saúde (enfermeiros) para contribuir com a aplicação do questionário com a supervisão da mesma.

A coleta era realizada diariamente nos turnos da manhã e da tarde; no turno da noite a pesquisadora realizava reunião com os entrevistadores para discutir facilidades, dificuldades e dúvidas durante o processo da coleta de dados e todos os questionários respondidos eram conferidos pela pesquisadora; os que estavam corretamente preenchidos eram recolhidos e os que tinham pendências eram devolvidos para os entrevistadores retornarem e complementarem os dados.

6.4.3 Processo Coleta de Dados: Facilidades e Dificuldades

Facilidades:

Para viabilizar o processo da coleta de dados, a pesquisadora realizou antecipadamente reunião com os gestores, profissionais da saúde e ACS do município, com o objetivo de apresentar o projeto e solicitar colaboração para viabilização da coleta de dados; nesse sentido aponta-se como conquista da reunião, os seguintes pontos:

- Envolvimento dos atores-chaves (gestores, profissionais e ACS) na coleta de dados;
- Trabalho em equipe (profissionais de saúde, gerente da vigilância epidemiológica e entrevistadores) para o planejamento da coleta de dados (fornecimento de mapa das unidades PSF/PACS, número do prontuário do doente, identificação dos doentes de TB, agendamento prévio das entrevistas);
- Disponibilidade dos ACS para acompanhar os entrevistadores até o domicílio do doente de TB para realização das entrevistas;
- Agendamento da entrevista na mesma data da consulta de retorno de alguns doentes de TB;
- Disponibilidade dos profissionais de saúde para viabilizar sala na unidade de saúde/US para os entrevistadores realizarem entrevistas com os doentes de TB.

Dificuldades:

A localização geográfica de moradia da maioria dos doentes de TB gerou dificuldades para a identificação de seus domicílios. Por residirem em regiões mais periféricas

da cidade, áreas de risco e de difícil acesso observadas nestes locais, indicavam proximidade com a violência e o tráfico de drogas.

A mudança de endereço dos doentes de TB que já haviam concluído o tratamento e a falta de compromisso por parte de alguns deles às entrevistas agendadas, também foram fatores que dificultaram o processo de coleta de dados, tendo os entrevistadores que voltarem ao local para realizar a entrevista.

6.4.4 Instrumento de Coleta de Dados

Foi utilizado um instrumento componente do Primary Care Assessment Tool (PCAT), formulado e validado para avaliar os aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, desenvolvido na Universidade de Johns Hopkins, Starfield⁴ (2000, 1998 apud ALMEIDA; MACINKO 2006, p.26). Este instrumento foi adaptado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006) por meio de sua aplicação no município de Petrópolis/RJ. O mesmo foi adaptado em 2006 para avaliar a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino-Netto⁵.

O instrumento, originalmente desenhado para ser usado com informantes-chaves, contém perguntas específicas sobre cada dimensão essencial da AB, foi adequado para avaliar a atenção à TB. Destaca-se que o questionário do doente de TB incluiu perguntas sobre o perfil do doente, informações clinico-epidemiológicas e estado atual de saúde. Foi realizado um estudo piloto (pré-teste com alguns informantes-chaves).

⁴ STARFIELD, B. **Primary care**: balancing health needs, services and technology. London/New York: Oxford University Press, 1998.

STARFIELD, B. **Atención primaria**: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologia. Barcelona: Fundación Jordi Gol i Gurina/SCMFIC/Masson, 2000.

⁵ Questionário utilizado no projeto multicêntrico que teve como coordenadores VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A. **Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da TB em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil**. Aprovado e financiado pelo CNPq/MS-SCTIE-DECIT – nº 25/2006 409035/2006-8. (A ser publicado).

A pesquisa do projeto multicêntrico “Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da TB em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil” inclui 89 questões sobre as oito dimensões essenciais da AB – Acesso; Porta de Entrada (*gatekeeper*); Vínculo (ou *longitudinality*); Elenco de serviços (*comprehensiveness*); Coordenação (ou integração dos serviços); Enfoque familiar; Orientação para a comunidade; Formação profissional.

Neste estudo serão apresentados os resultados referentes à dimensão: “Acesso ao tratamento”, foram consideradas 08 (oito) questões do instrumento para avaliar a referida dimensão.

O entrevistado respondeu cada pergunta do questionário segundo uma escala de possibilidades preestabelecida, escala de Likert, à qual foi atribuído um valor entre zero e cinco. O valor zero foi atribuído para resposta não sei ou não se aplica e os valores de 1 a 5 registraram o grau de relação de preferência (ou concordância) das afirmações.

Em relação às informações gerais e sócio-demográficas sobre o doente de TB, o entrevistado respondeu cada pergunta do questionário segundo escalas variadas de respostas como, dicotômicas, qualitativas ordinais, etc.

6.5 Análise de dados

O estudo foi realizado em quatro etapas: Caracterização dos sujeitos do estudo, Análise de frequência, Construção de indicadores e análise de variância, Análise de confiabilidade do questionário

1ª ETAPA: Caracterização dos sujeitos do estudo

Para caracterizar os sujeitos do estudo foram utilizados alguns itens do questionário (Quadro 2).

Nº	Itens do questionário
8	Faz tratamento supervisionado? () Sim () Não
10.a	Sexo do usuário 0 () Feminino 1 () Masculino
10.b	Qual foi a última série escolar que o (a) Sr (a) cursou? 0 () Sem escolaridade 1 () Ensino Fundamental (1º grau incompleto) 2 () Ensino Fundamental (1º grau completo) 3 () Ensino Médio (2º grau incompleto) 4 () Ensino Médio (2º grau completo) 5 () Ensino Superior (universitário) incompleto 6 () Ensino Superior (universitário) completo
10.g	Número de pessoas residentes em sua casa? 1 () 4 ou mais pessoas; 2 () 2-3 pessoas; 3 () 1 pessoa

Quadro 2 – Itens do questionário usado para a caracterização dos sujeitos do estudo

2ª ETAPA: Análise de frequência

Os métodos usados para análise de dados requereram a criação de um banco de dados para armazenamento dos dados obtidos via questionário. Estes foram armazenados em uma planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel* 2003 e posteriormente foram transferidos para a tabela de entrada de dados do *Software Statistica 8.0* da *Statsoft*.

Foram construídas tabelas de frequências para quantificar os resultados observados e verificar possíveis inconsistências no banco de dados, como erros na entrada de dados ou omissão de respostas pelos respondentes. Em seguida, foram construídos gráficos de barras

para cada item do questionário com o objetivo de expressar as frequências relativas das categorias de respostas fornecidas pelos doentes.

3ª ETAPA: Construção de Indicadores e Análise de Variância

O acesso ao tratamento dos doentes de TB nos serviços de saúde PSF/PACS e AMBRF foi analisado usando os itens do questionário: 25, 28 a 34, (Quadro 3). Estes itens foram usados para a construção de oito indicadores de acesso ao tratamento, que corresponderam à somatória das categorias das respostas dos doentes de cada pergunta, dividido pelo total de doentes para obtenção de um valor médio.

As respostas foram analisadas por tipo de unidade PSF/PACS e AMBRF. Como os itens do questionário e as escalas de respostas foram iguais para todos os entrevistados foi possível a comparação entre unidades de saúde PSF/PACS e AMBRF.

Os dados foram submetidos à análise de variância, ANOVA a um critério de classificação (One way ANOVA), com o uso do Teste F. Este modelo mede a variação global subdividida em duas frações. A primeira fração é a variação entre as médias das unidades de saúde que realizam o tratamento, quando comparadas com a média geral de respostas de todos os indivíduos do questionário e representa o efeito das diferentes unidades que tratam o caso. A outra é a diferença observada entre as diferenças nas respostas dos indivíduos de uma mesma unidade, ou aleatórias.

A análise de variância foi aplicada aos itens que satisfizeram as pressuposições de independência, homocedasticidade e normalidade. Segundo Dawson e Trapp (2003) os resultados do Teste F não são influenciados pelos desvios moderados da normalidade, especialmente para um grande número de observações em cada unidade de saúde (grupo), isto é, o Teste F é robusto com relação às violações da hipótese de normalidade.

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

A suposição de igualdade de variância (homocedasticidade) requerida pela ANOVA foi verificada pelo Teste de Levene. Para as análises que indicaram violação dos critérios para o uso da ANOVA foi primeiramente utilizado o procedimento de transformação de dados com o uso de $\sqrt{X + 0,5}$ e para as análises que continuaram a violar os critérios para o uso da ANOVA foi utilizado o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis (Teste H), que é uma ANOVA não-paramétrica para um critério de classificação. O nível de significância estatística adotado em todos os testes foi de 5% de probabilidade (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

Nº	Itens do questionário
25	Se o Sr.(a) passar mal por causa da medicação ou da TB, consegue uma consulta médica no prazo de 24 horas?
28	Quando o(a) Sr.(a) vai à unidade de saúde para consultar seu problema de TB, tem que deixar de trabalhar ou perder seu turno de trabalho ou compromisso?
29	Quando o(a) Sr.(a) vai à unidade de saúde para consultar seu problema de TB precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado?
30	Quando o(a) Sr.(a) vai à unidade de saúde para consultar, paga pelo transporte?
31	Durante o seu tratamento faltou medicamentos para TB?
32	Quando o(a) Sr.(a) vai à unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido?
33	O profissional da unidade de saúde que acompanha seu tratamento de TB, costuma visitá-lo em sua moradia?
34	O(A) Sr.(a) faz o tratamento de TB na unidade de saúde mais perto da sua casa?

Quadro 3 – Itens do questionário usados para a construção dos indicadores de acesso ao tratamento

4ª ETAPA: Análise de Confiabilidade do Questionário

A confiabilidade dos itens do questionário de acesso ao tratamento foi analisada através da técnica estatística de Alpha de Cronbach. A idéia principal da medida de consistência interna é que os itens individuais da escala devem medir o mesmo objeto e, assim, ser altamente correlacionados. O α de Cronbach é a proporção da variação total de um escore ou escala que pode ser atribuído a uma dimensão comum difícil de ser observada ou calculada diretamente. Assim, esse coeficiente é usado para medir a precisão que um grupo de itens possui para prever o efeito “latente” desta dimensão, isto é, que não pode ser diretamente observado. Quanto maior o valor, melhor a interação dos itens para medir essa dimensão (MANGIN; MALLOU, 2003).

A equação de cálculo do α de Cronbach é a seguinte:

$$\alpha = \frac{k \text{ cov/ var}}{1 + (k - 1) \text{ cov/ var}}$$

K = Número de variáveis consideradas

Cov = Média das covariâncias

Var = Média das variâncias.

O α de Cronbach assume valores entre 0 e 1 e trabalha com a premissa de que as correlações entre os itens são positivas (PEREIRA, 2004).

Depois de calcular o α de Cronbach para todos os itens, avalia-se a mudança de seu valor quando da retirada de um item de cada vez da escala ou escore. Se a retirada de um item específico resultarem aumento do valor de α de Cronbach isto significa que este item não mediu necessariamente a mesma dimensão que os outros itens da escala e que, portanto, deve ser eliminado (MANGIN; MALLOU, 2003).

6.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/EERP-USP (ANEXO B). O grupo de doentes de TB foi constituído a partir do desejo de participar do estudo, mediante termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), em duas vias, onde uma cópia do documento foi disponibilizada para o entrevistado, respeitando-se os princípios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a resolução 196/96 do Ministério da Saúde/MS.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor interpretação na análise dos dados, a seguir apresenta-se os resultados referentes às quatro etapas metodológicas: Caracterização dos sujeitos do estudo, Análise de frequência, Construção de indicadores e análise de variância, Análise de confiabilidade do questionário.

7.1 Caracterização dos sujeitos do estudo

Participaram do estudo 106 doentes de TB do município de Campina Grande. Sendo que 42,45% do sexo feminino e 57,54% do sexo masculino, possuíam baixo nível de escolaridade, 20,75% sem escolaridade e 51,88% não concluíram ensino fundamental. Esses dados corroboram os resultados de outros estudos realizados por (SELIG et al., 2004; JARAMILHO, 1999).

Considerando o nível de escolaridade como uma variável sócio-econômica, os resultados apresentados mostram porque a TB ainda é um problema social que continua acometendo a classe social menos favorecida e está diretamente relacionada à pobreza e à má distribuição de renda (BRASIL, 2004).

O doente apresenta singularidades inerentes a seu contexto social geralmente desfavorável, tornando-o um indivíduo vulnerável, física, emocional e socialmente. É preciso reconhecer o contexto onde o doente está inserido com a finalidade de minimizar os entraves no processo de atenção mediante uma abordagem especial dos profissionais de saúde. Acredita-se que sejam indispensáveis intervenções complementares na atenção ao doente que extrapolam condutas terapêuticas principalmente em situações de desemprego, alcoolismo e desnutrição, entre outras.

Quanto ao número de pessoas que habitavam na mesma residência, 64,15% afirmaram que moravam com 4 ou mais pessoas, 30,18% com 2 a 3 pessoas e 5,66% apenas uma pessoa.

Famílias numerosas também mostram uma relação direta com a TB, visto que o risco para desenvolver a doença em domicílios com quatro ou mais pessoas foi considerado cerca de três vezes maior quando comparado aos domicílios com duas ou menos pessoas (MENEZES et al., 1998).

Intervenções junto à família do doente principalmente das pessoas que moram no mesmo domicílio são essenciais, uma vez que eles têm risco elevado de contrair a doença ou a infecção tuberculosa, segundo a infecciosidade da fonte, as características do contato e do ambiente. Assim será possível detectar novas fontes de infecção, identificando pacientes em estágio inicial, quando ainda são pouco infectantes e a morbidade é reduzida.

Fatores relacionados ao hospedeiro, como idade e estado imunológico, também interferem na possibilidade de o familiar ou comunicante tornar-se infectado ou adoecer (AMERICAN THORACIC SOCIETY, 1992).

Ressalta-se que, ainda existe pouca valorização do controle dos comunicantes nos serviços de saúde, pois privilegia-se o enfoque para o controle da doença e do doente, relegando a plano secundário o trabalho junto aos familiares que integram o ambiente familiar.

Dos doentes entrevistados, 69,81% faziam tratamento no ambulatório de referência e 30,18% no PSF/PACS. Em relação ao tipo de tratamento realizado pelos doentes, 83,96% realizaram tratamento auto-administrado e 16,03% tratamento supervisionado (TS), desses, 4,71% realizaram TS na unidade de saúde PSF/PACS, 6,60% no AMBRF, e 5,66% no domicílio do doente.

Quanto ao vale transporte disponibilizado pelo serviço para viabilizar a ida do doente até a unidade de saúde para realizar o tratamento, 76,41% afirmaram que nunca ou quase nunca receberam, 10,37% às vezes, e 13,20% quase sempre ou sempre receberam.

O tratamento supervisionado é um dos cinco pilares que compõem a estratégia DOTS, e é uma das prioridades do plano de controle da TB no Brasil no período de 2001-2004. Muniz; Villa; Pedersolli, (1999) entendem o TS como a administração direta do medicamento por uma segunda pessoa que entrega, observa e registra a ingestão de cada dose de medicação. Esse profissional tem a responsabilidade de contatar e convencer o paciente a realizar o acompanhamento médico e medicamentoso, bem como conscientizá-lo sobre sua importância.

Um dos motivos que levou a OMS a recomendar que o TS fosse empregado para todos os casos de TB deve-se ao fato de os serviços de saúde não terem condições de prever com segurança quais casos vão abandonar o tratamento (WHO, 1999).

Apesar dos avanços quanto à implementação do TS, observa-se que a sua cobertura varia segundo as regiões, estados, cidades e, até mesmo de uma unidade de saúde para outra, dentro de um mesmo município. As explicações podem envolver desde questões políticas gerenciais, até questões operacionais no espaço micro dos serviços de saúde. Estudos realizados por Monroe et al., (2008) e Villa et al., (2008) discutem questões políticas, financeiras e operacionais ao analisar o envolvimento de gestores e equipes de saúde no controle da TB bem como a sustentabilidade da cobertura do TS em municípios prioritários para as ações de controle da TB no estado de São Paulo.

A OMS (2003) aponta a importância do provimento de incentivos para indivíduos acometidos por condições crônicas, pois, em função da longa duração dos tratamentos prescritos, é necessária a adoção de medidas que promovam a participação dos mesmos

durante o processo terapêutico para que haja o adequado manejo dessas condições pelos sistemas de saúde.

Segundo Vendramini et al., (2002) a distribuição de incentivos (cestas-básicas, vale-transportes, dentre outros) pelo PCT, apesar de não resolver a situação de pobreza na qual a maioria dos doentes de TB está inserida, colabora de certa forma na situação nutricional dos mesmos, além de estimular a adesão ao tratamento. Monroe et al., (2008) ressaltam a importância dos incentivos uma vez que muitos doentes encontram-se desempregados ou mesmo sem condições físicas para o trabalho.

No atual cenário da luta contra a TB, as desigualdades no acesso ao cuidado e a diversidade de comportamento dos pacientes frente à doença refletem alguns fatores que afetam profundamente a capacidade dos programas de controle em implementar de forma efetiva a política DOTS (LIENHARDT; OGDEN, 2004).

A OMS ainda destaca a importância da dimensão organizacional e de desempenho dos SS ao afirmar que o problema não está nas formas de detecção e de tratamento e sim, na forma de organização dos serviços de saúde para detectar e tratar os casos de TB (WHO, 1999). Essa idéia é complementada ao entender que a referida estratégia não é simplesmente uma abordagem clínica, mas sim, uma política para o controle da TB inserida no sistema de saúde (OGDEN; WALT; LUSH, 2003).

O PNCT, no ano de 2004, descentralizou as ações de controle da TB para a Atenção Básica, e adotou a *estratégia do tratamento supervisionado*, reconhecendo a importância de *horizontalizar* o combate a TB, estendendo-o para todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, visa à integração do controle da TB com a Atenção Básica, incluindo o PACS e PSF para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento (BRASIL, 2004).

7.2 Análise de frequência; indicadores e análise de variância

Para avaliar a homogeneidade das variâncias de cada variável foi realizado o Teste de Levene. A hipótese inicial (H_0) testada foi para verificar a igualdade entre as variâncias de cada variável ao nível de 5% de significância. Para valores de $p > 0,05$ o teste foi não significativo e, portanto as variâncias foram consideradas homogêneas, o que permitiu a realização da ANOVA paramétrica a um critério de classificação. Para valores de $p < 0,05$ o teste foi significativo e, portanto, as variâncias foram consideradas heterogêneas e neste caso foi realizada a ANOVA não paramétrica. A Tabela 1 mostra os resultados obtidos para o Teste de Levene.

Tabela 1 – Análise de Homogeneidade de Variância - Teste de Levene

Variáveis	Teste de Levene - valor de p
V25 - Consulta médica < 24 horas	0,0811
V28 - Perde o turno de trabalho ou compromisso para consultar	0,6671
V29 – Uso de transporte motorizado	0,9644
V30 – Despesa de transporte para consulta	0,0095*
V32 – Espera para consulta acima de 60 minutos	0,1963
V33 – Visita domiciliar	0,0001*
V34 – Procura por SS mais próximo para tratamento	0,0020*

* valores com $p < 0,05$

Os resultados obtidos na Tabela 1 mostram que as variâncias das unidades de saúde PSF/PACS e AMBRF em relação a cada variável V25, V28, V29 e V32 foram consideradas semelhantes (iguais) devido aos valores de p serem maiores que 0,05. Para estas variáveis foi realizado ANOVA paramétrica a um critério de classificação, com o uso do Teste F, Tabela 2. Para as variáveis V30, V33 e V34 que não atenderam os pressupostos da ANOVA paramétrica foi utilizado a ANOVA não paramétrica, com o uso do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis (Teste H), (Tabela 3).

Com relação ao item 31 “durante o seu tratamento faltou medicamento para a TB”, 91,5% dos entrevistados afirmaram que nunca faltou medicamento para TB durante o tratamento; 5,66% afirmaram que quase nunca e 2,83% afirmaram que às vezes, com valores médios para os indicadores do PSF/PACS de 4,71 e desvio-padrão, $dp = 0,58$ e para AMBRF média de 4,95 e dp de 0,25 configurando que as médias de respostas se encontram muito próximas ao escore 5 que corresponde à categoria nunca. Não foram observados diferenças entre os indicadores das diferentes unidades PSF/PACS e AMBRF.

Os dados demonstram que há uma satisfatoriedade na distribuição da medicação. Um estudo sobre a implementação da estratégia DOTS na Federação Russa destaca como vantagem do sistema de controle da TB para a cura do doente a oferta gratuita do medicamento (ATUN et al., 2005). No Brasil as drogas antituberculosáticas são distribuídas gratuitamente pelo Ministério da Saúde/MS para todos os municípios brasileiros. Contudo, o país ainda enfrenta dificuldades para alcançar as metas de controle da doença (85% de cura e 5% de abandono).

É importante destacar que a obtenção do sucesso terapêutico vai além da eficácia farmacológica. Vendramine et al., (2002) referem que a terapêutica medicamentosa, mesmo sendo eficaz sofre o contraponto da singularidade do doente. Sá et al., (2007); Villa et al.,

(2008), relatam a existência de diversos obstáculos que dificultam a acessibilidade ao cuidado em saúde durante o tratamento da tuberculose.

Estes obstáculos estão relacionados com fatores intrínsecos à terapêutica, ao paciente e ao modo como o serviço se organiza para prestar assistência (FERREIRA; SILVA; BOTELHO, 2005).

O Gráfico 1 - mostra que 67,92% sempre ou quase sempre conseguiram consulta no prazo de 24 horas e o restante, 32,08%, apresentaram maiores dificuldades. Em relação à comparação entre os diferentes tipos de unidades, a Tabela 2 mostra que as médias obtidas pelos indicadores das unidades PSF/PACS (4,34) e AMBRF (3,86) não foram consideradas significativamente diferentes ($p = 0,088$) quanto a conseguirem consulta no prazo de 24 horas.

Gráfico 1 - Conseguir uma consulta médica no prazo de 24 horas quando passa mal, município Campina Grande/PB, 2007

Estudos que exploram as percepções e as experiências do acesso aos cuidados de tuberculose em diversos ambientes sugerem que a procura dos serviços de saúde pelo doente e o acesso são influenciados por muitos fatores, incluindo o baixo conhecimento sobre a tuberculose, percepções de processos do diagnóstico e do tratamento, pobreza, custos indiretos e diretos de acesso ao cuidado, a exclusão social, o estigma e a marginalização (ASCH et al., 1998; BARR et al., 2001; GELAW et al., 2001).

Pesquisa desenvolvida no município de São José do Rio Preto-SP mostrou a dificuldade de acesso aos serviços de saúde (VENDRAMINI et al., 2005) . Foi apontado o fato de o paciente ter que recorrer às unidades de saúde várias vezes até conseguir chegar ao diagnóstico e iniciar o tratamento (GAZETTA et al., 2007) .

Em estudo realizado no Estado de São Paulo, os autores classificaram o acesso aos serviços de saúde de insuficientes e enfatizaram que esta dimensão está inserida em um dos pilares mais estruturantes e complexos da Atenção Básica nos sistemas de saúde (IBÁÑEZ et al., 2006).

A diversidade de atitudes dos pacientes em relação à doença e a variabilidade extrema do acesso ao cuidado, especialmente em países com baixos recursos, estão entre muitos fatores do contexto social que afetam profundamente a habilidade de programas de controle da TB (LIENHARDT; OGDEN, 2004).

Com relação a perder o turno de trabalho ou compromisso para consultar, Gráfico 2 – 46,22% sempre ou quase sempre perderam o turno de trabalho para consultar e apenas 29,24% dos doentes de TB não apresentam este problema. A comparação entre os diferentes tipos de unidades apresentada na Tabela 2, mostra que as médias obtidas pelos indicadores das unidades PSF/PACS (3,12) e AMBRF (2,59) não foram considerados estatisticamente significantes ($p = 0,1438$) quanto ao doente de TB perder o turno de trabalho para consultar.

Esses dados podem caracterizar um obstáculo financeiro para a realização do tratamento da TB, aumentando o risco de não adesão ao tratamento, por impor significantes custos ao doente e família. Esses custos estão relacionados ao transporte, às alimentações durante as viagens aos serviços de saúde, à perda salarial, à perda de produtividade e à perda de tempo, que são condições necessárias para a realização do tratamento (OMS, 2005a).

Gráfico 2 - Doente TB perde um turno de trabalho, município de Campina Grande/PB, 2007

Estudos realizados no município de Petrópolis que avaliou a dimensão “Acesso aos serviços de saúde na atenção básica” identificaram como barreiras no acesso, o horário de atendimento das unidades até às 18 horas (MACINKO; ALMEIDA; OLIVEIRA, 2003); e em São Paulo, a acessibilidade é percebida por usuários, profissionais e gestores como a pior dimensão nos três extratos de exclusão e nas duas modalidades de assistência básica, Programas de Saúde da Família (PSF) ou Ambulatórios de Referência com Programas de Controle da Tuberculose (ELIAS et al., 2006).

Monroe et al., (2008) destacam a importância da realização do tratamento dos doentes de TB em USF/PACS ou da disponibilização de transporte como forma de garantir a continuidade da assistência prestada ao doente de TB que ainda necessita de acompanhamento em ambulatórios de referência, seja pela complexidade em que se encontra o doente ou pela sua preferência.

O Gráfico 3 - apresenta que 30,18% dos doentes sempre ou quase sempre aguardam mais de 60 minutos para o atendimento. Os indicadores das unidades PSF/PACS (3,34) e AMBRF (2,97), não foram considerados estatisticamente significantes ($p = 0,1871$), Tabela 2, quanto a aguardar mais que 60 minutos para o atendimento.

Gráfico 3 - Doente de TB aguarda mais de 60 minutos para o atendimento, município de Campina Grande/PB, 2007

A demora no atendimento e horários incompatíveis com os turnos de trabalho faz com que muitos indivíduos deixem de procurar o serviço de saúde chegando até a abandonar o tratamento, uma vez que os pacientes têm receio de perder o emprego diante da necessidade de faltas e atrasos (DIMITROVA et al., 2006).

Segundo Travassos e Martins (2004) o processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e dos profissionais que o conduzem dentro do sistema de saúde. O comportamento é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, e os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subsequentes.

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

Os Gráficos 4, 5, 6 - mostram que 64,15% dos doentes de TB necessitaram utilizar o transporte motorizado, 50% sempre pagaram pelo transporte motorizado e 68,86% não fizeram o tratamento perto do seu domicílio.

Gráfico 4 - Doente TB utiliza transporte motorizado para consultar, município de Campina Grande/PB, 2007

Gráfico 5 - Doente TB paga transporte para consultar, município de Campina Grande/PB, 2007

Os dados mostram que 50% dos doentes de TB precisam pagar pelo transporte para realizar a consulta; os diversos obstáculos financeiros durante a obtenção de cuidado podem aumentar os riscos de não adesão ao tratamento da TB mesmo quando este é oferecido gratuitamente (OMS, 2005b).

Gráfico 6 - Doente TB faz tratamento perto de sua casa, município de Campina Grande/PB, 2007

De acordo com as Tabelas 2 e 3, pode ser verificado que os indicadores “utilizar transporte motorizado” PSF/PACS (4,68) e AMBRF (1,31), “pagar pelo transporte para consultar” PSF/PACS (4,68) e AMBRF (1,73), “fazer tratamento perto de casa” PSF/PACS (4,43) e AMBRF (1,13) foram considerados estatisticamente significantes, apresentaram $p < 0,00001$, ou seja, os doentes de TB do ambulatório de referência são os doentes que necessitam de transporte motorizado, pagam pelo transporte e não fazem o tratamento perto do domicílio.

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

Starfield (2002) aponta a acessibilidade como um dos elementos estruturais relevantes à atenção primária. Entretanto, não basta apenas ser adequada a localização de serviços de saúde. A acessibilidade envolve o horário e dias em que está aberto para o

atendimento, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e requer ainda que sejam transpostas as barreiras de linguagem ou culturais à comunicação entre profissionais de saúde e usuários.

A TB impõe significantes custos ao doente e família (transporte, alimentação durante as viagens aos serviços de saúde, perda salarial, de produtividade e de tempo) com desproporcional impacto na pobreza (OMS, 2005b). Pacientes que sofrem de tuberculose são menos dispostos ao trabalho, que pela sua debilidade não gera renda suficiente a sua família. Essa situação piora na presença de barreiras geográficas que obrigam ao doente se deslocar de um local para outro geralmente através de transporte público motorizado.

Williams et al., (2008), relatam que em cidades de grande porte o número de doentes pode ser muito alto. Isto representa dificuldades para a unidade e para os pacientes que freqüentemente têm que viajar grandes distâncias para ter acesso aos cuidados. Os custos em termos de tempo e de dinheiro podem ser prejudiciais para os pacientes tornando-se uma dificuldade para o tratamento da doença.

Além do aspecto organizacional como fator explicativo para os resultados do estudo é imperativo trazer à tona discussões relacionadas ao estigma da doença. O estigma e a discriminação têm um grande impacto no controle da TB, uma vez que os doentes não se identificam como tal ao procurar atendimento nos serviços públicos, tornando-se uma barreira para o acesso aos serviços de saúde e trazendo como consequência na maioria das vezes o agravamento dos sintomas, maior dificuldade de tratamento e risco de contágio (BARAL; KARKI; NEWELL, 2007).

Estudo realizado por Ogden; Porter (1999), sugere que o estigma social associado à TB é um obstáculo para o tratamento e inclusive questiona o papel do DOTS considerando-o como fator agravante para o estigma.

Torna-se fundamental um investimento sustentável quanto à qualificação do profissional não apenas para o desenvolvimento de atividades técnicas (necessários para o alcance de impacto na doença), mas principalmente de recursos interativos que habilitem o profissional para uma atenção humanística e integral, criando novos canais de comunicação que proporcionem empoderamento do doente e família. Esse tipo de atenção ameniza os efeitos do estigma e aumenta a efetividade e sustentabilidade de estratégias adotadas pelos profissionais de saúde para incentivar a adesão à terapêutica e garantir um efetivo tratamento da doença.

O Ministério da Saúde incentiva a integração do controle da doença com atenção básica, especialmente pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a Estratégia Saúde da Família, enquanto instrumento para melhorar a adesão terapêutica e evitar o abandono do tratamento (BRASIL, 2000).

O município de Campina Grande vem gradativamente descentralizando as ações de controle da TB para as unidades de saúde PSF/PACS.

O Gráfico 7 - mostra que 77,35% dos doentes entrevistados nunca receberam visitas dos profissionais de saúde em suas casas, portanto, apenas 22,62% receberam visitas com alguma frequência. De acordo com a Tabela 3, pode-se verificar que os indicadores “visita domiciliar” PSF/PACS (2,53) e AMBRF (1,19) foram considerados estatisticamente significantes, e apresentaram $p < 0,0001$.

Gráfico 7 - Doente TB recebe visita do profissional saúde em sua casa, município de Campina Grande/PB, 2007

Apesar da ampliação do PSF/PACS no município de Campina Grande, percebe-se que as Equipes de Saúde da Família ainda apresentam dificuldades na responsabilização do tratamento do doente de TB.

Frieden; Driver (2003), apontam que a descentralização das ações do Programa de Controle da Tuberculose oferece tanto oportunidades como riscos para a continuidade das ações. Quanto às oportunidades pode haver melhora da eficiência e qualidade dos serviços bem como um aprimoramento da análise e uso dos dados. Mas, segundo os autores os riscos são significativos. A descentralização pode resultar na pulverização da responsabilidade e falta de compromisso, fragmentação dos programas e regimes de tratamento, maior dificuldade em desenvolver o tratamento supervisionado, e deficiência no sistema de informação.

Um estudo realizado por Monroe et al., (2008) sobre o envolvimento das equipes de saúde da Atenção Básica com o controle da tuberculose no Estado São Paulo identificou que as UBS expressam certa resistência à incorporação do TS e busca de sintomáticos respiratórios (BSR) na rotina diária das atividades executadas por esses serviços em decorrência da falta de recursos humanos(RH). Os autores referem que a falta de RH na ABS

pode resultar na sobrecarga de funções entre os profissionais e comprometer a capacidade resolutiva dos serviços, o processo de interação com o doente de TB, bem como o vínculo e adesão ao processo terapêutico.

TABELA 2 – Variáveis do questionário, ANOVA Paramétrica - Teste F da análise de variância

Variáveis	PSF/PACS		AMBRF		Teste F valor de p
	N = 32		N = 74		
	média	dp	média	dp	
V25 - Consulta médica < 24 horas ^a	4,34	1,18	3,86	1,36	0,088
V28 - Perde o turno de trabalho ou compromisso para consultar ^b	3,12	1,77	2,59	1,67	0,1438
V29 – Uso de transporte motorizado ^b	4,68	0,99	1,31	0,96	0,0001 [*]
V32 – Espera para consulta acima de 60 minutos ^b	3,34	1,41	2,97	1,28	0,1871

Legenda: * valores com $p < 0,05$

Categorias de respostas dos itens do questionário:

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

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

TABELA 3 – Variáveis, ANOVA Não-Paramétrica – Teste de Kruskal-Wallis da análise de variância, município de Campina Grande/PB, 2007

Variáveis	PSF/PACS		AMBRF		Teste H valor de p
	N = 32		N = 74		
	média	dp	média	dp	
V30 – Despesa de transporte para consulta ^b	4,68	1,03	1,73	1,26	0,0001 [*]
V33 – Visita domiciliar ^a	2,53	1,62	1,19	0,71	0,0001 [*]
V34 - Procura SS mais próximo para tratamento ^a	4,43	1,01	1,13	0,69	0,0001 [*]

Legenda: * valores com $p < 0,05$

Categorias de respostas dos itens do questionário:

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

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

7.3 Análise de confiabilidade do questionário

A consistência interna do questionário quanto aos 8 (oito) itens que pretendiam avaliar o acesso ao tratamento (listados na Tabela 4), onde cada item representa uma pergunta do questionário, foi medida pelo coeficiente de Alpha de Cronbach .

Os coeficientes do Alpha de Cronbach não padronizados e padronizados foram, respectivamente, 0,7275 e 0,7075, com base nos 8 itens do questionário (Tabela 4). Os valores da estatística (padronizados ou não) demonstram que os 8 (oito) itens formam um conjunto consistente no sentido de mensurar um mesmo objeto e demonstram que as escalas utilizadas são consistentes. Segundo Nunnally (1978) o valor mínimo para o Alpha de Cronbach deve ser 0,7 para pesquisa preliminar, 0,8 para pesquisa básica e de 0,9 para pesquisa aplicada. Hair et al. (1998) recomenda 0,7 como mínimo ideal, mas também poderia aceitar 0,6 para pesquisas exploratórias.

Outras informações sobre o comportamento de cada item utilizado no cálculo do coeficiente alpha de Cronbach estão listadas na Tabela 4. A correlação entre o item e o total é o coeficiente de correlação entre o item e o indicador total, depurado de sua própria contribuição (PEREIRA, 2004). Essa correlação mede a associação do item com as outras medidas tomadas em conjunto. Nota-se que o item, “perder o turno de trabalho ou compromisso para consultar” (Tabela 4), possui menor correlação entre o item e o total. O Alpha de Cronbach quando o respectivo item é desprezado mostra o impacto que teria a retirada deste item do questionário, que neste caso obteve um valor de Alpha de 0,7665.

Isto não significa que este item não seja útil na avaliação do acesso ao tratamento, mas é uma evidência de que esteja avaliando o acesso ao tratamento sob um aspecto diferente dos demais. Entretanto, optou-se pela não retirada deste item, considerando que o valor de Alpha 0,7275 para pesquisa exploratória estaria mensurando o objeto que se pretendeu avaliar de acesso ao tratamento.

TABELA 4 - Itens do questionário de acesso ao tratamento e resultados do seu exame de consistência interna, município de Campina Grande/PB, 2007

Itens do questionário	Correlação entre o item e o total	Alpha de Cronbach se o item é desprezado
Consulta médica < 24 horas	0,1225	0,7512
Perde o turno de trabalho ou compromisso para consultar	0,1203	0,7665
Uso de transporte motorizado	0,7798	0,6043
Despesa de transporte para consulta	0,7734	0,6070
Quantidade adequada de medicamentos	0,2528	0,7327
Espera para consulta acima de 60 minutos	0,1779	0,7421
Supervisão domiciliar	0,4747	0,6923
Procura SS mais próximo para tratamento	0,7422	0,6196

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo dizem respeito à organização e desempenho dos dois tipos de serviços de saúde (PSF/PACS e AMBRF) que oferecem atenção à TB no município de Campina Grande/PB, os quais podem ser considerados como unidades com desempenhos satisfatórios. Nesse sentido, considera-se que o processo de descentralização no município tem representado melhoria do acesso aos serviços de saúde. Contudo, identifica-se que os doentes demandam com maior frequência o ambulatório de referência do município, para obter ações de saúde voltadas para o tratamento da TB. Tal situação representa de alguma maneira a presença de algumas barreiras principalmente no que diz respeito à localização geográfica, possível de ser superada em função da cobertura do PSF no município.

Julga-se necessária uma efetiva intervenção dos gestores e profissionais de saúde, de modo a identificar os fatores que estão influenciando na demanda de tratamento da TB em locais não próximos ao domicílio do paciente. É necessária uma política de formação e capacitação técnica do profissional de saúde especialmente dos profissionais que atuam na atenção básica e lidam com doenças como a tuberculose cuja atenção se torna complexa, pois envolve aspectos de ordem emocional, social e financeira. É essencial rever o campo da micropolítica e suas articulações na rede de saúde do município e delimitar as demandas e necessidades em interação com os recursos de saúde disponíveis.

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

Perante o impacto do estigma no controle da doença é estratégico o trabalho junto à comunidade, que deve ser encorajada a participar da luta contra a doença. Ações nessa

direção tendem a esclarecer, sensibilizar e compromissar a população atenuando os efeitos do estigma. Assim, é importante a qualidade do acolhimento do doente e de seus familiares de modo a integrá-los junto às equipes, no intuito de minimizar o risco de abandono ou desistência do tratamento da doença.

Acredita-se que unidades de saúde PSF/PACS possam vir a melhorar o acesso ao tratamento do doente de TB transformando os indicadores epidemiológicos da doença no município de Campina Grande. Nesse sentido, incentiva-se o desenvolvimento de novas investigações que explorem de forma mais profunda os fatores que levam os pacientes a procurarem atendimento em uma unidade não próxima ao domicílio.

Fazem-se necessárias medidas inovadoras e audaciosas que venham a contribuir para amenizar o problema social da doença, buscando um novo olhar que leve a combater a doença nas suas diversas dimensões (cultura estigmatizante, organização dos serviços de saúde, política social e econômica).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local.** Série Técnica – Desenvolvimento de Sistema e Serviços de Saúde – 10, Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde, 2006, 215p.

ALMEIDA FILHO, N; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução a epidemiologia.** 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.

ALVES, R.; SANTANNA, C. C.; CUNHA, A. J. L. A. Epidemiologia da tuberculose infantil na cidade do Rio de Janeiro. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 409-10, 2000.

AMERICAN THORACIC SOCIETH. Control of tuberculosis in the United States. **American Review Of Respiratory Disease**, New York, v. 146, p. 1623-1633, 1992.

ASCH, S.; LEAKE, B.; ANDRESON, R.; GELBERG, L. Why do symptomatic patients delay obtaining care for tuberculosis? *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, v. 157, p. 1244-1248, 1998.

ATUN, R. A.; SAMYSHKIN, Y. A.; DROBNIEWSKI, F.; SKURATOVA, N. M.; GUSAROVA, G.; KUZNETSOV, S. I.; FEDORIN, I. M.; COKER, R. J. Barriers to sustainable tuberculosis control in the Russian Federation health system. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 83, n.3, p. 217-223, 2005.

BARAL, S. C.; KARKI, D. K.; NEWELL, J. N. Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study. **BMC Public Health**, v. 7, p. 211, 2007.

BARR, R. G.; DIEZ-ROUX, A. V.; KNIRSCH, C. A.; PABLOS-MENDEZ, A. Neighborhood poverty and the resurgence of tuberculosis in New York City, 1984–1992. *American Journal of Public Health*, v. 91, p. 1487–1493, 2001.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 401-412, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. **Programa Nacional de Controle de Tuberculose.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Manual para a organização da atenção básica.** Brasília, 1999b.

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, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. **Programa Nacional de Controle de Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais do pacto pela vida em defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

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

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.R.; INEALUT, R. A. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-47.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

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

DIMITROVA, B.; et al. Health service providers perceptions of barriers to tuberculosis care in Russia. **Health Policy and Planning**, Oxford, v.21, n.4, p. 265–274, 2006.

DONABEDIAN, A. Enfoques básicos para la evaluación. In: **La calidad de la atención médica: definición e métodos de evaluación**. México: La prensa Médica Mexicana, 1984. cap.3, p. 97-157.

DUJARDIN, B. Tuberculosis control: did the programme fail or did we fail the programme? **Tropical Medicine and International Health**, Oxford, v. 2, n. 8, p.715-718, 1997.

ELIAS, P. E.; FERREIRA, C. W.; ALVES, M. C. G.; COHN, A.; KISHIMA, V.; JUNIOR, A. E.; GOMES, A.; BOUSQUAT, A. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.

FERREIRA, S. M. B.; SILVA, A. M. C.; BOTELHO, C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá - MT - Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 31, n. 5, p. 427-35, set./out. 2005.

FRIEDEN, T. R.; DRIVER, C. R. Tuberculosis control: past 10 years and future progress. **Tuberculosis**, v. 83, n. 1-3, p. 82-85, 2003.

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

GELAW, M.; GENEBO, T.; DEJENE, A. et al. Attitude and social consequences of tuberculosis in Addis Ababa, Ethiopia. *East African Medical Journal*, v. 78, p. 382-388, 2001.

GODDARD, M.; SMITH P. **Equity of access to health careservices: theory and evidence from the UK**. *Soc Sci Med*; 53:1149-62, 2001.

HAIR, J. F.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L.; BLACK, W. C. **Multivariate data analysis, with readings**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1998.

HAIR Jr., J. F.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L.; BLACK, W. C. **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: Bookman, 2005. 593p.

IBAÑEZ, N.; ROCHA, J. S. Y.; CASTRO, P. C.; RIBEIRO, M. C. S. A.; FORSTER, A. C.; NOVAES, M. H. D.; VIANA, A. L. D'A. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Base de Informações municipais. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 23 jan. 2008.

JARAMILHO, E. Em compassing treatment with prevention: the path for a lasting controlo f tuberculosis. *Soc SciMed*, Oxford, v. 49, n. 3, p. 393-404, 1999.

LIENHARDT, C.; OGDEN, J. A. Tuberculosis control in resource-poor countries: have we reached the limits of the universal paradigm? **Tropical Medicine and International Health**, Oxford, v. 9, n. 7, p. 833-841, 2004.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 243-256, set. dez. 2003.

MANGIN, J. P. L.; MALLOU, J. V. **Análisis multivariable para las ciencias sociales**. Madrid. Pearson Prentice Hall, 2003. 862p.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS: tomo I e II**. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENDES, E. V. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda para a saúde. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte, n.4, p. 4-26, 2004.

MENEZES, A. M. B.; COSTA, J. D.; GONÇALVES, H.; MORRIS, S.; MENEZES, M.; LEMOS, S.; OLIVEIRA, R. K.; PALMA, E. Incidência e fatores de risco para tuberculose em Pelotas, uma cidade do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 50-60, 1998.

MONROE, A. A.; CARDOZO-GONZALES, R. I.; PALHA, P. F.; SASSAKI, C. M.; Ruffino-Netto, A.; VENDRAMINI, S. H. F.; VILLA, T. C. S. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 42, n.2, p. 262 - 268, 2008.

MUNIZ, J. N.; VILLA, T. C. S.; PEDERSOLLI, C. E., Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto: novo modo de agir em saúde. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 7, n.1, jan.jun. 1999.

MUNIZ, J. N.; VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A. Experiência de implantação do DOTS em Ribeirão Preto. In: RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. (Org.). **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais**. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2005. cap. 4, p. 113-122.

NUNALLY, J. C. **Psychometric theory**. New York: McGraw-Hill, 1978.

OGDEN, J. A.; PORTER, J. D. H. Leprosy: applying qualitative techniques to research and intervention. **Leprosy Review**, v. 70, p. 129-135, 1999.

OGDEN, J. A.; WALT, G.; LUSH, L. The politics of 'branding' in policy transfer: the case of DOTS for tuberculosis control. **Social Science & Medicine**, Oxford, n.57, p.179-188, 2003.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (WHO). Atención Primaria de Salud – **Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1978. 91p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília: OPAS/OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (WHO). Addressing poverty in TB Control: options for national TB Control Programmes. Geneva: WHO, 2005a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (WHO). Global TB control, surveillance, planning, financing. Geneva:WHO, 2005b.

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

ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD (OPAS), ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Reunión regional de directores nacionales de programas de control de la tuberculosis:** informe final. Ecuador, 1997.

PASSOS, A. D. C.; RUFFINO-NETTO, A. Estudos Transversais. In: FRANCO, L. J; PASSOS, A. D. C. (Orgs.). **Fundamentos de epidemiologia.** São Paulo: Manole, 2005. cap. 15, p. 262.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos:** estratégias metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais. 3. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE. **Projeto de Regionalização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Campina Grande.** Campina Grande/PB, mar.2003, 19p.

PROJETO DE IMPLANTAÇÃO. **Programa Saúde da Família:** projeto de implantação. Secretaria Municipal de Saúde. Campina Grande: Secretaria Municipal de Saúde, 1994.

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

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

RUFFINO- NETTO, A; VILLA, T.C.S. **Tuberculose:** implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil, histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: FMRP/ REDE TB - USP, 2006. 210p.

SANTOS FILHO, E. T. dos. 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. 85p. (**Relatório de monitoramento da resposta brasileira em tuberculose**).

SELIG, L.; BELO, M.; CUNHA, A. J. L. A.; TEIXEIRA, E. G.; BRITO, R.; LUNA, A. L.; TRAJMAN, A. Óbitos atribuídos à tuberculose no Estado do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 30, n. 4, p. 417-24, 2004.

SA, L. D. et al. Tuberculosis treatment in family health units: stories of abandonment. **Texto contexto - enfermagem**. Florianópolis, v. 16, n. 4, 2007.

SILVA, S. F. **Municipalização da saúde e poder local**: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001.

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

STATISCA.EXE: Statistic: versão 8.0. Tulsa, OK: StatSoft, 2003.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 7, p. 113-118, 2000.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. A review of concepts in health services access and utilization. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, 2004.

URGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário** São Paulo: Ed. Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 221-235.

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

VENDRAMINI, S. H. F.; GAZETTA, C. E.; CHIARAVALOTTI NETO, F.; CURY, M. R. C. O.; MEIRELLES, E. B.; KUYUMJIAN, F. G.; VILLA, T. C. S. Tuberculose em município de porte médio do sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 237-43, 2005.

VENDRAMINI, S. H. F.; GAZETA, C. E.; CURY, M. R.; VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A. Experiência de implantação do DOTS em José do Rio Preto. In: RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. (Orgs.). **Tuberculose**: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2006. cap. 4, p. 122-135.

VIEIRA, E. M. Avaliação de serviços de saúde. In: FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D. C. (Orgs.). **Fundamentos da epidemiologia**. São Paulo: Manole, 2005. cap. 20, p. 337.

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

VILLA, T. C. S.; BRUNELLO, M. E. F.; ARCÊNCIO, R. A.; SASSAKI, C. M.; ASSIS, E. G.; CARDOZO-GONZALES, R. I. Fatores preditivos aos resultados desfavoráveis no tratamento da tuberculose: revisão integrativa da literatura (2001-2005). *Online Brazilian Journal of Nursing*, 2008.

WILLIAMS, G.; ALARCON, E.; JITTIMANEE, S.; WALUSIMBI, M. SEBEK, M. BERGA, E.; VILLA, T.S. Starting treatment: caring for patients and their families. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 12, n. 5, p. 493-497, 2008.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis control:** WHO Report 2000. Geneva: WHO, 2000. 275 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control:** stop TB communicable disease. Geneva: WHO; 2002.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The global plan to Stop TB 2006-2015.** Stop TB partnership. Geneva: WHO, 2006a, 172p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Stop TB Strategy: building on and enhancing DOTS to meet the TB – related Millennium Development Goals.** Geneva: WHO, 2006b, 24p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis control:** surveillance, planning, financing: WHO report 2005. Geneva: WHO, 2008.

WORTHEN, B. et al. Evaluation's basic purpose, uses, and conceptual distinctions. In: **Program evaluation: alternativas approaches and practical guidelines.** 2nd ed. New York: Longman, 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

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

Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da instituição: _____ . Ela tem como objetivo avaliar as dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da TB em Centros Urbanos de diferentes regiões do Brasil

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

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

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

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

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

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

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

Campina Grande, ____, de _____ de 2007

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

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

Atenciosamente

Prof^ª Dr^a Tereza Cristina Scatena Villa

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

ANEXOS

ANEXO A

I. Doentes de Tuberculose

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

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

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

(Para ser aplicado aos doentes de TB)

Apresentação:

Bom dia!

Meu nome é...

Estou realizando uma pesquisa.

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

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

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

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

Atualizado em 20 de junho de 2007

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

Nome do Entrevistador:.....

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

Município:.....Estado:.....

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

B. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS SOBRE O DOENTE DE TB.			
10.a	Sexo do usuário	Feminino	0 ()
		Masculino	1 ()
10.b	Qual foi a última série escolar que o(a) Sr.(a) cursou?	Sem escolaridade	0 ()
		Ensino Fundamental (1º grau incompleto)	1 ()
		Ensino Fundamental (1º grau completo)	2 ()
		Ensino Médio (2º grau incompleto)	3 ()
		Ensino médio (2º grau completo)	4 ()
		Ensino superior (universitário) incompleto	5 ()
		Ensino superior (universitário) completo	6 ()
		10.c	O local onde o(a) Sr.(a) vive é:
	Própria	1 ()	
	Alugada	2 ()	
	Empréstimo	3 ()	
	Instituição (asilar/abrigo/outros)	4 ()	
	Não tem moradia	5 ()	
10.d	Tipo de Moradia		
	Alvenaria	1 ()	
	Madeira	2 ()	
	Material Reciclável	3 ()	
	Outros	4 () Especifique: _____	
10.e	O(A) Sr.(a) têm em sua moradia?		
		Sim	Não
	Água Encanada		
	Geladeira		
	Telefone (Cel. Ou Fixo)		
	Carro		
	Luz Elétrica		
	Banheiro dentro casa		
	Rádio		
	Televisão		
	10.f	Número de cômodos da sua casa INCLUINDO o banheiro:	
1 Cômodo		1 ()	
2 Cômodos		2 ()	
3 Cômodos		3 ()	
4 Cômodos		4 ()	
5 ou mais		5 ()	

Cômodos				
		4 ou mais pessoas	2 – 3 pessoas	1 pessoa
		1	2	3
10.g	Número de pessoas residentes em sua casa?			
10.h	Número de adultos maiores de 60 anos?			
10.i	Número de crianças (menores de 12 anos)?			

OBS: MOSTRAR E EXPLICAR AO ENTREVISTADO O CARTÃO DE RESPOSTAS: A-B-C

C. SAÚDE DO CASO CONFIRMADO DE TB.

CARTÃO A		Muito Ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom
		1	2	3	4	5
11.a	De um modo geral, nos últimos 30 dias, como o(a) Sr.(a) considera seu estado de saúde ?					
CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
11.b	Com que frequência o(a) Sr.(a) deixa de realizar qualquer atividade habitual (trabalhar, estudar, lazer), por conta do tratamento de TB?					

OBS: AGORA VAMOS FALAR DE QUANDO O(A) Sr.(A) COMEÇOU A FICAR DOENTE (TOSSE, FEBRE, PERDA DE PESO, FRAQUEZA...)

D. PORTA DE ENTRADA.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
12	Quando o(a) Sr.(a) precisa de algum controle de saúde preventivo (vacinar BCG, exames de escarro), vai ao posto/centro/unidade de saúde?					
		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase	Sempre

CARTÃO C					Sempre	
		1	2	3	4	5
13	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB foi ao posto/centro/unidade de saúde?					
14	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB foi ao pronto socorro/hospital?					
15	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB e precisou de algum especialista, consultou antes no posto/centro/unidade de saúde?					

OBS: CONTINUAMOS A FALAR DE QUANDO O(A) Sr.(A) COMEÇOU A FICAR DOENTE (TOSSE, FEBRE, PERDA DE PESO, FRAQUEZA...)

E. ACESSO.

E.1. ACESSO AO DIAGNÓSTICO.

		5 ou mais vezes	4 vezes	3 vezes	2 vezes	1 vez
		1	2	3	4	5
16	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, quantas vezes precisou procurar o posto/centro/unidade de saúde para conseguir atendimento?					
CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
17	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, teve dificuldade para se deslocar até o posto/centro/unidade de saúde?					

18	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, teve dificuldades para pedir informação por telefone no posto/centro/unidade de saúde?					
19	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, teve dificuldades para marcar consulta por telefone no posto/centro/unidade de saúde?					
20	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, teve que deixar de trabalhar ou perder seu dia de trabalho ou compromisso para consultar no posto/centro/unidade de saúde?					
CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
21	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB, precisou utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir até ao posto/centro/unidade de saúde?					
22	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB, gastou dinheiro com o transporte para ir até o posto/centro/unidade de saúde?					
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5

23	Quando o Sr.(a) começou a ficar doente de TB conseguiu consulta no posto/centro/unidade de saúde para descobrir a doença no prazo de 24 horas?					
24	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB, procurou o posto/centro/unidade de saúde mais perto da sua casa?					

OBS: QUANDO O ENTREVISTADO CONCLUIU O TRATAMENTO, USAR O TEMPO VERBAL NO PASSADO.

OBS: AGORA VAMOS FALAR DO POSTO/CENTRO/UNIDADE ONDE O(A) SR.(A) TRATA A TB

E 2. ACESSO AO TRATAMENTO.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
25	Se o Sr.(a) passar mal por causa da medicação ou da TB, consegue uma consulta médica no prazo de 24 horas?					
26	O Sr.(a) consegue pedir informações por telefone no posto/centro/unidade de saúde?					
27	O Sr.(a) consegue marcar consultas por telefone no posto/centro/unidade de saúde?					
CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
28	Quando o(a) Sr.(a) vai ao posto/centro/unidade de saúde para consultar seu problema de TB,					

	tem que deixar de trabalhar ou perder seu dia de trabalho ou compromisso?					
29	Quando o(a) Sr.(a) vai ao posto/centro/unidade de saúde para consultar seu problema de TB precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado?					
30	Quando o(a) Sr.(a) vai ao posto/centro/unidade de saúde para consultar, paga pelo transporte?					
31	Durante o seu tratamento faltou medicamentos para TB?					
32	Quando o(a) Sr.(a) vai ao posto/centro/unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido?					
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
33	O profissional do posto/centro/unidade de saúde que acompanha seu tratamento de TB, costuma visitá-lo em sua moradia?					
34	O(A) Sr.(a) faz o tratamento de TB no posto/centro/unidade de saúde mais perto da sua casa?					

AGORA VAMOS FALAR SOBRE A FORMA DE COMO O(A) SR.(A) É ATENDIDO PELOS PROFISSIONAIS DO POSTO/CENTRO/UNIDADE DE SAÚDE.

F. VÍNCULO.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
35	Quando o(a) Sr.(a) vai ao posto/centro/unidade de saúde para a consulta de TB, é atendido pelo mesmo profissional?					
36	Se o(a) Sr.(a) tem alguma dúvida sobre o seu tratamento, consegue falar com o mesmo profissional do posto/centro/unidade de saúde que o atende?					
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
37	Quando o(a) Sr.(a) faz alguma pergunta ao profissional do posto/centro/unidade de saúde sente que ele entende?					
38	Quando o(a) Sr.(a) consulta o profissional do posto/centro/unidade de saúde conversa sobre outros problemas de saúde?					
39	O profissional do posto/centro/unidade de saúde dá tempo suficiente para que o(a) Sr.(a) fale suas dúvidas ou preocupações?					
40	O profissional do posto/centro/unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está fazendo o tratamento responde às suas perguntas de maneira clara?					
41	Durante seu					

	atendimento o profissional do posto/centro/unidade de saúde anota as suas queixas no seu prontuário?					
42	O profissional do posto/centro/unidade de saúde explica sobre os medicamentos utilizados para o tratamento de TB?					
43	O profissional do posto/centro/unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamentos que o(a) Sr.(a) está utilizando?					
44	Quando o(a) Sr.(a) tem algum problema de saúde ou outras necessidades (cesta básica, vale transporte...), com que frequência procura os seguintes profissionais do posto/centro/unidade de saúde?					

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
44 a	Médico					
44 b	Enfermeiro					
44 c	Auxiliar Enfermagem					
44 d	Agente Comunitário de Saúde/ACS					
44 e	Outros Profissionais					
CARTÃO A		Muito Ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom
		1	2	3	4	5
45	Qual é sua opinião sobre a equipe de saúde que o atende?					

G. ELENCO DE SERVIÇOS.

COM QUE FREQUÊNCIA AS AÇÕES A SEGUIR SÃO OFERECIDAS PELA EQUIPE QUE ACOMPANHA O PROBLEMA DA TB NO POSTO/CENTRO/UNIDADE DE SAÚDE?

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
46	Pote para exame de escarro para					

	diagnóstico de TB?					
47	Teste da pele (prova tuberculínica)?					
48	Exame para HIV/AIDS?					
49	Pote para exame de escarro mensalmente para controle da TB?					
50	Consulta mensal de controle para o tratamento da TB?					
51	Cestas básicas ou vale alimentação?					
52	Vale transporte?					
53	Informação sobre a TB e seu tratamento?					
54	Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?					
55	Visitas domiciliares durante o tratamento?					
56	Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?					
57	Participação em grupos de doentes de TB no posto / centro / unidade de saúde?					
58	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).

H. COORDENAÇÃO.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
59	O profissional do posto/centro/unidade de saúde pega o prontuário/ficha do(a) Sr.(a) durante a consulta?					
60	Quando o(a) Sr(a) precisa dos					

	resultados de seus exames, eles estão disponíveis no posto/centro/unidade de saúde?					
61	O(A) Sr.(a) é avisado sobre o agendamento da sua consulta de retorno no posto/centro/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)						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
62	Quando o(a) Sr.(a) precisa consultar com algum especialista, é encaminhado por um profissional do posto/centro/unidade de saúde?					
63	Quando o profissional do posto/centro/unidade encaminha o(a) Sr(a) para outros serviços de saúde, ele discute ou indica os possíveis lugares de atendimento?					
64	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado ao especialista, o profissional do posto/centro/unidade de saúde ajuda a marcar a consulta?					
65	No momento do agendamento da consulta para o especialista, o(a) Sr.(a) recebe comprovante que a consulta foi marcada?					

66	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado ao especialista, o profissional do posto/centro/unidade de saúde, fornece informações escritas sobre seu problema para entregar ao especialista?					
67	O(A) Sr.(a) retorna ao posto/centro/unidade de saúde com as informações escritas sobre os resultados da consulta com o especialista?					
68	O profissional do posto/centro/unidade de saúde discute com o(a) Sr.(a) sobre os resultados da consulta com o especialista?					
69	O profissional do posto/centro/unidade de saúde está interessado em saber se o(a) Sr.(a) foi bem atendido pelo especialista?					

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

I. ENFOQUE NA FAMÍLIA.

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

PELOS PROFISSIONAIS DO POSTO/CENTRO/UNIDADE DE SAÚDE NA COMUNIDADE.**J. ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE**

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
78	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde perguntam ao Sr.(a) ou sua família se os serviços oferecidos resolvem seus problemas de saúde ?					
79	O(A) Sr.(a) observa propagandas/campanhas/trabalhos educativos realizados pelos profissionais do posto/centro/unidade de saúde para informar a comunidade sobre a TB?					
80	O(A) Sr.(a) observa que os profissionais do posto/centro/unidade de saúde desenvolvem ações de saúde com as Igrejas, Associações de Bairro, etc, para entrega do pote para coleta de escarro?					
81	O(A) Sr.(a) observa visitas dos profissionais do posto/centro/unidade de saúde na sua vizinhança, para a entrega do pote para coleta de escarro?					
82	O(A) Sr.(a) observa que os profissionais do posto/centro/unidade de saúde solicitam a participação de alguém da comunidade para discutir o problema da TB?					

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

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
83	O(A) Sr.(a) encontra um profissional no posto/centro/unidade de saúde para atendê-lo em dias úteis da semana?					

84	O(A) Sr.(a) recomenda este posto/centro/unidade de saúde a um(a) amigo(a)?					
85	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conseguem resolver seus problemas de saúde?					
86	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde são capazes de ajudar o(a) Sr.(a) para melhorar da TB?					
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
87	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?					
CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
88	O(A) Sr.(a) já se sentiu rejeitado pelos profissionais do posto/centro/unidade de saúde por ter TB?					
89	O(A) Sr.(a) já pensou em mudar de posto/centro/unidade de saúde por causa dos profissionais?					
O(A) Sr.(a) tem alguma pergunta, sugestão, comentário ou dúvida?						

ANEXO B

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO/EERP-USP

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

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

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 054/2007

Ribeirão Preto, 22 de março de 2007

Prezada Senhora,

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

Protocolo: nº 0762/2007

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

Pesquisador: Tereza Cristina Scatena Villa

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

Atenciosamente,

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

Ilma. Sra.

Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa
Deptº de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP