

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

**ELISANGELA GISELE DE ASSIS**

**A coordenação da Assistência ao doente de tuberculose: percepção de diferentes atores, 2007.**

**RIBEIRÃO PRETO-SP**

**2009**

**ELISANGELA GISELE DE ASSIS**

**A coordenação da assistência ao doente de tuberculose: percepção de diferentes atores, 2007.**

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

Inserida na linha de pesquisa: práticas, saberes e políticas de saúde

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tereza Cristina Scatena Villa

**Ribeirão Preto**

**2009**

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

#### **FICHA CATALOGRÁFICA**

Assis, Elisangela Gisele

A coordenação da assistência ao doente tuberculose: percepção de diferentes atores, 2007.

104 p. il. 30 cm

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

Orientadora: Villa, Tereza Cristina Scatena

1. Tuberculose. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Ação Intersetorial. 4. Avaliação de Serviços de Saúde.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

ASSIS, ELISANGELA GISELE

A coordenação da assistência aos doentes de tuberculose: percepção de diferentes atores, 2007.

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

Aprovado em:...../...../.....

### Banca examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

*Aos meus pais Marli Helena e José Francisco  
Pelo amor e carinho que tenho recebido desde que nasci, pela  
confiança e por acreditarem que sou capaz de vencer barreiras e  
lutas diárias que travo em meu caminho.*

## ***HOMENAGEM ESPECIAL***

*Prof. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa, por acreditar em meu potencial como aluna abrindo as portas do grupo de pesquisa em tuberculose para que eu tivesse a oportunidade de adentrar pelas esferas do conhecimento, amadurecesse por meio do trabalho realizado em grupo, lidando com as diferenças de pensamentos, comportamentos, atitudes, alegrias, tristezas, derrotas e sucessos e acima de tudo, enfrentar desafios. Deixo os meus sinceros agradecimentos pela experiência transmitida, compreensão e amizade.*

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

*Deus, por permitir meus pensamentos, meu livre caminhar, meus dizeres, calar quando é preciso, sorrir, chorar, e, principalmente, por me guiar e iluminar os caminhos por onde se desenha a minha vida.*

*A todos de minha família que sempre acreditaram em minhas potencialidades, pelo amor e carinhos recebidos, e pelos puxões de orelha quando foi preciso. Agradeço todos vocês.*

*Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto agradeço pelo privilégio de ter o senhor como grande educador, por me ensinar com seu exemplo que a ética, a sabedoria e a humildade devem caminhar sempre juntas. Que Deus o ilumine sempre. Muito obrigada!*

*Profa. Dra. Roxana Isabel Cardozo Gonzales a quem devo o incentivo e o início desse grande trabalho cujas raízes encontram-se durante a iniciação científica. Obrigada pela humanidade que dispensa para com todos e seu grande exemplo perseverança, o meu grande abraço!*

*Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha e Profa. Dra. Simone Terezinha Protti e Profa. Dra. Lúcia Marina Scatena pelas valiosas contribuições durante a realização deste trabalho*

*Membros da Banca Examinadora, pela disponibilidade e contribuições neste estudo.*

*Meus amigos pelo apoio, incentivo e palavras de carinho. Obrigada a todos vocês por fazerem parte de minha vida.*

*Aos queridos companheiros e companheiras do grupo GEOTB-REDE-TB por me acolherem, me mostrar o quanto tem sido valioso o trabalho em equipe: Aline Beraldo, Aline Monroe, Amelinha, Anneliese, Beatriz, Ellen, Márcio, Maria Eugênia, Mayra, Reynaldo, Ricardo, Rúbia, Tiemi, e todos os que passaram pelo grupo e por mim.*

*Querida Patrícia pela valiosa contribuição e atenção dispensada durante estes anos.*

*Coordenadora e vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Profa. Dra. Ana Maria de Almeida e Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi, pelo incentivo à pesquisa e apoio durante a realização deste trabalho.*

*Aos membros do Comitê de Tuberculose de Ribeirão Preto pela oportunidade de ser membro e participar de questões relevantes à temática..*

*Aos doentes de tuberculose a quem dedico este trabalho e a todos profissionais de saúde que se dedicam à causa da tuberculose.*

*A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.*

*Enfim, a todos que contribuíram ou participaram direta ou indiretamente da elaboração deste estudo. Muito Obrigada!*

## *Epígrafe*

*Febre, hemoptise, dispnéia e suores noturnos*  
*A vida inteira que poderia ter sido e que não foi*  
*Tosse, tosse, tosse*  
*Mandou chamar o médico*  
*Diga trinta e três.*  
*Trinta e três...trinta e três...trinta e três...*  
*Respire*  
*O senhor tem uma escavação no pulmão esquerdo*  
*E o pulmão direito infiltrado*  
*Então doutor, não é possível tentar o pneumotórax?*  
*Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino.*

*Manuel Bandeira*



## RESUMO

ASSIS, E.G. **A coordenação da assistência ao doente de tuberculose: percepção de diferentes atores, 2007.** 104f. [Dissertação] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2009.

O objetivo desta investigação foi analisar a coordenação da assistência ao doente de tuberculose no município de Ribeirão Preto-SP-2007. Foi aplicado um questionário fechado em 100 doentes de TB, 16 profissionais e 17 gerentes de unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto-SP. Foram construídos 27 indicadores com elaboração de médias, e analisados no programa Statistica 8.0 da Statsoft realizando a comparação entre os grupos por meio de testes paramétricos e não paramétricos. Foram construídos gráficos com as médias e intervalos de confiança. Os resultados apontam que os indicadores de coordenação (14) foram, em grande parte, avaliados de modo concordante e satisfatório pelos informantes. Os indicadores do elenco (13) foram avaliados, em sua grande maioria, de modo discordante e insatisfatório, com destaque para o grupo de doentes e gestores. Discussão: Em relação à coordenação da assistência há um reconhecimento dos informantes que o seguimento do tratamento no PCT ocorre mediante protocolo o que possibilita a continuidade do cuidado dos doentes de tuberculose durante o processo de tratamento, no entanto identificou-se a descontinuidade em relação ao fluxo de informação no processo de referência e contra-referência, necessidade de ampliar a participação do doente no processo decisório em seu tratamento, estimular a co-responsabilização do profissional quanto ao cuidado do doente. Identificou-se a necessidade de fortalecimento da busca ativa dos sintomáticos respiratórios; desconhecimento dos gerentes de UBS quanto às ações de continuidade e suporte ao tratamento (consultas médicas, cestas básicas e vale transporte) evidenciando a necessidade de conscientização dos gerentes acerca das responsabilidades designadas à atenção básica nas unidades sob sua responsabilidade; a inexistência de grupos de incentivo e apoio ao doente de tuberculose uma vez que o processo educativo requer participação ativa do doente, e discordância dos autores quanto às visitas domiciliares e frequência do tratamento supervisionado, evidenciando a necessidade de seu fortalecimento como uma tecnologia do cuidado. O fortalecimento da coordenação da assistência poderá contribuir de modo relevante para a construção de um modelo flexível pautado na integração do cuidado na atenção à TB de modo que amplie a participação do doente.

Palavra chave: Tuberculose, Atenção Primária à Saúde, Ação Intersetorial, Avaliação de Serviços de Saúde

## ABSTRACT

ASSIS, E.G. **Coordination of health care provided to patients with tuberculosis: perception of different participants, 2007.** 104f. [Thesis] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2009.

The objective of this investigation was to analyze the coordination of health care provided to patients with tuberculosis (TB) in Ribeirão Preto, São Paulo, 2007. A closed questionnaire was administered among 100 TB patients, 16 professionals, and 17 administrators of basic health units (BHU) located in the referred city. Twenty-seven indicators were created with the elaboration of means, and analyzed using Statistica 8.0 (Statsoft). Group comparisons were performed using parametric and nonparametric tests. Charts were designed to show the means and confidence intervals. Results show that the coordination indicators (14) were in most part evaluated as concordant and satisfactory by the informants. The participant indicators (13) were mostly evaluated as discordant and unsatisfactory, especially for the patients and administrators groups. Discussion: regarding the coordination of health care, the informants acknowledge that PCT treatment compliance occurs under a protocol that permits continuing care to be delivered to TB patients during the treatment process, however, it was observed there were interruptions in the information flow in the reference and contra-reference process, in addition to the need to improve patient participation in the decision-making process of the treatment and encourage co-responsibility among professionals regarding patient care. It was identified that there is a need to strengthen the active search of symptomatic individuals; BHU administrators lack knowledge regarding continuing actions and treatment support (medical appointments, basic food basket and transport tickets), which evidences the need for administrators to become aware of the responsibilities assigned to primary care at the units under their management; the inexistence of groups to encourage and support TB patients since the educational process requires their active participation; and disagreement among authors in terms of home visits and the frequency of supervised treatment, which is evidence of its need to be improved as a health care technology. By improving health care coordination it is possible to make relevant contributions to the construction of a flexible model founded on the integration of TB care with a view to improving patient participation.

Descriptors: Tuberculosis, Intersectorial Action, Primary Health Care, Health Services Evaluation.

## RESÚMEN

ASIS, E.G. **La coordinación de la asistencia al enfermo de tuberculosis: percepción de diferentes actores, 2007.** 104f. [Disertación] – Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo, 2009.

El objetivo de esta investigación fue analizar la coordinación de la asistencia al enfermo de tuberculosis en el municipio de Ribeirao Preto-SP-2007. Fue aplicado un cuestionario cerrado en 100 enfermos de TB, 16 profesionales e 17 administradores de unidades básicas de salud de Ribeirao Preto-SP. Fueron construidos 27 indicadores con elaboración de promedios, y analizados en el programa Statistica 8.0 de la Statsoft realizando la comparación entre los grupos por medio de pruebas paramétricas y no paramétricas. Fueron construidos gráficos con los promedios e intervalos de confianza. Los resultados apuntan que los indicadores de coordinación (14) fueron, en gran parte, evaluados de modo concordante e satisfactorio por los informantes. Los indicadores del elenco (13) fueron evaluados, en su gran mayoría, de modo discordante e insatisfactorio, con destaque para el grupo de enfermos e administradores. Discusión: En relación a la coordinación de la asistencia, los informantes reconocen que el seguimiento del tratamiento en el PCT ocurre mediante protocolo lo que posibilita la continuidad del cuidado de los enfermos de tuberculosis durante el proceso de tratamiento, sin embargo se identificó la discontinuidad en relación al flujo de información en el proceso de referencia y contra-referencia, la necesidad de ampliar la participación del enfermo en el proceso de decisión en su tratamiento, y la necesidad de estimular la co-responsabilidad del profesional en lo que se refiere al cuidado del enfermo. Se identificó la necesidad de fortalecer la búsqueda activa de los síntomas respiratorios; el desconocimiento de los administradores de La UBS en lo que se refiere a las acciones de continuidad y soporte al tratamiento (consultas médicas, cestas básicas y cupón de transporte) colocando en evidencia la necesidad de concientizar a los administradores acerca de las responsabilidades que existen en la atención básica en las unidades bajo su responsabilidad; la inexistencia de grupos de incentivo y apoyo al enfermo de tuberculosis una vez que el proceso educativo requiere participación activa del enfermo; y, discordancia de los autores en lo que se refiere a las visitas a domicilio y a la frecuencia del tratamiento supervisado, evidenciando la necesidad de fortalecerlo con una tecnología del cuidado. El fortalecimiento de la coordinación de la asistencia podrá contribuir de modo relevante para la construcción de un modelo flexible pautado en la integración del cuidado en la atención a la TB de modo que amplíe la participación del enfermo.

**Palabras clave:** Tuberculosis, Acción Intersectorial, Atención Primaria a la Salud, Evaluación de Servicios de Salud.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Regiões Distritais de Saúde em Ribeirão Preto-SP, 2008.....	p. 32
Gráfico 1: Total de casos diagnosticados, casos novos, coeficiente de incidência, e casos novos com baciloscopia positiva, de 1998 a 2007, RP-SP.....	p. 33
Figura 2: Distribuição das médias e intervalos de confiança dos indicadores de Coordenação segundo informantes, Ribeirão Preto-SP, 2007.....	p. 42
Figura 3: Distribuição das médias e intervalos de confiança dos indicadores de Elenco de serviços para coordenação no PCT, segundo informantes, Ribeirão Preto-SP, 2007.....	p. 45

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Rótulo das Variáveis de Coordenação .....	p. 37
<b>Quadro 2:</b> Rótulo dos Indicadores de Elenco de Serviços.....	p. 38
<b>Quadro 3:</b> Distribuição das frequências absolutas e relativas das variáveis de coordenação segundo dentes, profissionais e gestores, RP-SP, 2007.....	p. 41
<b>Quadro 4:</b> Indicadores, valores médios, desvio padrão, relação entre informantes e valor de p dos indicadores de elenco de Serviços para a Coordenação no PCT.....	p. 44

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AA: Tratamento Auto-Administrado  
AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
APS: Atenção Primária à Saúde  
CNPq: Conselho Nacional de Desenvolvimento e Pesquisa  
DOTS: Directly Observed Treatment Short  
HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana  
MS: Ministério da Saúde  
OMS: Organização Mundial da Saúde  
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PCT: Programa de Controle da Tuberculose  
PIB: Produto Interno Bruto  
PNCT: Programa Nacional Controle da Tuberculose  
PSF: Programa de Saúde da Família  
REDE TB: Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose  
SEADE: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados  
SR: Sintomático Respiratório  
SUS: Sistema Único de Saúde  
TB: Tuberculose  
TBMR: Tuberculose Multirresistente  
TS: Tratamento Supervisionado  
UBS: Unidade Básica de Saúde  
UBDS: Unidade Básica Distrital de Saúde  
VD: Visita Domiciliar  
WHO: World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	9
<b>ABSTRACT</b> .....	10
<i>APRESENTAÇÃO</i> .....	16
1. <i>INTRODUÇÃO</i> .....	19
2. <i>QUADRO TEÓRICO</i> .....	24
3. <i>OBJETIVO</i> .....	28
4. <i>MATERIAIS E MÉTODOS</i> .....	30
<b>4.1 Caracterização do local de estudo</b> .....	31
<b>4.2 Instrumento e Coleta de dados</b> .....	34
<b>4.3 População do estudo</b> .....	36
<b>4.4 Análise dos dados</b> .....	36
<b>4.5 Aspectos éticos e legais</b> .....	39
5. <i>RESULTADOS</i> .....	40
<b>5.1 INDICADORES DE COORDENAÇÃO</b> .....	41
<b>5.2 INDICADORES DE ELENCO DE SERVIÇOS</b> .....	44
6. <i>DISCUSSÃO</i> .....	47
<b>6.1 A COORDENAÇÃO DA ASSISTÊNCIA</b> .....	48
7. <i>CONSIDERAÇÕES FINAIS</i> .....	59
8. <i>REFERÊNCIAS</i> .....	62

## ANEXOS

Anexo I: Questionário para os doentes de tuberculose

Anexo II: Questionário para os profissionais de saúde

Anexo III: Questionário para os gestores

Anexo IV: Comitê de Ética e Pesquisa da EERP-USP

Anexo V: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

# *APRESENTAÇÃO*

---



O meu interesse pela temática da Tuberculose (TB) surgiu em 2004 no decorrer do primeiro ano de graduação quando recebi o convite de minha futura orientadora Tereza Cristina Scatena Villa para participar do Grupo de Estudos Epidemiológico Operacionais em Tuberculose (GEOTB). Este grupo é cadastrado e certificado no diretório de grupos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) desde 2002, e está inserido na Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB), o qual é coordenado pelo Prof.Dr. Antônio Ruffino Netto da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) e pela Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Iniciei minha atividade como pesquisadora no grupo a priori como voluntária e posteriormente como bolsista. As reuniões realizadas pelos membros e integrantes do grupo desde o início foram e têm sido fundamentais para apreender cada vez mais acerca do conhecimento sobre a tuberculose. Os estudos realizados em grupo propiciam crescimento memorável ao aluno, o que contribuiu excepcional para minha formação. Isto possibilitou que eu desenvolvesse meu primeiro trabalho de iniciação científica intitulado “A cobertura da estratégia DOTS em municípios prioritários do Estado de São Paulo de 1998 a 2004”, sendo desenvolvido nos anos de 2005/2006, o qual contou com a colaboração dos companheiros do grupo resultando em publicação na revista da escola de enfermagem da USP (REEUSP). Foi um trabalho bastante interessante, pois me permitiu entender a estratégia utilizada pela organização mundial da saúde (OMS) no controle da TB e dimensionasse a cobertura do tratamento supervisionado em municípios interioranos e metropolitanos de diferentes números populacionais. E este foi o começo para outros trabalhos, sendo que o grupo e seus coordenadores sempre possibilitaram a participação nesta grande rede de pesquisa, na construção de novos projetos do grupo, discussões e estágios extracurriculares no programa de controle da tuberculose do município, entre outros.

Em 2007, próximo a formatura fui contemplada novamente com outro projeto de pesquisa, produto do trabalho do grupo. Tive o prazer de contar com a colaboração dos membros do grupo na elaboração e revisão deste projeto intitulado “A coordenação como dimensão da avaliação do desempenho dos serviços de saúde da atenção à tuberculose (2006-2007)”. Neste trabalho analisei apenas alguns indicadores acerca da coordenação da assistência de acordo com a opinião dos doentes de tuberculose. E foi uma experiência magnífica, porque pude me aproximar um pouco mais da realidade e peculiaridade da organização dos serviços que desenvolvem ações de controle desta doença, os PCTs.

E por apresentar alguns resultados instigantes este mesmo projeto foi ampliado e proposto para o programa de pós-graduação em enfermagem e saúde pública para continuidade deste estudo

em nível de mestrado. Ingressei dessa forma na Pós-Graduação com este trabalho que é parte de um estudo multicêntrico intitulado “Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos Serviços de Atenção Básica no controle da TB em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil”, Edital 410547/2006-9 MCT/CNPq-DECIT 25/200 – “Doenças Negligenciadas”.

Esta investigação contemplou o município de Ribeirão Preto-SP considerado prioritário para o controle da TB na região sudeste cujo critério de inclusão consistiu na implantação do Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (DOTS) no município há pelo menos cinco anos. Este estudo enfoca a Coordenação da Assistência como um dos eixos da Atenção Primária em Saúde sob a percepção de doentes de tuberculose, profissionais de saúde dos PCTs e gestores de unidades básicas de saúde (UBS) na tentativa de contribuir com a avaliação do desempenho dos serviços de saúde que desenvolvem o controle da Tuberculose em município prioritário.

# *1. INTRODUÇÃO*

---

O Sistema Único de Saúde (SUS) traz em suas diretrizes que a organização dos serviços deve ser pautada pelo princípio da integração onde as ações e serviços devem ocorrer de maneira conjunta e articulada com vistas à prevenção e cura, direcionadas para o indivíduo e coletividades em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1988) com o objetivo, portanto, de assegurar serviços contínuos e globais pelos diferentes profissionais, articulados no tempo e espaço conforme conhecimento que dispõem. (HARTZ E CONTANDRIOPOULOS, 2004)

No contexto da descentralização dos serviços de saúde (MENDES, 1998) a Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) é tomada como eixo orientador dos serviços de saúde do SUS, na tentativa de ampliar o acesso à saúde as demais populações utilizando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) como proposta de reorganização do modelo de atenção. Para tal a AB é norteada por distintos princípios com destaque para a coordenação do cuidado e continuidade da atenção. (VIACAVA et al., 2004)

Entretanto, os serviços que compõem o sistema de saúde, são ainda caracterizados pela atenção descontínua, forte polarização do hospital e ambulatório sendo o primeiro hegemônico, e, pela ausência de integração entre os pontos de atenção (MENDES, 2001) evidenciando a predominância de um modelo de atenção fragmentado, voltado ao atendimento e tratamento de casos agudos e episódicos. (OMS, 2003)

Um exemplo que pode ser tomado destas assertivas é o caso da atenção à tuberculose. O ministério da saúde, por meio das normas operacionais preconizou a descentralização das ações de diagnóstico e de tratamento da tuberculose dos ambulatórios de referência (programas de controle da tuberculose-PCT) situados na atenção secundária, para serviços de saúde no nível da atenção primária (unidades básicas de saúde/UBS; programas de saúde da família/PSF e PACS) sendo que apenas os casos de multirresistência, os de difícil diagnóstico ou intercorrências deveriam ser encaminhados para níveis de atenção secundária ou terciária como os programas e hospitais. (NOAS, 2002) reforçando a proposta de um modelo de atenção mais horizontalizado, de forma que haja continuidade da assistência e integralidade do cuidado.

Entretanto o processo de incorporação das ações de controle da TB vem ocorrendo de forma bastante incipiente e diversificada na rede básica tais como o tratamento supervisionado e a busca de sintomáticos respiratórios, evidenciando que ainda há forte centralização destas ações nos PCTs

reforçando o modelo de organização vertical. (VILLA et al., 2006), e descontinuidade destas ações no âmbito da rede básica. (MUNIZ et al., 2005)

Mendes (2002) destaca que nesta proposta de reorganização do modelo de atenção, a APS deve desempenhar seu papel de centro de comunicação da rede horizontal de um sistema integrado de serviços de saúde, cumprindo três papéis essenciais: o papel resolutivo, intrínseco à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde, o de resolver a grande maioria dos problemas da saúde da população; o papel organizador, relacionado com sua natureza de centro de comunicação, o de organizar fluxos e contra-fluxos dos cidadãos em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

Assim, a coordenação da assistência e seus elementos, como a continuidade do cuidado, é um instrumento da APS que permite a organização dos fluxos e contra-fluxos dos usuários entre os diversos pontos de atenção, seja um usuário comum ou doentes de tuberculose. O gerenciamento da TB requer um acompanhamento sistemático dos doentes “com enfoque na aderência e tratamentos de longo prazo” (OMS, 2003), visto que confere uma condição crônica ao indivíduo.

Neste sentido, torna-se relevante que a organização dos serviços de saúde e as ações de saúde, em especial as da tuberculose sejam pautadas neste princípio da APS, a coordenação que, além de princípio se configura em uma ferramenta de gestão dos serviços de saúde, permitindo a atenção coordenada e a integração dos serviços. A coordenação da assistência se dá mediante o reconhecimento das necessidades que os doentes apresentam pelos profissionais de saúde, e que estes profissionais de saúde proporcionem meios para continuidade do processo de atenção buscando a resolubilidade do caso, permeados pelo reconhecimento da informação e a transferência da mesma durante o processo de atenção do doente nos serviços (STARFIELD, 2002)

Uma pesquisa conduzida em 12 países no mundo acerca da melhora do desempenho de sistemas de saúde por meio da coordenação do cuidado identificou que 81% dos problemas de coordenação encontram-se entre a atenção prestada a pacientes em condições agudas e a atenção à longo prazo, 69% entre atenção emergencial e atenção à longo prazo, 65% entre atenção ambulatorial e atenção a longo prazo, 42% dentro de um setor de cuidado ambulatorial (entre atenção primária e especialistas de ambulatório), 35% dentro do cuidado a longo prazo (cuidado de enfermagem e atenção domiciliar - home care) e 31% entre atenção ambulatorial e atenção emergencial. (HOFMARCHER, OXLEY, RUSTICELLI, 2007)

O estudo acima deixa evidente a descontinuidade da assistência prestada ao usuário no sistema de saúde devido à deficiente coordenação. Estudos desenvolvidos sobre a importância da continuidade da atenção destacam três importantes significados para a continuidade, sendo seu primeiro sentido a *continuidade de informação, cuja característica principal é a disponibilidade das*

*informações de saúde do paciente para o profissional que for prestar o cuidado; um segundo sentido como continuidade longitudinal/gerencial, é aquela em que o paciente tem um local e uma equipe específica a fim, que realiza os cuidados em saúde; e por último a continuidade interpessoal, refere-se a situações em que o paciente conhece seu médico pelo nome e confia neste (ROSA FILHO, 2008; STARFIELD, 2002)*

A descontinuidade do atendimento à TB pode ser percebida em alguns estudos como uma pesquisa conduzida na África do Sul, onde seus autores mencionam as dificuldades em proporcionar atenção ou cuidado continuado à pacientes de Tuberculose MDR em um sistema de saúde centralizado, fato este que conduziu ao baixo sucesso do tratamento da doença e altas taxas de perda de seguimento do doente. (PADAYATCHI ; FRIEDLAND, 2008)

No Brasil, apesar da TB ser objeto de ações e investimentos recentes do Ministério da Saúde e demais instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas à descentralização do atendimento, como dito anteriormente, com intuito de adotar novas formas de garantir a continuidade do tratamento objetivando ampliar a detecção de casos e aumentar o percentual de cura, (BRASIL, 2004) a adesão ao tratamento e a busca ativa de casos ainda são um dos grandes desafios da problemática da TB. (MUNIZ et al, 2005).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), dados referentes ao ano de 2007, o Brasil ocupa o 14º. lugar entre os 22 países no mundo que contribuem com as mais altas cargas de TB, com incidência de 92/100.000 casos na população por ano, incidência por casos novos com baciloscopia positiva de 48/100.000 na população por ano e uma prevalência de 60/100.000 casos por todas as formas de TB, e mortalidade por todas as formas de TB de 8,4/100.000 na população por ano. O percentual de cura dos casos diagnosticados foi de 72% dos casos estimados para 2006, taxa de abandono de 8,3% e 69% de taxa de detecção de casos, sendo que este órgão preconiza 85% de cura, 5% de abandono e 70% de detecção dos casos. (WHO, 2009), ainda que houve melhora na detecção ainda há muito que se melhorar.

A OMS destaca a importância da dimensão organizacional e desempenho dos serviços de saúde no controle da tuberculose ao afirmar que o problema não está nas formas de detecção e de tratamento, mas sim, na forma de organização dos serviços de saúde para detectar e tratar os casos de TB (WHO, 1999)

Dois estudos realizados sobre o desempenho de Programa de Controle da Tuberculose (PCT) no sudeste brasileiro, identificaram fragilidade no gerenciamento das atividades de assistência como insuficiência de recursos humanos e falta de capacitação dos mesmos comprometendo a otimização e o desempenho dos serviços em questão afetando, portanto, a coordenação. (CARDOZO-GONZALES et al., 2008; GAZETTA et al., 2007)

Por ser uma doença de grande transmissibilidade, o acompanhamento dos acometidos pela enfermidade requer monitoramento constante assim como de suas famílias, onde a responsabilização pela atenção/cuidado ofertados nos PCTs e outros pontos de atenção sejam desenvolvidas para que haja controle eficaz e eficiente da doença além do restabelecimento da saúde do doente de TB. A atenção à TB deve estar associada à um trabalho integrado entre as diferentes equipes dos PCT, PSF e PACs nas UBS e rede hospitalar. A coordenação se destaca como instrumento determinante desse processo uma vez que permite a integração do trabalho entre os atores, e juntamente a este processo o uso de tecnologias e recursos para atingir os objetivos organizacionais e conseqüentemente a obtenção da eficácia do serviço. (NÓBREGA, 2007)

## *2. QUADRO TEÓRICO*

---



A Atenção Primária a Saúde (APS) surge em resposta às desigualdades no acesso, iniquidades dos serviços de saúde, insuficiente e desigual distribuição de recursos de saúde para as populações resultando em exclusão de grupos sociais vulneráveis. (IBAÑES et al., 2006)

Deste modo, a APS pretende proporcionar maior acesso e equidade para estas pessoas que buscam pelos serviços de saúde, por meio da reorganização dos sistemas de saúde mediante mudança do modelo de atenção (MENDES, 2001) em quase todos os países, sendo tomada como eixo coordenador e central do sistema de saúde de acordo com a OMS:

*“a APS 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”. (Organização Mundial da Saúde, 1978)*

Mendes (2001), ao analisar a organização dos serviços de saúde no Brasil destaca a descontinuidade da atenção nos serviços de saúde, a predominância do modelo hospitalocêntrico e ausência de integração entre os pontos de atenção. O referido autor destaca que os sistemas de saúde devem ser integrados e enfatiza as suas bases em três pontos:

*“oferta de serviços de maneira contínua nos vários pontos de atenção à saúde; integração destes pontos de atenção à saúde através de um sistema de gestão da clínica; e a existência de uma população adscrita cuja saúde é de responsabilidade inequívoca do sistema”.*

Desta maneira será possível oferecer atenção de forma integral e integrada aos usuários do SUS em resposta ao modelo fragmentado que se faz presente no Brasil, ou seja, invertendo o modelo existente e fortalecendo a APS como eixo organizador e orientador do sistema.

*“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 [...] 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.” (Ibañes et al, 2006)*

Starfield (2002) aponta que a APS compõe-se por dimensões estruturais e de desempenho tais como: porta de entrada, acessibilidade, coordenação, elenco de serviços e orientação à comunidade. Destaca-se que, a coordenação e o elenco de serviços são dimensões que permitem analisar o processo de atenção e a estrutura do serviço de saúde, respectivamente, e conseqüentemente, a gestão de casos e gestão de serviços. Estas dimensões são definidas como:

**Coordenação (ou integração dos serviços):** “pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos e do encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados.

**Elenco de serviços (ou Integralidade):** “*implica que as unidades de atenção primária devem estabelecer arranjos para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde. Isto inclui o encaminhamento para consultas especializadas (nível secundário), serviços terciários, internação domiciliar e outros serviços comunitários*”

Entende-se que há interdependência destes dois conceitos onde a coordenação não pode ser analisada sem o elenco de serviços e o contrário torna-se verdadeiro à medida que para haver alguma forma de continuidade é preciso a comunicabilidade e o desenvolvimento de ações entre diferentes serviços de saúde pautados em um objetivo comum que é a integralidade da atenção ao usuário do sistema de saúde. Neste sentido, o eixo norteador deste estudo será a Coordenação da assistência entendida como uma fusão destes dois conceitos propostos por Starfield.

Deste modo, verifica-se que estudos internacionais trazem a coordenação ou a integração de serviços como uma das dimensões da Atenção Primária em Saúde, na qual é compreendida como um atributo do Sistema de Saúde que “consiste na capacidade dos serviços em garantir a continuidade da atenção ao doente ao longo do seu percurso pelo sistema de saúde” (DONALDSON et al., 1996; STARFIELD; MENDES, 2002) e que “a mesma deve assegurar a provisão e a conexão de uma combinação de serviços de saúde e informação de encontro às necessidades dos usuários”. (DONALDSON et al., 1996), ou seja, é um instrumento gerencial de integração de serviços relacionados a saúde, onde a organização do trabalho é realizado por diversos profissionais que possuem responsabilidades distintas, porém compromissos iguais na produção de serviços (NÓBREGA, 2007) proporcionando a integralidade do cuidado.

O que implica que a coordenação está presente ou acontece nas relações entre equipe de saúde e doentes de um serviço durante o processo de atenção e, entre serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade inseridos no sistema (MENDES, 2001), conduzindo a um entendimento por outros autores de que esta dimensão contempla a facilidade em acessar os demais níveis de atenção e proporciona a integração com os serviços de outros locais”. (ELIAS et al., 2006)

Ela também é definida como “políticas coerentes que auxiliam a criar uma atenção ou cuidados centrados no paciente ao longo do tempo e em vários lugares de atenção”, na qual estas políticas são traduzidas pela “gestão do cuidado, a gestão de caso, a atenção continuada, o manejo da doença, os episódios de atenção e o percurso do doente”; os quais almejam “*entre outras coisas compensar esta fragmentação dos sistemas de atenção e ajudar a atravessar a lacuna entre os vários serviços de saúde*

*proporcionando maior coerência no processo de atenção.” (HOFMARCHER, OXLEY, RUSTICELLI, 2007)*

Um dos dispositivos que operacionaliza a coordenação são as “tecnologias utilizadas para a gestão da clínica”, cuja operacionalização pode ser compreendida como atenção certa, na hora certa, no tempo certo, além de protocolos clínicos e sistema de informação (MENDES, 2002); o que implica em ter um elenco de serviços disponíveis nos serviços como os recursos humanos, materiais e organizacionais (STARFIELD, 2002) que oferecem base de sustentação para viabilizar a gestão do serviço e da atenção promovendo ambiente favorável ao desenvolvimento da coordenação da assistência aos doentes.

### *3. OBJETIVO*

---

Geral: Analisar a Coordenação da assistência ao doente de tuberculose no município de Ribeirão Preto-SP-2007

Específicos:

- Analisar a coordenação da assistência na perspectiva dos doentes de tuberculose, profissionais do PCT e gerentes de unidades básicas de saúde.

## *4. MATERIAIS E MÉTODOS*

---

### **Natureza do Estudo**

Trata-se de estudo exploratório, inquérito epidemiológico e descritivo de abordagem quantitativa, que tem como fonte dados primários (entrevistas com doentes, profissionais e gestores).

#### **4.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO**

Ribeirão Preto é um município paulista de médio porte com população estimada de 567.917 habitantes, localizada a Nordeste do Estado de São Paulo com área de 642 Km<sup>2</sup>, sendo sua região administrativa de 9348 Km<sup>2</sup>, com PIB de 10.095.559 milhões de reais correntes. (IBGE, 2005)

É um município que, segundo a fundação SEADE, se enquadra no Grupo 1 do índice de Vulnerabilidade Social, sendo classificado como município de elevado nível de riqueza e bons níveis de indicadores sociais, cujo índice de desenvolvimento humano (0,855) encontra-se acima da média do estado (0,814). Com renda per capita de 3,57 salários mínimos e PIB de 5553,39 milhões de reais correntes. (IBGE, CENSO DEMOGRÁFICO, FUNDAÇÃO SEADE, 2008). Possui habilitação em Gestão Plena da Saúde desde 1998 (RIBEIRÃO PRETO, 2007).

#### **O serviço de saúde e a atenção à Tuberculose**

A assistência à saúde em Ribeirão Preto-SP encontra-se hierarquizada e descentralizada. O município está dividido em regiões distritais de saúde (Figura 1) as quais contém unidades tradicionais de saúde, como UBS e UBDS, Hospitais que correspondem aos níveis de atenção primária, secundária e terciária (RP-Epi TB, 2007) possuindo baixa cobertura de PSF/PACS (22% em 2007); além de possuir Ambulatórios de Especialidades, Pronto Atendimento, clínicas particulares, hospitais públicos, privados e filantrópicos.

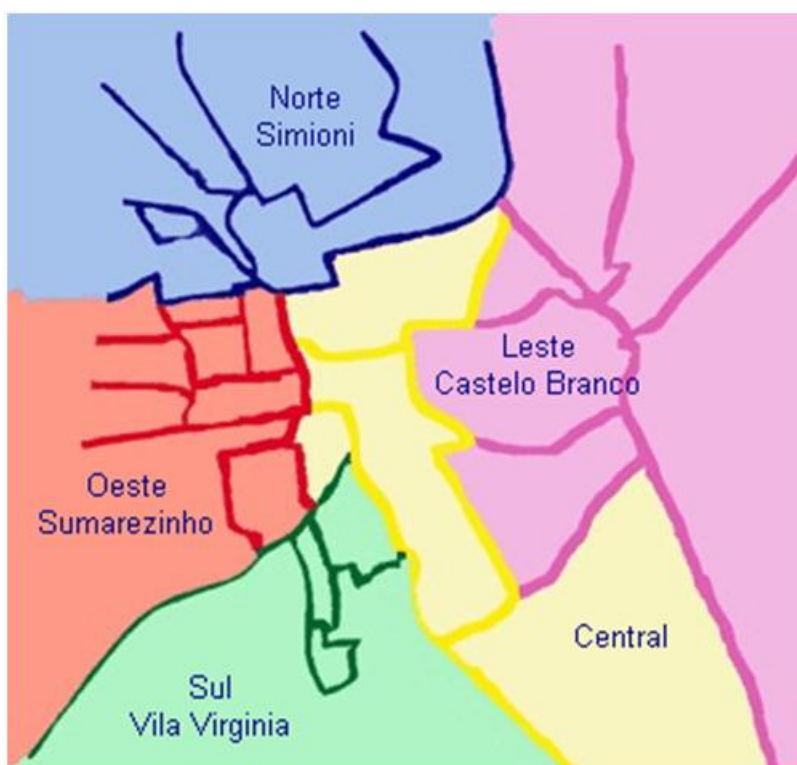
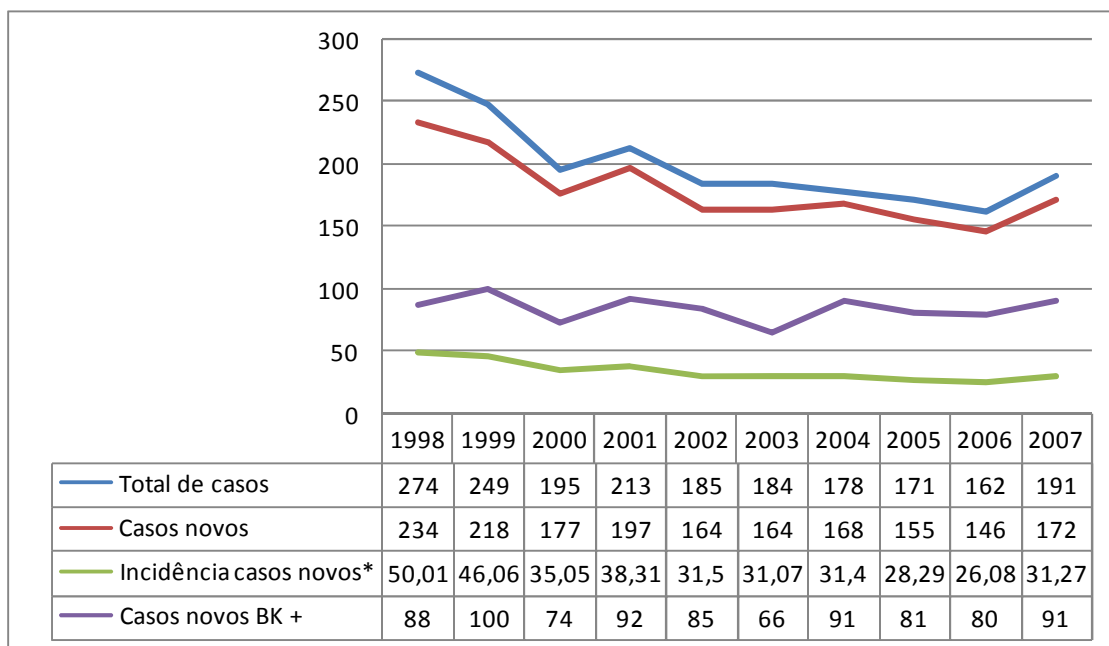


Figura 1: Regiões Distritais de Saúde em Ribeirão Preto-SP, SMS, 2008

Os Programas de Controle da Tuberculose (PCT) estão situados nos Distritos de Saúde, com cobertura do Tratamento Supervisionado (TS) em 76,1% (RP; EPI-Tb 2007), sendo que o DOTS (Terapia Diretamente Observada de Curta Duração) foi implantado no município desde 1998. (MUNIZ et al., 2005)

Apesar da incidência da doença no município estar em decadência, Ribeirão Preto tem apresentado considerável notificação de casos da doença, apesar da queda nos anos anteriores, mas com aumento significativo, em números absolutos, do ano de 2006 para 2007 (Gráfico 1), e, apresentou em 2007 47,64 % de casos com baciloscopias positivas.





Fonte: Secretaria Municipal da Saúde, Ribeirão Preto-SP, 2008.

\*casos por cem mil habitantes

Gráfico 1: Total de casos diagnosticados, casos novos, coeficiente de incidência, e casos novos com baciloscopias positiva de 1998 a 2007, RP-SP.

O coeficiente de cura total dos casos novos bacilíferos em 2007 foi de 81,3%. O diagnóstico e o tratamento são realizados pelas equipes contidas nos PCTs e gradativamente a busca de sintomáticos respiratórios (SR) está sendo incorporada pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde e dos Programas de Saúde da Família.

Os PCTs contam com equipes especializadas com conformação semelhante (médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem) sendo designado um auxiliar de enfermagem para realizar o Tratamento Supervisionado (TS). Destaca-se que no município em estudo os PCTs funcionam em Ambulatórios de Referência, UBDS e UBS, no entanto as equipes são fixas e o programa funciona em horário específico. Ressalta-se que a equipe de enfermagem exerce outras atividades programáticas na unidade de saúde além das atividades do PCT.

No município de RP-SP o suspeito de conter a TB adentra o PCT por meio de guias de referência emitidas pelas UBS, PSF/PACS e UBDS Central. E através de guias de contra-referência ou relatório médico dos hospitais (diagnóstico confirmado), clínicas particulares e convênios. No PCT o doente é avaliado e acompanhado no programa seja em Tratamento Supervisionado (TS) ou tratamento Auto-Administrado (AA). Ainda há 23,9% de tratamento AA (RP, EPI-TB, 2007) visto que a OMS preconiza 100% de TS. (WHO, 2008)

Destaca-se que a frequência do TS varia conforme característica dos doentes (alcoólatas, drogaditos, idosos, co-infectados, doentes que apresentam interações medicamentosas) que podem demandar mais atenção e visitas domiciliares (VD). O município segue o preconizado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT): TS três vezes por semana, porém há casos que ocorre duas ou cinco vezes por semana.

Dois PCTs do município, em 2007, realizam atendimentos aos doentes de TB do sistema prisional realizando diagnóstico e seguimento dos detentos.

Há ainda doentes que chegam ao PCT por demanda espontânea depois de campanhas pontuais ou esclarecimento da doença, o que demonstra uma discreta busca de sintomáticos respiratórios (SR) pelos serviços. O município conta com dois laboratórios conveniados com o SUS para realização das baciloscopias (Centro de análises clínicas da Universidade de Ribeirão Preto-UNAERP e Instituto Adolfo Lutz).

O município ainda conta com um abrigo para doentes sem moradia mantido pelo hospital Santa Casa de Misericórdia de RP onde eles se mantêm internados durante o tratamento. Os PCTs do município oferecem incentivos para doentes em tratamento como cestas básicas, leite e vale-transporte, sendo este último somente para doentes que não possuem condições de comparecer à unidade de saúde para consulta ou realizar exames.

#### 4.2 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

Para realizar o estudo foi utilizado um instrumento componente do Primary Care Assessment Tool (PCTA), formulado e validado para avaliar aspectos críticos da Atenção Primária em países industrializados, desenvolvidos na Universidade de Johns Hopkins (STARFIELD, 2002). Este instrumento foi adaptado e validado para o Brasil por Macinko e Almeida (2006) para avaliar a atenção básica com enfoque nas características organizacionais e de desempenho no município de Petrópolis/RJ. Este instrumento foi adaptado para atenção à tuberculose por Villa e Ruffino-Netto (2009).

Elaboraram-se três questionários (Anexo I, II e III) com as mesmas questões a serem respondidas pelos doentes de TB, profissionais de saúde e gestores, sendo realizado pré-teste com alguns informantes-chaves para identificar possíveis falhas no instrumento e sua aplicação.

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

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

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

Um dos responsáveis da pesquisa acompanhou os entrevistadores no trabalho de campo, com o intuito de complementar o treinamento e assegurar a superação de possíveis imprevistos.

Este trabalho utilizou 27 itens do questionário referentes à Coordenação da Assistência sendo 13 itens de coordenação 14 itens do elenco de serviços. Para a análise dos dados foi criado um banco de dados com 100 doentes, 16 profissionais de saúde e 17 gestores.

A coleta dos dados ocorreu nos meses de Junho a Agosto de 2007.

#### **Facilidades e dificuldades na realização da pesquisa**

Durante o processo de coleta de dados existiram facilidades e dificuldades a serem superadas que vale considerar.

##### Facilitadores

Realização de parceria com os serviços de saúde local;

Atenção dos profissionais de saúde na orientação dos pesquisadores quanto aos locais de risco durante a coleta de dados;

Permissão para acompanhamento nas visitas domiciliares para a realização do tratamento supervisionado que permitiu o primeiro contato e criação de vínculo com o doente e o entrevistador;

Agendamento de entrevista na mesma data do retorno da consulta médica;

Disponibilização de salas das unidades de saúde para entrevista dos doentes e dos horários de consulta dos doentes pelos profissionais de saúde para facilitar a coleta de dados pelos entrevistadores;

Periodicidade de Reuniões entre os pesquisadores locais para troca de informações e experiência durante o período de coleta de dados.

##### Dificultadores

Difícil acesso geográfico para a realização de algumas entrevistas, visto que alguns doentes eram moradores de favelas e assentamentos do movimento dos sem terra (MST);

Envolvimento de alguns doentes com o narcotráfico, dificultando a aplicação do questionário em horários específicos;

O baixo grau de alfabetização dos doentes dificultou a compreensão do questionário demandando mais tempo que o previsto no estudo piloto para a realização das entrevistas.

O estigma em relação à doença foi motivo de recusa na participação da pesquisa

Rotina do serviço de saúde dificultou a realização de entrevistas com os profissionais de saúde e gerentes das unidades básicas (indisponibilidade de horários) e dificuldade de alguns gestores em responder as questões sobre TB

#### 4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

##### Doentes de TB

A população do estudo compôs-se por 133 doentes de TB seguidos no PCT de Ribeirão Preto em Julho de 2007, sendo que a amostra constituiu-se de 100 doentes de TB que aceitaram participar do estudo.

Critérios de inclusão: maiores de 18 anos, residentes no município, estar em tratamento pelo menos há um mês, aceitar participar da pesquisa assinando o termo de consentimento da pesquisa.

Critérios de exclusão: ser presidiário

##### Profissionais de Saúde

Foram considerados todos os profissionais que atuam nas unidades de saúde selecionadas onde estão inseridos os Programas de Controle da Tuberculose; e que estejam em condições de oferecer informações sobre o serviço, sendo privilegiados os profissionais que estiverem há mais tempo executando a função. As categorias profissionais consideradas para o estudo foram: médico, enfermeiro e auxiliares e técnicos de enfermagem que prestam assistência aos doentes de TB. A população do estudo se constitui de 35 profissionais sendo a amostra composta por 16 profissionais de saúde que atuavam junto ao Programa de controle da Tuberculose (PCT).

##### Gerentes de Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Foram considerados os gerentes de unidades básicas de saúde que estão com pelo menos três anos ocupando o cargo de gerência. A população constituiu-se de 18 gerentes sendo que 17 compuseram a amostra estudada.

#### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

##### Análise descritiva dos dados

Foi realizada análise de frequência para verificar possíveis inconsistências nos bancos de dados, como erros na entrada ou omissão de respostas pelos respondentes e quantificar as categorias

de respostas observadas nos questionários dos doentes (Anexo I), profissionais (Anexo II) e gestores (Anexo III) para todas as variáveis. (Quadro 1 e Quadro 2)

Quadro 1– Rótulo das variáveis de coordenação

<b>RÓTULO</b>	<b>Variáveis de coordenação</b>
C1	Atendimento pelo mesmo profissional durante a consulta.
C2	Profissional conversa sobre outros problemas de saúde.
C3	Profissional anota queixas no prontuário.
C4	Profissional pega prontuário durante a consulta.
C5	Disponibilidade dos resultados de exames na unidade de saúde
C6	Recebimento de aviso de agendamento
C7	Encaminhamento para consulta com especialista
C8	Discussão/indicação de local de atendimento em caso de encaminhamento
C9	Recebimento ajuda profissional de saúde para marcar consulta com especialista
C10	Recebimento de comprovante de consulta com especialista
C11	Fornecimento de informações escritas ao especialista pelo profissional de saúde
C12	Retorno do doente com informações escritas do especialista
C13	Discussão dos resultados da consulta do especialista com profissional de saúde
C14	Preocupação e interesse do profissional acerca do atendimento que o doente recebe em outro serviço

Quadro 2 – Rótulo das variáveis de elenco de serviços

RÓTULO	Variáveis de elenco de serviços
E1	Freqüência de oferecimento de pote de escarro para diagnóstico.
E2	Freqüência de oferecimento de Prova tuberculínica.
E3	Freqüência de oferecimento de sorologia anti-HIV/AIDS.
E4	Freqüência de oferecimento de pote de escarro para controle.
E5	Freqüência de oferecimento de consulta médica controle.
E6	Freqüência de oferecimento de cesta básica/vale alimentação.
E7	Freqüência de oferecimento de vale transporte.
E8	Freqüência de oferecimento de informação sobre a TB e tratamento.
E9	Freqüência de oferecimento de educação em saúde.
E10	Freqüência de oferecimento de visita domiciliar durante tratamento TB.
E11	Freqüência de oferecimento de visita domiciliar por motivo diferente da TB.
E12	Freqüência de oferecimento participação/formação de grupo de doente.
E13	Freqüência de oferecimento de Tratamento Supervisionado.

#### Construção de indicadores

Um indicador corresponde ao valor médio das respostas de cada item do questionário. (Pereira 2004) Foram construídos indicadores para todas as variáveis do estudo e foram adotados qualificadores como os adjetivos “insatisfatório, regular e satisfatório” para os valores dos escores. “1 e 2”, “3” e “4 e 5” dos indicadores construídos para o estudo (Figura 2 e 3).

#### Comparação entre os três informantes com relação aos indicadores construídos

Para comparar as respostas dos três atores chaves, os indicadores foram submetidos à análise de variância requerida pela ANOVA paramétrica (teste F), sendo verificada a suposição de igualdade de variância (homocedasticidade) com o uso do teste de Levene. (CALLEGARI-JACQUES, 2003) O

teste F permite verificar se a diferença entre as médias de dois ou mais grupos é estatisticamente significativa.

A ANOVA é um procedimento estatístico robusto e fornece resultados confiáveis mesmo com considerável heterocedasticidade, desde que os tamanhos amostrais sejam iguais ou aproximadamente iguais. Também é razoavelmente robusto ainda que a variável em estudo tenha uma distribuição bastante desviada da normal, especialmente se os  $n$  são grandes. Se, no entanto, os dados afastam-se excessivamente das pressuposições, a solução é usar a transformação nos dados ou um teste não-paramétrico; neste caso, o teste não-paramétrico indicado é o de Kruskal-Wallis. (CALLEGARI-JACQUES, 2003)

No entanto, todos os indicadores violaram o teste paramétrico e foram submetidos ao teste H não-paramétrico (Kruskal-Wallis). Os 14 indicadores de coordenação violaram o segundo teste paramétrico, sendo utilizado apenas a média e intervalo de confiança para comparação entre os três informantes. Os 13 indicadores de elenco passaram pelo segundo teste, sendo submetidos à comparações múltiplas entre os três grupos analisados através do Teste de Dunn.

O teste de Dunn é um teste não-paramétrico de comparação múltipla de médias que permite identificar diferenças significativas entre amostras de grupos independentes analisados tomados dois a dois. (CALLEGARI-JACQUES, 2003) O nível de significância estatística de 5% foi adotado para todos os testes. Os resultados destes indicadores foram apresentados em forma de médias e respectivos intervalos de confiança. .

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (Anexo IV), atendendo às recomendações contidas na resolução 196/96 CNS (protocolo de número 0762/2007).

## *5. RESULTADOS*

---



## 5.1 INDICADORES DE COORDENAÇÃO

O Quadro 3 traz as variáveis relacionados à coordenação que aponta para a relação do PCT e diferentes serviços com suas respectivas freqüências segundo as categorias de respostas Nunca/Quase nunca, Às vezes, Quase sempre/Sempre fornecidas pelos três informantes: doentes, profissionais de saúde e gestores.

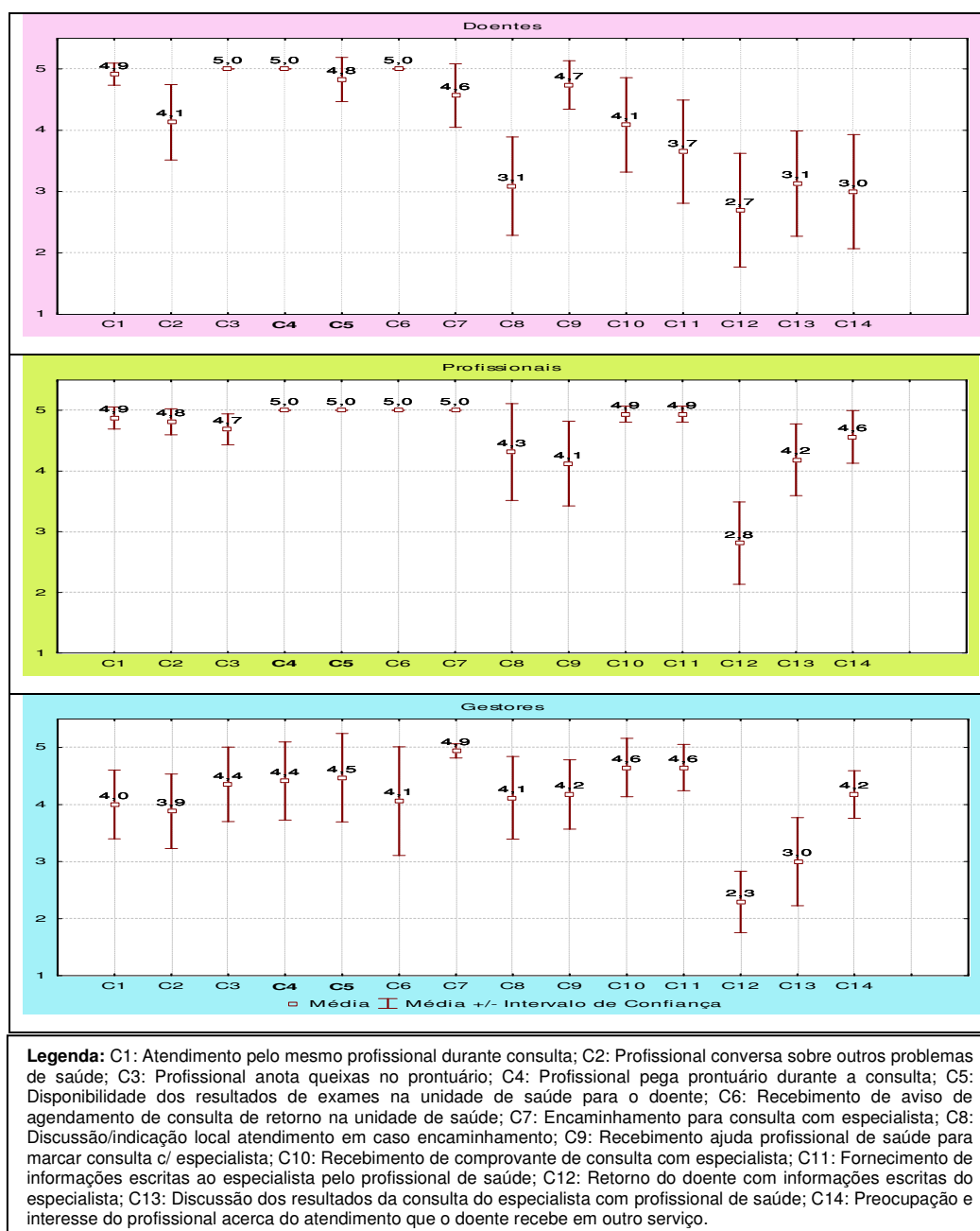
Quadro 3: Distribuição das freqüências absolutas e relativas das variáveis de coordenação, segundo doentes, profissionais e gestores, RP, 2007.

Descrição Variáveis/Informantes (n)		Nunca/Quase nunca n (%)	Às vezes n (%)	Quase sempre /Sempre n (%)
C1	D (23)	-	1 (4)	22 (96)
	P (16)	-	-	16 (100)
	G (17)	2 (12)	2 (12)	13 (76)
C2	D (23)	3 (13)	3 (13)	17 (74)
	P (16)	-	-	16 (100)
	G (16)	-	4 (25)	12 (75)
C3	D (23)	-	-	23 (100)
	P (16)	-	-	16 (100)
	G (16)	-	1 (6)	15 (94)
C4	D (23)	-	-	23 (100)
	P (16)	-	-	16 (100)
	G (15)	-	-	15 (100)
C5	D (23)	1 (4)	-	22 (96)
	P (16)	-	-	16 (100)
	G (16)	1 (6)	-	15 (94)
C6	D (23)	-	-	23 (100)
	P (16)	-	-	16 (100)
	G (15)	1 (7)	1 (7)	13 (87)
C7	D (23)	2 (9)	1 (4)	20 (87)
	P (16)	-	-	16 (100)
	G (17)	-	-	17 (100)
C8	D (23)	9 (39)	4 (17)	10 (43)
	P (16)	3 (19)	-	13 (81)
	G (17)	3 (18)	-	14 (82)
C9	D (23)	1 (4)	1 (4)	21 (91)
	P (16)	2 (13)	3 (19)	11 (69)
	G (17)	1 (6)	4 (24)	12 (71)
C10	D (22)	4 (18)	-	18 (82)
	P (16)	-	-	16 (100)
	G (17)	1 (6)	-	16 (94)
C11	D (22)	6 (27)	1 (5)	15 (68)
	P (16)	-	-	16 (100)
	G (17)	1 (6)	-	16 (94)
C12	D (20)	9 (45)	1 (5)	10 (50)
	P (15)	6 (40)	5 (33)	4 (27)
	G (16)	7 (44)	8 (50)	1 (6)
C13	D (21)	7 (33)	3 (14)	11 (52)
	P (16)	1 (6)	2 (13)	13 (81)
	G (15)	2 (13)	6 (40)	7 (47)
C14	D (21)	9 (43)	-	12 (57)
	P (16)	-	3 (19)	13 (81)

	G (17)	-	4 (24)	13 (76)
--	--------	---	--------	---------

**Legenda:** C1: Atendimento pelo mesmo profissional durante consulta; C2: Profissional conversa sobre outros problemas de saúde; C3: Profissional anota queixas no prontuário; C4: Profissional pega prontuário durante a consulta; C5: Disponibilidade dos resultados de exames na unidade de saúde para o doente; C6: Recebimento de aviso de agendamento de consulta de retorno na unidade de saúde; C7: Encaminhamento para consulta com especialista; C8: Discussão/indicação local atendimento em caso encaminhamento; C9: Recebimento ajuda profissional de saúde para marcar consulta c/ especialista; C10: Recebimento de comprovante de consulta com especialista; C11: Fornecimento de informações escritas ao especialista pelo profissional de saúde; C12: Retorno do doente com informações escritas do especialista; C13: Discussão dos resultados da consulta do especialista com profissional de saúde; C14: Preocupação e interesse do profissional acerca do atendimento que o doente recebe em outro serviço.

Para melhor visualização dos resultados apresentamos a distribuição das médias de respostas dos indicadores de coordenação, respectivos intervalos de confiança, segundo o tipo de entrevistado, conforme figura 2.



**Figura 2-** Distribuição das médias e intervalos de confiança de Indicadores de coordenação, segundo informantes, Ribeirão Preto-SP, 2007.

De acordo com a figura 2, apenas os indicadores “*Fornecimento de informações escritas ao especialista pelo profissional de saúde*” e “*Preocupação e interesse do profissional acerca do atendimento que o doente recebe em outro serviço*”, apresentaram diferença estatística significativa, mostrando a discordância de opinião entre doentes e profissionais.

Para o restante dos indicadores não houve diferença estatisticamente significativa sendo que os informantes apresentaram opinião satisfatória e concordante, à exceção de alguns indicadores avaliados insatisfatoriamente (*retorno do doente com informações escritas do especialista*) e outros avaliados regularmente (*discutir locais de atendimento, discussão dos resultados de consulta em outro serviço*).

## 5.2 INDICADORES DE ELENCO DE SERVIÇOS

O Quadro 4 traz os indicadores de elenco de serviços que aponta para a coordenação no PCT com seus respectivos valores médios, desvio padrão e a relação de concordância ou discordância entre os informantes.

Quadro 4: Indicadores, valores médios, desvio padrão, relação entre informantes, e valor de p dos indicadores de elenco de serviços para a coordenação no PCT.

Indicadores	Doente (n=100)	Profissional (n=16)	Gestores (n=17)	Relação entre os atores	Teste de Dunn
	Média DP	Média DP	Média DP		
E1-Pote de escarro Diagnóstico	4,42 1,34	4,93 0,25	4,82 0,72	d=p d=g p=g	p=1,0000 p=1,0000 p=1,0000
E2-Prova Tuberculínica	2,07 1,65	4,62 0,71	1,88 1,65	d≠p d=g p≠g	p=0,0001 p=1,0000 p=0,0002
E3-Sorologia para exame HIV/AIDS	4,30 1,46	4,87 0,34	4,76 0,97	d=p d=g P=g	p=1,0000 p=1,0000 p=1,0000
E4-Pote de escarro para controle	3,93 1,53	4,93 0,25	4,88 0,33	d=p d=g p=g	p=0,0873 p=0,1476 p=1,0000
E5-Consulta controle da TB	4,93 0,40	5,00 0,00	2,70 1,92	d=p d≠g p≠g	p=1,0000 p=0,0001 p=0,0012
E6-Cestas-básica/vale- alimentação	4,15 1,61	5,00 0,00	2,29 1,96	d=p d≠g p≠g	p=0,4886 p=0,0029 p=0,0011
E7-Entrega de vale transporte	2,42 1,86	4,81 0,40	2,00 1,65	d≠p d=g p≠g	p=0,0001 p=1,0000 p=0,0004
E8-Informação sobre a TB e tratamento	4,65 0,99	5,00 0,00	4,76 0,56	d=p d=g p=g	p=1,0000 p=1,0000 p=1,0000
E9-Educação em saúde-tema diferente TB	3,40 1,86	4,31 0,79	4,52 0,62	d=p d=g p=g	p=1,0000 p=0,4225 p=1,0000
E10-Visita domiciliar durante tto TB	3,72 1,47	4,87 0,34	3,76 1,82	d≠p d=g p=g	p=0,0205 p=1,0000 p=0,2146
E11-Visita domiciliar motivo diferente TB	1,16 0,63	4,25 0,77	4,41 0,79	d≠p d≠g p=g	p=0,0001 p=0,0001 p=1,0000
E12-Participação /formação grupos doente TB	1,05 0,41	1,50 1,09	1,76 1,39	d=p d=g p=g	p=0,4387 p=0,2047 p=1,0000

E13-Frequência Tratamento Supervisionado	3,55	4,56	1,94	d=p	p=0,1206
	1,52	0,51	1,95	d=g	p=0,0083
				p≠g	p=0,0003

Fonte: Doentes, profissionais de saúde e gestores, RP, 2007.

O Quadro 4 traz os valores médios dos indicadores do elenco de serviços, a relação entre os doentes, profissionais e gestores e valores de p para o teste de comparação múltipla entre grupos independentes (Teste de Dunn). Apresenta-se a seguir, para melhor visualização dos resultados, a distribuição das médias dos indicadores do elenco de serviços e respectivos intervalos de confiança, de acordo com cada tipo de entrevistado, como se segue abaixo.

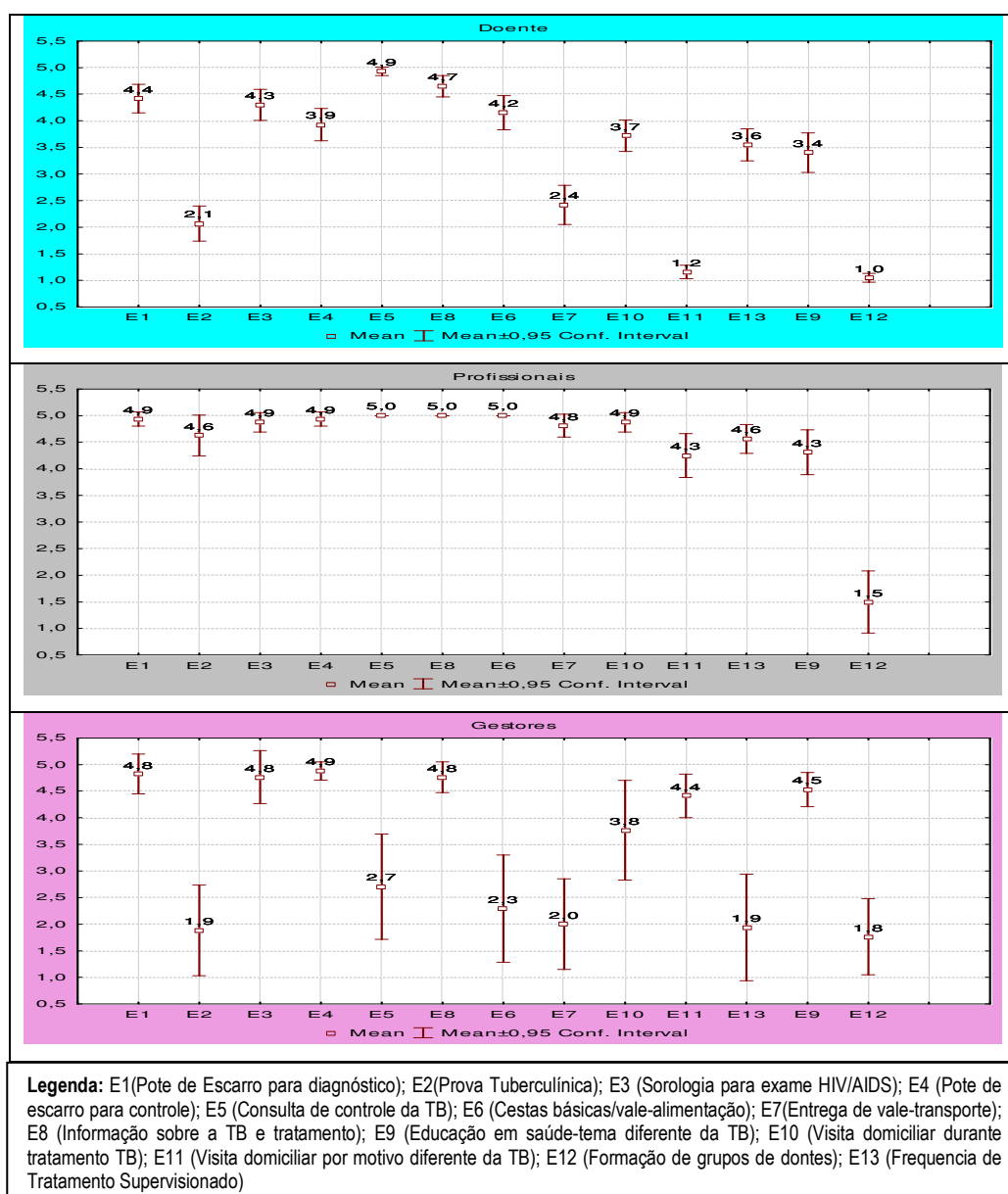


Figura 3: Distribuição das médias e intervalos de confiança dos indicadores de elenco de serviços, segundo informantes, Ribeirão Preto-SP, 2007.

De acordo com a figura 3 e o Quadro 4, houve diferença estatística significativa em relação aos seguintes indicadores: oferecimento de prova tuberculínica, consulta de controle da TB, oferecimento de cestas básicas/vale-alimentação, entrega de vale-transporte, visita domiciliar durante tratamento da TB e visitas por diferentes motivos e Frequência de Tratamento Supervisionado.

Os gestores consideraram regulares as consultas de controle da TB, oferecimento de cestas básicas e visitas domiciliares durante o tratamento da TB. *Doentes e gestores* consideraram insatisfatória a *entrega de vale-transporte e realização da prova tuberculínica*. Doentes avaliaram insatisfatoriamente a *freqüência de visitas domiciliares por motivos diferentes da TB*, e, em consonância com gestores consideraram regular a *freqüência de visitas realizadas durante o tratamento*. A freqüência do tratamento supervisionado (TS) foi considerada insatisfatória segundo gestores. Para os profissionais de saúde as ações do programa estão satisfatórias, exceto a *formação de grupos de apoio aos doentes*, o que foi compartilhado pelos demais informantes.

Os demais indicadores foram avaliados satisfatoriamente, no entanto, nota-se pelo quadro 4 e figura 2, que o indicador *oferecimento de pote de escarro para controle da doença*, a média de resposta e intervalo de confiança no grupo dos doentes apontam para uma diferença estatística em relação aos profissionais e gestores, não confirmados pelo teste de Dunn.

Logo, parece pertinente argüir se de fato não há diferença entre os grupos para este indicador ou se apenas se trata de valores que apresentaram maior variabilidade quanto ao desvio padrão/intervalo de confiança. (O teste H/Kruskal Wallis, não-paramétrico, detectou a diferença entre os grupos com  $p$  igual a 0,003. A diferença encontra-se no grupo dos doentes que apresentaram média de 3,93 cujo desvio padrão foi de 1,53, relativamente maior que dos outros grupos apresentados).

## 6. DISCUSSÃO

---

### 6.1 A COORDENAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

O quadro 3 e a figura 2 mostram o desempenho das variáveis e indicadores de coordenação que remete a relação entre os diferentes pontos de atenção. De acordo com a figura 2, é possível identificar que há um bloco de indicadores concordantes entre os três atores, os quais apontam para elementos assistenciais e de suporte ao tratamento do doente de tuberculose, relacionados à referência e contra-referência que permite uma continuidade no processo de atenção do doente de TB ao longo do sistema de saúde na medida em que possibilitam um cuidado centrado no doente de TB ao longo do tempo e em vários lugares de atenção. (HOFMARCHER, OXLEY, RUSTICELLI, 2007).

A avaliação satisfatória destes indicadores denota que há um reconhecimento pelos três atores de que existe uma equipe de saúde especializada, a qual é referência para atenção à TB; e uma organização do sistema de informação local que permite o conhecimento do doente sob variados aspectos. Verifica-se por meio destes elementos que a organização dos serviços de saúde na atenção à tuberculose permite que a coordenação da atenção tenha elementos para potencializar o vínculo dos profissionais de saúde com o doente, a organização interna de seu trabalho permite o conhecimento do doente e oferecem elementos de informação para o sistema de referência quando o doente necessita.

Autores de um estudo a respeito da coordenação da assistência em diferentes países afirmam que o manejo ou gestão de caso é uma das ferramentas da coordenação que inclui “a responsabilidade pela referência, consultas, prescrições de terapias, admissão em hospitais, e seguimento do cuidado”. (HOFMARCHER, OXLEY, RUSTICELLI, 2007 p.14)

Se houver necessidade de encaminhamento do doente de TB para outros pontos de atenção, e esta necessidade é percebida pelo olhar atento e ampliado do profissional sobre o sujeito, será preciso o desenvolvimento de outras ações pelos profissionais de saúde que viabilizem a referência do doente de um local para outro (do PCT para hospitais, serviços de raio X, etc.) como conversar sobre outros problemas de saúde, discutir ou indicar locais para atendimento, entre outros.

Este estudo apontou para avaliação satisfatória destes indicadores, uma vez que os profissionais do PCT seguem o protocolo de atendimento e que há uma preocupação dos profissionais desta equipe especializada do PCT e dos gestores em garantir ações e serviços a fim de alcançar a resolubilidade do caso, sendo essa equipe uma referência para o doente, conforme esclarecido anteriormente. Alguns autores definem equipe de referência como arranjo organizacional e metodologia para gestão do trabalho em saúde, cuja conformação se dá por profissionais considerados essenciais para condução de problemas de saúde dentro de certo campo de conhecimento, com objetivo de ampliar as possibilidades de realização da clínica ampliada, onde a equipe prestadora do cuidado



percebe as diferenças entre as pessoas com a mesma doença e produz propostas terapêuticas diferentes e adequadas. Isto deverá estar relacionado à capacidade de diálogo da equipe e autonomia dos sujeitos. (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Entretanto, este estudo depara-se com a avaliação regular dos doentes de TB em relação à participação do doente no processo terapêutico. Parece que, o modo como as equipes dos PCTs organizam a atenção, não oferece condições para a participação efetiva do doente no processo decisório ou escolha do serviço a ser referenciado evidenciando o forte predomínio do modelo curativista centrado na técnica e na doença, e não no indivíduo indicando precariedade e incipiência da co-responsabilização.

Na Holanda, onde os médicos generalistas realizam a função reguladora do paciente no sistema de saúde, usuários do sistema de saúde quando questionados acerca de suas experiências e as preferências na escolha de provedores durante a transição do atendimento (o equivalente ao processo de referência e contra-referência) entre serviços de atenção primária e secundária, apontaram para a descontinuidade dos serviços de atenção secundária para a atenção primária, e, somados a isto eles não desejaram e nem se sentiram capazes o bastante para escolher livremente um provedor (hospital ou serviço) para seu atendimento nestes serviços, pois alegaram que poderiam julgar o tipo de hospital que escolheriam para ser referenciados, mas não poderiam julgar a *performance* ou o desempenho dos especialistas que os atenderiam nestes serviços. (BERENDSEN et al., 2009).

Entretanto, Campos e Domitti (2007) afirmam que o processo de referência e contra-referência pode ser personalizado à medida que um profissional de saúde estimule e facilite o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio, alterando a função das centrais de regulação que ficariam apenas com a função de regular urgências. Estes profissionais são definidos por este autor como apoio matricial, os quais necessitam possuir conhecimentos específicos e serem capazes de agregar recursos do saber abrindo espaço para comunicação ativa e o compartilhamento deste conhecimento com os profissionais de referência contribuindo com intervenções que aumentem a capacidade resolutiva dos problemas de saúde da equipe responsável pelo caso assegurando maior eficácia e eficiência do trabalho em saúde, e investindo na construção da autonomia dos usuários. (CAMPOS; DOMITTI, 2007)

Os resultados desta pesquisa mostram que, em relação ao fluxo de informações entre os serviços, durante os mecanismos de referência e contra-referência para o atendimento do doente de TB, houve discordância entre doentes e profissionais em relação ao indicador *Fornecimento de informações escritas ao especialista pelo profissional de saúde os quais avaliaram de forma regular e*

satisfatória, respectivamente; e insatisfação dos três informantes quanto ao *retorno do doente com informações escritas do especialista, ou seja, a contra-referência*.

Em relação a estes resultados, cabe destacar que no município em estudo, quando o doente de TB necessita de consulta com especialista, o profissional da equipe do PCT, onde o doente recebe tratamento, realiza o encaminhamento do doente após agendamento prévio na unidade de referência acompanhado de formulário contendo todas as informações necessárias ao seu atendimento (motivo do encaminhamento, resumo história clínica, resultados de exames, etc). Quem realiza esse agendamento é a secretaria municipal de saúde que realiza o contato com a central de regulação de leitos, vagas e consultas, ou seja, o formulário de encaminhamento é recolhido por um funcionário da SMS e quando se consegue a consulta o formulário é devolvido ao PCT que fica com a incumbência de comunicar o doente (via correio, telefone, visita domiciliar ou durante retorno no PCT) de que a vaga está disponível e encaminhá-lo junto com este formulário (guia de referência) para outro ponto de atenção para realizar tal consulta. De fato, percebe-se que o doente não participa deste processo interno aos serviços, entretanto ele não é conduzido a outro ponto de atenção sem informação escrita, já que isto se dá mediante este complexo regulador no município em estudo. Os doentes entrevistados avaliaram de forma regular a quantidade de informações escritas disponibilizadas no formulário, tanto para levar ao especialista, quanto ao que o especialista escreveu para devolver ao profissional do PCT. Seria necessário um futuro estudo qualitativo para analisar as peculiaridades em relação a este processo.

Nos EUA um estudo transversal com 250 pacientes portadores de condições crônicas mostrou que durante o processo de referência, a transferência de informações do médico de atenção primária para o especialista tem sido crítica. 85% dos pacientes avaliam de forma satisfatória a informação recebida pelos médicos que o referenciaram para os especialistas. Apesar disto, dos pacientes que receberam informações escritas 16% avaliaram a qualidade da informação a respeito de seu diagnóstico e tratamento incompletos. Em contrapartida, os pacientes entrevistados julgaram mais a instrução escrita recebida em relação à hora e local para a visita marcada com especialista, avaliando como adequados, enquanto que 15% destes pacientes nada receberam por escrito. Os pacientes pensam que a quantidade da informação preparatória que eles receberam foi adequada, mas a informação específica que eles necessitavam foi incompleta. Os resultados deste estudo apontaram para forte associação da qualidade da informação oferecida pelo médico da atenção primária ao doente, ao referenciá-lo ao especialista, com a satisfação da coordenação da assistência. (IRESON et al., 2009)

Por outro lado, os resultados indicaram que a contra-referência foi avaliada insatisfatoriamente pelos doentes de TB, profissionais e gestores, ou seja, o retorno de informações escritas pelo especialista direcionado ao serviço que referenciou o doente. Isto torna claro que há dificuldade em

assegurar o registro de informações pelas equipes nos diferentes serviços, o que pode dificultar a conduta a ser tomada por estes profissionais, se conformando em obstáculo para continuidade do tratamento.

Ainda em relação à devolutiva de informação durante o processo de atenção de usuários nos sistemas de saúde, há estudos que apontam para insatisfação dos usuários quanto ao tempo de retorno de informações dos especialistas do nível de atenção secundário para médicos generalistas do nível de atenção primária, insatisfação quanto ao conteúdo de informações (incompletas), e identificou queixa dos profissionais de atenção primária com o não recebimento de informações de especialistas de outro nível de atenção (BERENDSEN et al., 2009); e estudos que apontam para problemas de preenchimento nos instrumentos/guias de referência provenientes da atenção básica, como “ilegibilidade e falta de descrição do tempo de duração da queixa do paciente” e outros dados importantes para definição do diagnóstico ou resolução para os problemas apresentados. (SANTOS, 2008).

No Brasil, a prática de referência e contra-referência é exercida como uma diretriz pactuada de um serviço, como um dos focos de gestão, para assegurar a continuidade do cuidado; e, para seu desenvolvimento é preciso capacitação e educação permanente na ampliação da clínica e no domínio das técnicas de relação. (SILVA JÚNIOR et al., 2006)

A importância de um médico ou prestador de atenção primária, ou especialista capazes de coordenar a transição de informação de um serviço à outro para melhorar a coordenação da assistência foi relatada em alguns estudos (IRESON et al., BERENDSEN et al., 2009; CAMPOS, DOMITTI, 2007), o que seria de grande importância se ocorresse o mesmo feito na atenção à TB. A coordenação do cuidado deve ser realizada de forma sistemática e estruturada com clareza de papéis, responsabilidades e forte monitoramento (MENDES, 2009)

Ainda em relação ao fluxo de informação destaca-se que no município em estudo não há um sistema de informação que integre a rede de serviços do SUS, o qual poderia auxiliar gestores e profissionais de saúde a planejar cuidadosamente as ações e serviços, reduzir custos, aumentar a efetividade e eficiência de serviços que compõe o sistema público, uma vez que, os vários sistemas de informação utilizados em cada nível hierárquico, dificultam o monitoramento do doente e a integração destes serviços. Estudos que avaliaram a tuberculose apontam para a descontinuidade do fluxo de informação na assistência à tuberculose e para a necessidade de organizar fluxos e contra-fluxos dos doentes entre os diferentes serviços e níveis de atenção (MUNIZ et al., 2005; MONROE et al., 2008).

Nogueira (2009) ao analisar os sistemas de informação no controle da TB no Estado da Paraíba (Brasil) identificou a deficiência do fluxo de informação entre unidades de saúde ou entre municípios ocasionando demora no processo de transferência dos dados relacionados ao doente

indicando integração precária entre estes diferentes profissionais já que os mesmo participam ativamente da construção da informação. (NOGUEIRA et al., 2009)

Ainda relacionado ao mecanismo de referência e contra-referência do doente de TB, nota-se a participação passiva do doente no processo de atenção e decisão do tratamento que pode ser verificada pela avaliação regular de doentes e gestores acerca da *discussão dos resultados da consulta com especialista* e da *preocupação e interesse na qualidade do atendimento recebido pelo doente em outro serviço* evidenciando fragilidade da co-responsabilização pelo cuidado.

Esta falta de envolvimento do doente no processo do cuidado foi percebida em outro estudo onde todos os pacientes entrevistados (maioria com condições crônicas) consideraram importante serem tratados com seriedade pelos médicos de atenção primária e especialistas. E que estes, deveriam ouvi-los atentamente proporcionando recursos e informações corretas, informando-os quanto às vantagens e desvantagens de tratamentos e referências, tornando possível a participação dos mesmos no processo de decisão. (BERENDSEN et al., 2009) Curiosamente, outra experiência realizada na Holanda apontou que a maioria dos pacientes referenciados envolveu-se no processo decisório do próprio tratamento com o especialista, além de trazer informações sobre o seu seguimento para os médicos de referência ou prestador de atenção primária. (IRESON et al., 2009)

Cunha (2007) ao discorrer acerca da construção da clínica ampliada na atenção básica refere que serviços que utilizam protocolos tendem a ser ótimos para situações de urgência e emergência ou doenças muito graves, pois são ferramentas de gestão altamente respeitadas, no entanto eles tendem a ser limitado para situações mais complexas e doenças crônicas, pelo fato de que o trabalho incorporado à rotina tenciona os trabalhadores a desenvolver o trabalho de forma acrítica.

Ainda assim, considera-se necessário estimular o doente de TB como agente ativo neste contexto, sensibilizando os profissionais e gestores a desenvolver o empoderamento por meio da participação ativa do doente de TB como agente neste contexto, sensibilizando os profissionais e gestores acerca da ampliação do poder do usuário, além de fortalecer o desenvolvimento de co-responsabilização pelo conjunto de necessidades e problemas identificados durante a assistência.

Em um segundo bloco de resultados, conforme indicado pelo quadro 4 e a figura 3, temos o desempenho dos indicadores que representam o elenco de serviços utilizados na coordenação da atenção exclusivamente no PCT, os quais conferem um caráter técnico à coordenação, pois são indicadores, em sua maioria, direcionados ao suporte do tratamento do doente de TB.

São ações apropriadas para auxiliar no manejo da TB e oferecer continuidade da assistência no PCT quando há ausência de necessidades de encaminhamento do doente. Neste sentido, tem-se que em relação ao oferecimento de *pote de escarro para diagnóstico*, *pote de escarro para controle* e

*sorologia anti-HIV*, os resultados apontam que, doentes, profissionais e gestores avaliaram estes indicadores satisfatoriamente.

Este resultado pode ser explicado pelo fato de que há um protocolo de atendimento da tuberculose nos PCTs, como afirmado anteriormente, no qual o doente recebe atendimento por equipes especializadas cujas ações diagnósticas e de controle são instituídas e programadas, como o oferecimento ao suspeito de tuberculose do pote para coleta e análise do escarro através da baciloscopia que permitirá identificar o paciente bacilífero que transmite continuamente a doença na ausência de tratamento (CASTELO FILHO et al., 2004; WHO, 1999).

O oferecimento de pote de escarro para diagnóstico está diretamente ligado à busca de sintomáticos respiratórios. Para se ter maior impacto na interrupção da cadeia de transmissão da TB é necessário que os serviços de saúde não centrem apenas no tratamento do doente e amplie a detecção de casos pela busca de sintomáticos respiratórios. Segundo dados não consolidados das baciloscopias solicitadas pelo sistema da rede básica do município têm ocorrido aumento de pedidos de baciloscopias de modo geral, no entanto, as unidades mais solicitantes são as que situam os PCTs e não as unidades da rede básica. Os dados apontam a existência de pontos de estrangulamento no sistema havendo a necessidade de fortalecimento da busca ativa de casos no município, o que têm sido apontados em alguns estudos (MUNIZ et al., 2005; MONROE et al., 2008) Neste sentido há continuidade destas ações para o doente que está no PCT, no entanto o mesmo não parece ocorrer com os casos que não estão sendo diagnosticados pela rede básica, podendo haver subnotificação.

Outro ponto que merece destaque é o fluxo de retorno de resultado destas baciloscopias. As diretrizes do PCT preconizam que os resultados devem chegar as unidades da rede ambulatorial em 24 hs. Estudo sobre a busca de sintomático respiratório em municípios prioritários do estado de São Paulo, o qual incluiu o município de Ribeirão Preto, aponta que em 64% dos municípios prioritários o tempo de entrega dos resultados das baciloscopias ocorre em 24 horas; 18% recebem os resultados em até três dias e 18% a espera pelo resultado dura cerca de 1 a 2 semanas. (OLIVEIRA, 2006).

A autora disserta que a agilidade para a divulgação dos resultados de exames é influenciada pela estrutura física, recursos humanos e articulação entre serviço e laboratório, sendo que os municípios de maior porte promoveram municipalização da rede de laboratórios promovendo maior agilidade o que não ocorre com os municípios de menor porte que possuem convênios com laboratórios de referência. (OLIVEIRA, 2006) Este dado indica falha na coordenação ou gerenciamento da informação acarretando em descontinuidade do processo de atenção à medida em há demora em fornecer o diagnóstico favorecendo a disseminação e descontrole da doença.

Ressalta-se que as baciloscopias para o controle são realizadas para acompanhar a eficácia ou não do tratamento medicamentoso conferindo continuidade. (BRASIL, 2004).

Em relação ao oferecimento do exame para detectar co-infecção com o HIV, os resultados apontaram satisfação dos informantes entrevistados em relação a este indicador. A co-infecção pode trazer implicações para a terapêutica da tuberculose e HIV/AIDS, predispondo agravamento clínico. O programa oferece ainda o exame para detectar co-infecção com o HIV que se constitui em protocolo clínico instituído na atenção à TB e aconselhamento (BRASIL, 2004). No período em estudo (2007) havia 24,4% de pacientes de TB com HIV de um universo de 180 casos de tuberculose. (TB-WEB, 2009)

Um estudo que analisou a situação e interação da TB e AIDS no Brasil destaca que programas de TB e de AIDS separados geograficamente dificultam e encarecem o acesso à atenção, contribuindo para uma menor adesão ao tratamento; pois os indivíduos co-infectados necessitam de atenção integral e atendimento em ambos os programas, sendo necessária a articulação entre os mesmos, já que a forte interação destas duas doenças demanda que haja interação das ações de controle desenvolvidas por estes dois programas. Seus autores ainda afirmam que o trabalho articulado dessas duas áreas permitirá melhor gerenciamento dos recursos direcionados para treinamento de pessoal para o diagnóstico das duas infecções/doenças e para o controle dos respectivos tratamentos. (JAMAL; MOHERDAUI, 2007)

Estes mesmos autores ressaltam a demora na entrega de resultados da sorologia anti-hiv em alguns serviços, os quais poderiam ser realizados utilizando testes mais rápidos em ambulatórios de TB (JAMAL; MOHERDAUI, 2007), sendo a TB considerada doença definidora do diagnóstico da AIDS (Soares et al., 2006).

O oferecimento da prova tuberculínica foi considerado satisfatório apenas pelos profissionais de saúde discordando de doentes e gestores. Destaca-se que a prova tuberculínica é um exame de apoio diagnóstico da TB, principalmente em co-infectados TB/HIV, em pacientes imunossuprimidos, em crianças comunicantes de doentes e suspeitos da doença, sendo que para as crianças deve-se ter cautela na interpretação do teste devido à vacina BCG, ou em outras situações especiais como imunossuprimidos. (Brasil, 2004) Sendo considerado um “indicador de qualidade do serviço” (JAMAL; MOHERDAUI, 2007) permite verificar apenas a presença ou ausência de infecção em pessoas sem a vacina BCG. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005) Neste sentido, vale pontuar que para o doente não existe plena compreensão da prova tuberculínica, entretanto o profissional possui e detém esse conhecimento, por outro lado, os gestores não detêm elementos técnicos para falar com propriedade acerca de um exame bastante específico como a prova tuberculínica.

Outro elemento importante para a coordenação da assistência e manejo são as consultas médicas realizadas para o acompanhamento da evolução do doente em relação ao tratamento. O

indicador *oferecimento de consultas de controle de TB* foi avaliado satisfatoriamente por doentes e profissionais enquanto que os gestores avaliaram de modo insatisfatório.

Da mesma forma que a discussão anterior, na percepção de doentes e profissionais o oferecimento de consultas é um fato mais concreto, pois é parte do cotidiano do trabalhador e do doente. O próprio profissional do PCT lembra o doente sobre a próxima consulta, no entanto os gestores discordaram avaliando este indicador insatisfatoriamente. Nota-se que há um desconhecimento dos gestores acerca de algumas ações fundamentais para o controle da tuberculose como mostra este resultado. Protti (2008) ao analisar as ações gerenciais do controle da tuberculose na atenção básica no mesmo município em estudo, verificou que, nas falas dos gerentes de unidades básicas de saúde emergiram o desconhecimento e o pouco conhecimento dos mesmos em relação ao PCT e as ações de controle da TB. A autora notou que estes gestores transferem a responsabilidade destas ações para estes programas justificando ser da competência dos mesmos; e ainda argumenta que *“parece que os gerentes são alheios à realidade da TB no âmbito de sua jurisdição”* corroborando com os resultados apresentados. Estudo realizado no mesmo município mostra a forma inflexível como alguns gerentes exercem suas funções no qual seu trabalho é permeado de atividades burocráticas sendo que 68,8% dos gerentes nunca participaram das discussões e definição de aplicação de recursos para o PCT, caracterizando um descompasso no nível local na medida em que os gerentes não participam de fóruns de definição e aplicação de recursos para a temática em questão, o que segundo a autora pode implicar na organização das ações de controle comprometendo a incorporação de incentivos e sua continuidade. (PROTTI, 2008)

Acresce-se que a coordenação da assistência pode ser verificada ainda por outros instrumentos como a educação em saúde, que está envolta pela comunicação como o fornecimento de informações e desenvolvimento de grupos de apoio. Este estudo aponta que os indicadores foram avaliados satisfatoriamente pelos doentes, profissionais e gestores, no entanto, o indicador *“formação de grupos para doentes de TB”* aponta para insatisfação dos três informantes mostrando que não há experiências de formação de grupos de apoio aos doentes de tuberculose no município em estudo. Isto nos leva a refletir qual será o enfoque desta educação em saúde oferecida aos doentes de TB, e se a mesma não está centrada apenas na doença, pois as atividades desenvolvidas em grupo constituem-se em ação inovadora e traz elementos para potencializar o sujeito.

A comunicação e a informação em TB devem conscientizar os sujeitos acerca da doença a partir do diálogo e a participação entre os atores centrais, promovendo a sensibilidade em relação à doença como experiência social e a partir disso tomarem decisões. (WAISBOARD, 2007). A atividade de grupo pode voltar-se para a discussão das dificuldades encontradas no seguimento da terapêutica, temas de interesse dos participantes potencializando o acesso a informações e discutir as situações de

vida-saúde e a doença vivenciada, além da troca de experiência entre os usuários (Lima et al., 2000), o que possibilita um trabalho efetivo dos profissionais do PCT em variados aspectos relacionados ao doente de TB, família ou comunicantes desenvolvendo nos mesmos o auto cuidado e visão crítica de todo processo relacionado. “O controle da tuberculose excede a relação entre profissionais de saúde e usuários e envolve responsabilidade social e compromisso político de gestores para com a saúde a ser assegurado como exercício de cidadania.” (SÁ ET AL., 2007)

A falta de informação ou a sua inadequada assimilação foi identificada como um dos fatores associados ao abandono precoce do tratamento e terapia medicamentosa em estudo qualitativo realizado em distrito de saúde na Paraíba (Brasil) (SÁ ET AL., 2007) sendo que a pobreza da qualidade da informação está associada com a não adesão ao tratamento. (MISHRA et al., 2006).

Destaca-se que a educação em saúde está ancorada na promoção de saúde, a qual se configura em um processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidades e direito à saúde estimulando ações que atendam aos princípios do SUS como a integralidade.

Machado et al. (2007) destaca que estudos anteriores à diretriz da integralidade no SUS salientavam a educação em saúde como reforço de práticas reducionistas sendo necessário o questionamento para o alcance de práticas integrativas e participativas, porém, após esta diretriz, a educação em saúde nos moldes da integralidade tem se configurado como estratégia articulada entre a realidade do contexto em saúde e a busca de possibilidades de atitudes geradoras de mudanças a partir de cada profissional de saúde do trabalho em equipe e dos diversos serviços em busca de transformação na saúde da população para buscar inovações (MACHADO et al., 2007) mas para tal é preciso que haja profissionais como educadores em saúde individual e coletiva, como o enfermeiro, e com formação para tal, visto que alguns trabalhos identificaram o despreparo técnico dos profissionais para exercer esta prática articulada aos princípios do SUS.

A construção do processo educativo atendendo à integralidade como eixo norteador das ações em saúde requer participação ativa da população na reflexão crítica da sua realidade, estruturas sócio-econômicas como constituintes do acesso na busca por condições humanas dignas, como sujeito histórico e social, possuidor em sua dimensão holística de interface integradora e permeada pelo processo autônomo das descobertas e inquietações frente ao modo de viver em sociedade exercendo sua cidadania. (MACHADO et al., 2007)

No PCT as visitas domiciliares e o tratamento supervisionado também apresentam uma interface com a educação em saúde visto que estes dois elementos se configuram como instrumentos ou tecnologias de trabalho dos programas de vigilância (COHEN; FRANÇA-JÚNIOR, 2000; CARDOZO-GONZALES et al., 2008) os quais proporcionam um espaço que pode ser utilizado para promoção e



educação em saúde além de propiciar a continuidade da assistência coordenando a atenção do doente entre serviço e ambiente familiar ou comunidade em que vive.

Destaca-se que os indicadores relacionados às visitas domiciliares e o tratamento supervisionado obtiveram avaliações discordantes entre os informantes. A visita domiciliar como uma tecnologia do cuidado é utilizada principalmente por serviços de saúde com a estratégia saúde da família, a qual possui como um dos objetivos o levantamento da situação de saúde das famílias e acompanhar o seu cuidado, ou seja, proporcionar atenção integral, no entanto, em programas verticalizados como o da tuberculose, o enfoque centra-se na doença, na quebra da cadeia de transmissão do bacilo assumindo o caráter de tratamento supervisionado ao incluir como objetivo principal a observação da ingestão medicamentosa. O tratamento supervisionado e as visitas domiciliares realizados para esta finalidade têm trazido grande impacto positivo no controle da doença como apontam alguns estudos acerca do aumento das taxas de cura e decréscimo do abandono do tratamento (NORA, PATROCLO; VENDRAMINI et al., 2002; MUNIZ et al., 1999), entretanto, esta tecnologia do cuidado para gerenciar o controle da tuberculose (CARDOZO-GONZALES et al., 2008) pode estar representando e ser interpretada pelos doentes como autoritarismo dos serviços de saúde em relação ao seu cuidado. (VENDRAMINI et al., 2002) A própria visita domiciliar tem sido apontada como excessiva intromissão do Estado na vida das pessoas limitando sua privacidade e liberdade. (FRANCO, MERHY, 2003)

Destaca-se que a qualidade do TS pode estar comprometida pelo grande número de doentes em determinados programas do município em estudo, visto que a incidência da doença aumentou de 26,08 para 31,27 por cem mil habitantes de 2006 para 2007. (SMS, 2008), com 191 casos em 2007, ano da coleta dos dados, cuja cobertura do TS esteve em 77%. Este comprometimento do TS, seguimento do doente e efetividade de ações têm sido apontada em alguns estudos como consequência da insuficiência de recursos humanos. (CARDOZO-GONZALES et al., MONROE et al., 2008)

Outro instrumento de apoio ao controle da tuberculose na coordenação da assistência, e que possibilita a continuidade e adesão dos doentes ao tratamento são o oferecimento de cestas básicas e vale-transporte. Destaca-se que estes elementos auxiliam a transposição de barreiras econômicas e de acesso que podem interferir na continuidade da intervenção.

Este estudo ressalta a discordância entre os informantes acerca do oferecimento de cestas básicas e vale transporte. Gestores avaliam estes dois indicadores insatisfatoriamente enquanto que profissionais avaliam satisfatoriamente; no entanto os doentes avaliam insatisfatoriamente apenas a entrega de vale transporte. Isto requer um olhar diferenciado, pois o perfil do doente de TB revela forte associação com a pobreza, e é preciso que o profissional de saúde estabeleça critérios, pois, apesar

de todo doente de TB possuir direito ao vale-transporte e cesta básica a verba que é direcionada para o programa nem sempre é de conhecimento do coordenador do PCT e da equipe de saúde. Isto demanda habilidade do profissional que está na ponta e dos gestores e coordenadores dos programas que realizam as negociações para esta finalidade.

Estudo que avaliou as ações da gerência na TB na rede básica aponta para as contradições de opinião entre os gerentes de unidades básicas em relação a distribuição destes recursos (cestas-básicas e vale-transporte), 43,8% dos gerentes responderam que a distribuição de recursos sempre é realizada de acordo com as necessidades da população a ser atendida e 25% responderam que quase sempre isto acontece, no entanto, eles consideram estas atividades como atribuições e competências da secretaria municipal e dos programas de controle da tuberculose, se eximindo da responsabilidade destas ações. (PROTTI, 2008). Cabe salientar que, de acordo com a norma operacional de assistência a saúde (NOAS, 2002), as ações de diagnósticos e de controle deveriam ser de responsabilidade da atenção básica e conseqüentemente, o repasse financeiro para estes recursos seriam destinados ao fundo municipal de saúde, cabendo aos gestores apontarem os dados epidemiológicos de sua área de abrangência requerendo este recurso para a tuberculose. Sabe-se que isto não ocorre de forma simples, mas é preciso mudanças de atitudes, levando principalmente em consideração de que as ações de controle foram apenas desconcentradas para a atenção básica e que é preciso efetivar a descentralização das mesmas de fato. Protti (2008) ressalta que é preocupante o fato destas ações não estarem sendo desenvolvidas em algumas unidades básicas de saúde. Os gestores deveriam se atentar para os recursos disponíveis para o controle da TB nas políticas de saúde vigentes acordadas para tal finalidade.

## *7. CONSIDERAÇÕES FINAIS*

---

Esta pesquisa permitiu analisar a coordenação da assistência ao doente de tuberculose na percepção do doente de tuberculose, dos profissionais do programa de controle da tuberculose e dos gerentes de unidades básicas de saúde em um município do interior paulista.

Esta análise teve como contexto a organização dos serviços de saúde, o modo como são desenvolvidas as ações para o controle da doença e quais recursos são necessários para viabilizar a continuidade do processo de atenção, considerando que o doente de tuberculose pode apresentar outras doenças além da TB.

Assim, a análise da coordenação da assistência ao doente de tuberculose teve como contexto a organização dos serviços de saúde, o modo como são desenvolvidas estas ações para o controle da doença, e quais recursos são necessários para viabilizar a continuidade do processo de atenção na percepção do doente de tuberculose, dos profissionais do programa de controle da tuberculose e dos gerentes de unidades básicas de saúde em um município do interior paulista.

Nos mecanismos de referência e contra-referência, identificou-se descontinuidade e dificuldades em relação ao fluxo de informação/comunicação quando o mesmo necessita de uma consulta com um especialista para resolver problemas de outra ordem. Verificou-se que neste mesmo processo de encaminhamento, os resultados apontaram para necessidade de ampliar a participação do doente acerca do processo decisório quanto ao seu tratamento, estimular a co-responsabilização do profissional quanto ao cuidado que o doente recebeu em outro local discutindo com ele sobre os resultados alcançados na atenção com o especialista.

Se o doente não necessita de encaminhamentos, são realizadas ações direcionadas ao tratamento da tuberculose. Neste sentido o estudo permitiu analisar as ações da coordenação da assistência no âmbito do PCT. Os resultados mostraram que houve grande heterogeneidade de respostas no grupo de doentes e gestores com grande parte das ações avaliadas de modo discordante e insatisfatório, destoando do grupo de profissionais que avaliam a maioria delas satisfatoriamente. A dimensão coordenação da assistência apontou vários pontos de estrangulamento no processo de atenção, como o descompasso entre a satisfação dos informantes em relação ao oferecimento de pote de escarro para exame diagnóstico e os dados do município, que apesar de uma tendência de aumento das baciloscopias, verificou-se que quem solicita baciloscopias com mais frequência são os PCTs e não as unidades da rede básica indicando necessidade de fortalecimento da busca ativa e descentralização desta atividade para a rede básica, mostrando que pode haver sub-notificação dos casos não diagnosticados.

Outro ponto de destaque foi o desconhecimento dos gerentes de UBS quanto ao oferecimento de consultas médicas e oferecimento de cestas básicas e vale transporte para continuidade do tratamento ao avaliarem insatisfatoriamente estas ações evidenciando que é preciso conscientização

---

dos gerentes acerca das responsabilidades designadas à atenção básica nas unidades sob sua responsabilidade.

Outro dado relevante deste estudo foi a inexistência de grupos de incentivo e apoio ao doente de tuberculose, uma vez que o processo educativo requer participação ativa do doente com reflexão das diversas situações e isto ocorre mediante a formação de grupos.

A coordenação da assistência na TB requer para seu fortalecimento a construção de um modelo flexível pautado na integração do cuidado com profissionais preparados para a escuta e para exercer papel educador de forma que amplie a autonomia do doente, reconhecendo e estimulando a co-responsabilização pelo próprio cuidado.

## *8. REFERÊNCIAS*

---

Berendsen, A.J.; Majella de Jong, G.; Jong, B.M.; Dekker, J.H.; Schuling, J. Transition of care: experiences and preferences of patients across the primary/secondary interface – a qualitative study. **BioMed Central Health Services Research**, London, v.9, 2009. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/62>. Acesso em: Agosto de 2009.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **Capítulo II Dos Princípios e Diretrizes do SUS**. Art.7 Parágrafo 2. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de número 373, 2002. **Norma Operacional de Assistência a Saúde**. NOAS-SUS, 01/2002. Brasília, 2002<sup>a</sup>.

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 Da Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. MS. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS**.. Gestão Plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília. Ministério da Saúde. 1997.

Callegari-Jacques, S. M. **Análise de variância**. In:\_\_\_Bioestatística – Princípios e aplicações. São Paulo: Artmed, 2003. p.153-164.

Callegari-Jacques, S. M. **Comparação entre as médias de duas amostras independentes**. In:\_\_\_Bioestatística – Princípios e aplicações. São Paulo: Artmed, 2003. p. 153-164.

Callegari-Jacques, S. M. **Testes não-paramétricos**. In:\_\_\_Bioestatística – Princípios e aplicações. São Paulo: Artmed, 2003. p. 165-184.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **CAD. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.399-407, 2007.

Cardozo-Gonzales, R.I.; Monroe, A. A.; Arcêncio, R. A.; Oliveira, M. F.; Ruffino-Netto, A.; Villa, T. C. S. Performance Indicators of DOT at home for Tuberculosis control in a large city, SP, Brazil. **Rev Lat-am Enf**, Ribeirão Preto, v.16, n.1, p.95-100, 2008.

Castelo Filho, A. et al. **II Consenso brasileiro de Tuberculose**. Diretrizes brasileiras para a Tuberculose 2004. *Jornal Brasileiro de pneumologia*, 30(suplemento 1): junho de 2004. 56p.

Cohen, DD e França Jr, I. **A Vigilância Epidemiológica Na Unidade Básica de Saúde**. In: Schraiber, LB, Nemes, MIB; Mendes-Gonçalves. Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 209-221.

Cunha, G.T. **Algumas estratégias para transformação.** In: \_\_A construção da clínica ampliada na Atenção básica: São Paulo: Hucitec, 2007. p. 129-197.

Donaldson, M.; Yordy, K.; Lohr, K.; Vancelow, N. Primary Care: America's Health in a New Era. Washington: **National Academy Press**, Institute of Medicine. 1996.

Elias, P. E.; Ferreira, C. W.; Alves, M. C. G.; Cohn, A.; Kishima, V.; Escrivão Júnior, A.; Gomes, A. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.633-641, 2006.

Franco, T.B.; Merhy, E.E. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial.** In \_\_Merhy, EE.; Magalhães Jr, H.M.; Rimoli, J.; Franco, T.B.; Bueno, W.S.; organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p.55-124.

Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Fundação SEADE**, 2008

Gazetta, C. E.; Vendramini, S. H. F.; Ruffino Netto, A.; Oliveira, M. R. D. C.; 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.

Hartz, Z. M. A.; Contandriopoulos, A. P. Integralidade da Atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, p.331-336, 2004. Sup 2:

Hofmarcher, M. M.; Oxley, H.; Rusticelli, E. Improved Health System Performance Through Better Care Coordination. **Organization for Economic Cooperation and Development Countries (OECD) HEALTH WORKING PAPERS**. DELSA-HEA-WD-HWP. 2007. 85p.

Ibañez, N.; Rocha, J. S. Y.; Castro, P. C. D.; Ribeiro, M. C.S.D. A.; Forster, A. C.; Novaes, M. H. D.; Vianna, A. L. D. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.683-703, 2006.

Ireson, C.L.; Slavova, S.S.; Steltenkamp, C.L.; Scutchfield, F.D. Bridging the care continuum: Patient information needs for specialist referrals. **BioMed Central Health Services Research**, London, v.9, 2009. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/163> Acesso em Outubro de 2009.

Jamal, L. F.; Moherdai, F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.41, p.104-110, 2007. Sup. 1.



Lima, A. M. M.; Nemes-Filho, A.; Teixeira, R. R. **Saúde no Envelhecimento**. In: Schraiber, LB, Nemes, MIB; Mendes-Gonçalves. Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 109-131.

Machado, M. D. F. A. S.; Monteiro, E. M. L. M.; Queiroz, D. T.; Vieira, N. F. C.; Barroso, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.335-342, 2007.

Macinko, J. Almeida, C. 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. **Relatório**. Brasília. OMS/OPAS/MS-BRASIL, 2006. 215p.

Mendes, E. V. **Os Grandes Dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade. Tomo I e II. 2001.

Mendes, E.V. **A Descentralização Do Sistema De Serviços De Saúde No Brasil: Novos Rumos e um outro olhar sobre o nível local**. In: \_A organização Da Saúde No Nível Local. São Paulo-SP. Editora Hucitec, 1998. Pg: 17-55.

Mendes, E.V. **As Características singulares dos sistemas de serviços de saúde**. In: \_Os Sistemas de Serviços de Saúde: o que os gestores deveriam saber sobre estas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. p.91-139.

Mendes, E.V. **As redes de atenção à saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos**. In: \_As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009. p.113-333.

Mendes, E.V. **O Dilema Fragmentação ou Integração dos Sistemas de Saúde: Por Sistemas Integrados De Serviços De Saúde**. In: \_Os Grandes Dilemas do SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2001. p.91-139.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**. Guia de Bolso. 5a. edição ampliada. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília/DF. 2005.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Caderno de Informações de Saúde. Informações Gerais. Atenção Básica**. IBGE, 2005. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> [Acesso em 10/07/2008].

Mishra, P.; Hansen, E. H.; Sabroe, S. Kafle, K. K. Adherence is associated with the quality of professional-patient interaction in Directly Observed Treatment Short-course, DOTS. **Patient Education and Counseling**, Ireland, v63, p.29-37, 2006.

Monroe, A. A.; Palha, P. F.; Ruffino-Netto, A.; Cardozo-Gonzales, R. I.; 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.262-267, 2008.

Muniz, J. N.; Palha, P. F.; Monroe, A. A.; Cardozo-Gonzales, R. I.; Ruffino-Netto, A.; Villa, T. C. S. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do Agente Comunitário de Saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.315-321, 2005.

Muniz, J. N.; Villa, TCS, Pedersoli CE. Tratamento Supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto: um novo agir em saúde. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.33-42, 1999.

Nóbrega, R. G. As ações de controle da tuberculose desenvolvidas pela equipe de saúde indígena da Paraíba: uma análise da dimensão de coordenação. 2007. 145f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

Nogueira, J. A.; Sá, L.D.; França, U.M.; Almeida, S.A.; Lima, D.S.; Figueiredo, T.M.R.M.; Villa, T.C.S. O sistema de informação e o controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba – Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v.43, n.1, p.125-131, 2009.

Nora, L. D. S.; Patroclo, M. A. D. A. Avaliação de intervenção no Programa de Controle da Tuberculose Do Município de Mendes/RJ. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.41-48, 2002.

Oliveira, Mayra Fernanda. A busca de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose nos municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005).105p Dissertação [Mestrado] -Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Cuidados Inovadores Para as Condições Crônicas: componentes estruturais de ação. **Relatório Mundial**. Brasília, 2003

Padayatchi, G.; Friedland. Decentralized management of drug-resistant tuberculosis (MDR- and XDR-TB) in South África: an alternative model of care. **International Journal Tuberculosis Lung Disease**. Paris, v.12, n.8, p.978-980, 2008.

Protti, Simone Terezinha. **A visão dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde sobre a Tuberculose na Agenda Municipal, em um município do Estado de São Paulo**. 120p. Tese [Doutorado]-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2008.

Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de Gestão 2007**. Disponível em

<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/i16principal.asp?pagina=/ssaude/conselho/i16relatoriogestao07.pdf> [Acesso em 10/07/2008].

Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Departamento de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação para a Tuberculose, EPI-TB**, 2008.

Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Departamento de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação para a Tuberculose, TB-WEB**, 2009.

Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Vigilância em saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação para a Tuberculose, EPI-Tb**, 2007.

Rosa Filho, L. A.; Fassa, A. G.; Paniz, V. M. V. Fatores associados à continuidade interpessoal na atenção à saúde: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.915-925, 2008.

Sá, LD; Souza, KMJ; Nunes, MG; Palha, PF; Nogueira, JA; Villa, TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.16, n.4, p.712-718, 2007.

Santos, J. S. D. **USP mostra ineficácia da saúde em Ribeirão** [Depoimento a Veridiana Ribeiro]. *Jornal Folha de São Paulo*, São Paulo, 23 nov. 2008. *Folha Ribeirão*, Caderno 1, p.1.

Silva Júnior, A. G. D.; Carvalho, L.C.D.; Silva, V.M.N.; Alves, M.G.D.M.; Mascarenhas, M.T.M. **Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade**. In: Roseni Pinheiro e Rubem Araújo de Mattos. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. CEPESC-IMS/UERJ – ABRASCO. Rio de Janeiro; Outubro, 2006. Pg: 60-90.

Soares, E. C. C.; Saraceni, V.; Lauria, L. D. M.; Pacheco, A. G.; Durovni, B.; Cavalcante, S. C. Tuberculose como doença definidora de síndrome da imunodeficiência adquirida: dez anos de evolução na Cidade do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília, v.32, n.5, p.444-448, 2006.

Starfield, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco, 2002. 725p.

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, 2002.

Viacava, F.; Almeida, C.; Caetano, R.; Fausto, M.; Macinko, J.; Martins, M.; Noronha, J. C. D.; Heligonda, M. D. O. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.711-724, 2004.

Villa, T. C. S.; Ruffino-Netto, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília, v.35, n.6, p.610-612, 2009.

Villa, T. C. S.; Ruffino-Netto, A.; Arcêncio, R. A.; Gonzales, R. I.C. **As políticas de controle da Tuberculose no Sistema de Saúde no Brasil e a implantação da estratégia DOTS (1980-2005)**. In: Villa, T. C. S.; Ruffino –Netto A. (org). Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2006a. P.29-47. (EERP/USP), 2006, 140p.

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

World Health Organization. **Global Tuberculosis Control: epidemiology, strategy, financing**. WHO REPORT. Geneva, 2009. WHO/HTM/TB/2009.411.

World Health Organization. **Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing**. WHO REPORT. Geneva, 2008. WHO/HTM/TB/2008.393.

World Health Organization. **What is Dots? A guide to understanding the recommended TB Control Strategy Known as DOTS**. Report. Geneva, 1999. (WHO/CDS/CPS/TB/99).

## ANEXO I

### I. Doentes de Tuberculose

Número do questionário: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_  
 Data da digitação dos dados: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Digitador: \_\_\_\_\_

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

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

(Para ser aplicado aos doentes de TB)

**Apresentação:**

Bom dia!

Meu nome é...

Estou realizando uma pesquisa.

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

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

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

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

Atualizado em 20 de junho de 2007

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

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

Ruffino Netto (FMRP/ REDE-TB).

Nome do Entrevistador:.....

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

Município:.....Estado:.....

<b>A. INFORMAÇÕES GERAIS.</b>			
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>B. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS SOBRE O DOENTE DE TB.</b>
--

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 Cômodos	5 ( )		
		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.**

<b>CARTÃO A</b>		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 ?					
<b>CARTÃO B</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.**

<b>CARTÃO C</b>		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?					
----	--	--	--	--	--	--

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	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?					

<b>CARTÃO B</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?					
<b>CARTÃO C</b>		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?					
<b>OBS: QUANDO O ENTREVISTADO CONCLUIU O TRATAMENTO, USAR O TEMPO VERBAL NO PASSADO.</b>						

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

**E 2. ACESSO AO TRATAMENTO.**

<b>CARTÃO C</b>		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?					

<b>CARTÃO B</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?					
<b>CARTÃO C</b>		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?					
<b>CARTÃO C</b>		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					
<b>CARTÃO A</b>		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?**

<b>CARTÃO C</b>		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).

<b>H. COORDENAÇÃO.</b>						
<b>CARTÃO C</b>		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?					

<b>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)</b>						
<b>CARTÃO C</b>		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 posto/centro/unidade de saúde pede informações sobre doenças da sua família?					
72	O profissional do posto/centro/unidade de saúde pergunta se as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) têm tosse, febre...?					
73	Quando ficou doente de TB, o profissional do posto/centro/unidade de saúde entregou pote para exame de escarro a todas as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?					
74	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conhecem as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?					
75	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre a sua doença?					
76	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre seu tratamento?					
77	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre outros problemas de sua saúde?					



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

**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?					

<b>CARTÃO C</b>		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?					
<b>CARTÃO B</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?
Observações do entrevistador.

## Anexo II

### II. Profissionais de saúde

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

Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose / CNPq

Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose

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

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

<p><b>Apresentação:</b>          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?.</p> <p><b>Observação:</b> 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.</p>
--

Atualizado em 01 de junho de 2007

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

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

Nome do Entrevistador:.....

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

Município:.....Estado:.....

<b>A. INFORMAÇÕES GERAIS.</b>						
1	Data					
2	Iniciais do Profissional					
3	Titulação (Especificar área)					
4	Ocupação:					
	Médico	1 ( )				
	Enfermeiro	2 ( )				
	Técnico de Enfermagem	3 ( )				
	Auxiliar de Enfermagem	4 ( )				
5.	Nome Serviço					
6.	Telefone					
7	Fax					
8	E-mail					
9	Endereço					
10	Cidade					
11	Número de anos que trabalha nesta função: _____ anos					
12	Tipo de Unidade (marque uma só resposta)					
	UBS	1 ( )				
	UBS / PACS	2 ( )				
	USF / PACS	3 ( )				
	Ambulatório de Referência	4 ( )				
<b>B. PORTA DE ENTRADA.</b>						
<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
13	Quando os usuários precisam de algum controle de saúde preventivo (vacinar BCG, exames de escarro), vem à unidade de saúde?					
14	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB procuram primeiro a unidade de saúde?					
15	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB procuram primeiro o pronto socorro / hospital?					

16	Quando os usuários precisam de uma consulta com algum especialista, primeiro procuram a unidade de saúde que realiza o tratamento de TB, para ser encaminhado?					
<b>C. ACESSO</b>						
<b>C 1. ACESSO AO DIAGNÓSTICO.</b>						
<b>CARTÃO B</b>		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
17	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, têm dificuldade para se deslocarem até à unidade de saúde?					
<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
18	Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB conseguem consulta no prazo de 24 horas?					
<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
19	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, conseguem obter informações por telefone na unidade de saúde?					
20	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, conseguem marcar consulta por telefone na unidade de saúde?					
21	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, conseguem ser atendidos sem perder o dia de trabalho ou compromisso?					
22	Para consulta de diagnóstico de TB os usuários procuram a Unidade da área adscrita (mais perto da casa dele)?					
<b>CARTÃO B</b>		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
23	Para consulta de diagnóstico de TB os usuários precisam utilizar algum tipo de transporte motorizado para vir à unidade de saúde?					

24	Durante as consultas para diagnóstico da TB os usuários gastam dinheiro com transporte para vir à unidade de saúde?					
25	Quando os usuários apresentam os sinais/sintomas da TB, têm que esperar mais de 60 minutos na unidade de saúde para serem atendidos?					
<b>C 2. ACESSO AO TRATAMENTO.</b>						
<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
26	Se os doentes em tratamento passarem mal por causa da medicação ou da TB, conseguem uma consulta médica no prazo de 24 horas?					
27	Durante o tratamento os doentes de TB conseguem obter informações por telefone na unidade de saúde?					
28	Durante o tratamento os doentes de TB conseguem marcar consulta por telefone na unidade de saúde?					
29	Durante o tratamento da TB, os doentes conseguem ser atendidos sem perder o dia de trabalho ou compromisso?					
<b>CARTÃO B</b>		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
30	Os doentes de TB têm que utilizar algum tipo de transporte motorizado para se deslocar até a unidade de saúde?					
31	Os doentes de TB têm que pagar pelo transporte?					
<b>CARTÃO B</b>		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
32	Durante os últimos 12 meses, houve falta de medicamentos para TB?					
33	Os doentes de TB esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?					
<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
34	Os profissionais realizam visitas domiciliares aos doentes de TB?					

35	Todos os doentes de TB tratados nesta unidade de saúde pertencem à área adscrita?					
<b>D. VÍNCULO.</b>						
<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
36	Os doentes de TB são examinados pelos mesmos profissionais cada vez que consultam?					
37	Se os doentes de TB tiverem dúvidas sobre seu tratamento, conseguem falar com os mesmos profissionais que os atenderam?					
38	As dúvidas/questionamentos dos doentes de TB são compreendidos pelos profissionais que os atenderam?					
39	Quando os doentes de TB consultam, os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde ou necessidades?					
40	Os profissionais dão tempo suficiente para que os doentes de TB explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?					
41	Os profissionais respondem às perguntas dos doentes de TB de forma clara?					
42	As queixas dos doentes de TB são registradas nos prontuários?					
43	Os profissionais informam aos doentes de TB sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da doença?					
44	Os profissionais solicitam informações, sobre todos os medicamentos utilizados pelos doentes de TB?					
45	Na sua experiência, quando os doentes de TB, têm algum problema de saúde ou outras necessidades (cesta básica, vale transporte...), com que frequência procuram os seguintes profissionais?					
<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
45 a	Médico					
45 b	Enfermeiro					
45 c	Auxiliar de Enfermagem					
45 d	Agentes Comunitários de Saúde/ACS					
45 e	Outros Profissionais					
46	O tratamento é aceito pelos doentes de TB?					

CARTÃO A		Muito Ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom
		1	2	3	4	5
47	Como o(a) Sr.(a) considera o atendimento da equipe de saúde aos doentes de TB?					
<b>E. ELENCO DE SERVIÇOS.</b>						
Com que frequência a sua unidade oferece os seguintes serviços:						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
48	Pote para exame de escarro para diagnóstico?					
49	Exame para HIV / AIDS?					
50	Teste da pele (prova tuberculínica)?					
51	Pote para exame de escarro para controle?					
52	Consulta de controle para o tratamento da TB?					
53	Entrega de cestas básicas ou vale alimentação?					
54	Entrega de vale transporte?					
55	Informação sobre a TB e seu tratamento?					
56	Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?					
57	Visitas domiciliares durante o tratamento?					
58	Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?					
59	Formação de grupos de doentes de TB na Unidade de saúde?					
60	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).						
<b>F. COORDENAÇÃO.</b>						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5



61	Os profissionais utilizam os prontuários quando estão examinando os doentes de TB?					
62	Os resultados dos exames dos doentes de TB ficam disponíveis na unidade de saúde?					
63	Os doentes de TB são comunicados sobre os agendamentos das consultas de retorno na unidade de saúde?					
64	Quando os doentes precisam de uma consulta com algum especialista, são encaminhados por profissionais da unidade de saúde?					
65	Quando os doentes precisam ser referidos para outros serviços ou especialidades, os profissionais discutem com eles ou indicam os possíveis lugares de atendimento?					
<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
66	Quando os doentes de TB são encaminhados para algum especialista, os profissionais da unidade de saúde ajudam a marcar a consulta?					
67	Quando é agendada a consulta dos doentes de TB para o especialista, é disponibilizado comprovante de que a consulta foi marcada?					
68	Quando os doentes de TB são referidos para outros serviços ou especialidades, os profissionais da unidade de saúde fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?					
69	Quando os doentes de TB retornam à unidade de saúde após a consulta com o especialista, trazem informações escritas sobre os resultados?					
70	Os profissionais da unidade de saúde discutem com os doentes de TB sobre os resultados das consultas com os especialistas?					
71	Os profissionais da unidade de saúde se preocupam com a assistência prestada pelos especialistas aos doentes de TB?					
<b>G. ENFOQUE NA FAMÍLIA.</b>						
<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5

72	Durante as consultas, os profissionais perguntam sobre as condições de vida dos doentes de TB e família (emprego, moradia, disponibilidade de água potável, saneamento básico...)?					
73	Durante as consultas, os profissionais pedem informações sobre enfermidades das pessoas que moram com os doentes de TB?					
74	Os profissionais realizam consultas nas pessoas que moram com os doentes de TB?					
75	Os profissionais realizam exames para investigação da doença nas pessoas que moram com os doentes de TB?					
76	Os profissionais conhecem as pessoas que moram com os doentes de TB?					
77	Os profissionais conversam com a família sobre o problema de saúde dos doentes de TB?					
78	Os profissionais falam com a família dos doentes de TB sobre a doença?					
79	Os profissionais conversam com a família dos doentes de TB sobre o tratamento da doença?					
<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
80	Os profissionais conversam com a família dos doentes de TB sobre outros problemas de saúde?					
<b>H. ORIENTAÇÃO PARA COMUNIDADE.</b>						
<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
81	Os profissionais realizam entrevistas com os doentes de TB para saber se os serviços oferecidos estão respondendo suas necessidades de saúde?					
82	Os profissionais realizam propagandas / campanhas / trabalhos educativos, para informar à comunidade sobre a TB?					
83	Os profissionais trabalham com instituições (igreja, associações de bairro, abrigos...) para identificar sintomáticos respiratórios?					
84	Os profissionais realizam busca de sintomáticos respiratórios na comunidade?					

85	Os profissionais solicitam a participação de um representante da comunidade para discutir o problema da TB?					
<b>I. FORMAÇÃO PROFISSIONAL.</b>						
<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
86	Os doentes de TB encontram um profissional na unidade de saúde para atendê-los em dias úteis da semana?					
87	Os doentes de TB atendidos nesta unidade de saúde recomendariam os serviços para um(a) amigo(a) ser atendido?					
88	Os profissionais conseguem resolver os problemas relacionados ao tratamento da TB?					
89	Os profissionais conseguem resolver os problemas de saúde dos doentes de TB e famílias?					
<b>CARTÃO B</b>		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
90	Os doentes de TB sofrem discriminação pelos profissionais / trabalhadores de saúde, por causa da doença?					
91	Os doentes de TB mudam de unidade de saúde por causa dos profissionais que os atendem?					
<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
92	Os profissionais foram qualificados para atender TB?					
93	Os profissionais foram qualificados para atuarem segundo a diversidade cultural da comunidade?					
94	Os profissionais relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?					
Suas sugestões, comentários, e /ou dúvidas.						
Agradecimento pela participação!						
Observações do entrevistador						

### Anexo III

#### Gestores

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

Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose / CNPq

Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose

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

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

#### **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 29 de junho de 2007

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

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

Nome do Entrevistador:.....

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

Município:.....Estado:.....

<b>A. INFORMAÇÕES GERAIS.</b>						
1	Data					
2	Iniciais do Profissional					
3	Titulação (Especificar área)					
4	Função:					
	Gerente/Diretor da Unidade	1 ( )				
	Coordenador do PCT	2 ( )				
	Coordenador de Vigilância em Saúde	3 ( )				
	Supervisores/Coordenador de PSF/PACS	4 ( )				
	Supervisores/Coordenador Vigilância Epidemiológica	5 ( )				
	Outro	6 ( )		Especifique _____		
5	Nome Instituição					
6	Telefone					
7	Fax					
8	E-mail					
9	Endereço					
10	Cidade					
11	Número de anos que trabalha nesta função: _____ anos					
12	Tipo de Unidade (marque uma só resposta)					
	UBS	1 ( )				
	UBS/PACS	2 ( )				
	USF/PACS	3 ( )				
	Ambulatório Referência	4 ( )				
	Nível Central	5 ( )		Especifique _____		
<b>OBS: MOSTRAR E EXPLICAR AO ENTREVISTADO O CARTÃO DE RESPOSTAS: A-B-C</b>						
<b>B. A TB NA AGENDA MUNICIPAL</b>						
<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
13	A TB é considerada como uma doença prioritária no quadro sanitário do município?					
14	A distribuição de recursos para TB, é realizada com base nas necessidades da população a ser atendida?					

15	São disponibilizados incentivos (cesta básica, vale transporte...) para os doentes de TB em tratamento?					
16	É mantida a regularidade da distribuição de incentivos (cesta básica, vale transporte...) para os doentes de TB em tratamento?					
17	Participa na discussão e definição de ações de saúde para controle da TB?					
18	No repasse dos recursos financeiros para o município, são definidas linhas específicas para TB?					
19	Participa da discussão e definição de aplicação de recursos para o controle da TB?					
20	O município investe recursos próprios para TB?					
<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
21	Os recursos (potes, viatura, motorista, combustível, material de laboratório,...) são suficientes para atender as necessidades de controle da TB?					
<b>CARTÃO B</b>		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
22	Os recursos financeiros destinados à TB são aplicados em outros programas/necessidades de saúde?					
<b>C. PORTA DE ENTRADA.</b>						
<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
23	Quando os usuários precisam de algum controle de saúde preventivo (vacinar BCG, exames de escarro), vão ao posto/centro/unidade de saúde?					
24	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB procuram primeiro o posto/centro/unidade de saúde?					
25	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, procuram primeiro o pronto socorro/hospital?					
26	Quando os usuários precisam de uma consulta com algum especialista, primeiro procuram o posto/centro/unidade de saúde que realiza o tratamento de TB, para ser encaminhado?					
<b>D. ACESSO</b>						
<b>D 1. ACESSO AO DIAGNÓSTICO.</b>						

<b>CARTÃO B</b>		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
27	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, têm dificuldade para se deslocarem até ao posto/centro/unidade de saúde?					
<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
28	Quando os usuários procuram o posto/centro/unidade de saúde com sinais/sintomas de TB conseguem consulta no prazo de 24 horas?					
<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
29	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB conseguem obter informações por telefone no posto/centro/unidade de saúde?					
30	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB conseguem marcar consulta por telefone no posto/centro/unidade de saúde?					
31	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, conseguem ser atendidos sem perder o dia de trabalho ou compromisso?					
32	Para consulta de diagnóstico de TB os usuários procuram o posto / centro/unidade de saúde da área adscrita (mais perto da casa dele)?					
<b>CARTÃO B</b>		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
33	Para consulta de diagnóstico de TB os usuários precisam utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir ao posto/centro/unidade de saúde?					
34	Durante as consultas para diagnóstico da TB os usuários gastam dinheiro com transporte para ir ao posto/centro/unidade de saúde?					
35	Quando os usuários apresentam os sinais/sintomas da TB, têm que esperar mais de 60 minutos no posto/centro/unidade de saúde para serem atendidos?					
<b>D 2. ACESSO AO TRATAMENTO.</b>						
<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
36	Se os doentes em tratamento passarem mal por causa da medicação ou da TB, conseguem uma consulta médica no prazo de 24 horas?					

37	Durante o tratamento os doentes de TB conseguem obter informações por telefone no posto/centro/unidade de saúde?					
38	Durante o tratamento os doentes de TB conseguem marcar consulta por telefone no posto/centro/unidade de saúde?					
39	Durante o tratamento da TB, os doentes conseguem ser atendidos sem perder o dia de trabalho ou compromisso?					
<b>CARTÃO B</b>		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
40	Os doentes de TB têm que utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir ao posto/centro/unidade de saúde?					
41	Os doentes de TB têm que pagar pelo transporte para ir ao posto/centro/unidade de saúde					
42	Durante os últimos 12 meses, houve falta de medicamentos para TB?					
43	Os doentes de TB esperam mais de 60 minutos no posto/centro/unidade de saúde para serem atendidos?					
		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
44	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde realizam visitas domiciliares aos doentes de TB?					
45	Todos os doentes de TB tratados no posto/centro/unidade de saúde pertencem à área adscrita?					
<b>E. VÍNCULO.</b>						
<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
46	Os doentes de TB são examinados pelos mesmos profissionais do posto/centro/unidade de saúde cada vez que consultam?					
47	Se os doentes de TB tiverem dúvidas sobre seu tratamento, conseguem falar com os mesmos profissionais que os atenderam?					
48	As dúvidas/questionamentos dos doentes de TB são compreendidos pelos profissionais que os atenderam?					
49	Quando os doentes de TB consultam no posto/centro/unidade de saúde os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde ou necessidades?					



50	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde dão tempo suficiente para que os doentes de TB explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?					
51	Os profissionais, do posto/centro/unidade de saúde respondem às perguntas dos doentes de TB de forma clara?					
52	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde registram as queixas dos doentes de TB nos prontuários?					
<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
53	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde informam aos doentes de TB sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da doença?					
54	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde solicitam informações, sobre todos os medicamentos utilizados pelos doentes de TB?					
55	Na sua experiência, quando os doentes de TB têm algum problema de saúde ou outras necessidades (cesta básica, vale transporte...), com que frequência procuram os seguintes profissionais?					
<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
55 a	Médico					
55 b	Enfermeiro					
55 c	Auxiliar de Enfermagem					
55 d	Ag. Comunitários de Saúde/ACS					
55 e	Outros Profissionais					
56	O tratamento é aceito pelos doentes de TB?					
<b>CARTÃO A</b>		Muito Ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom
		1	2	3	4	5
57	Como o(a) Sr.(a) considera o atendimento da equipe de saúde aos doentes de TB do posto/centro/unidade de saúde ?					

**F. ELENCO DE SERVIÇOS.**

Com que frequência o seu posto/centro/unidade de saúde oferece os seguintes serviços?

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
58	Pote para exame de escarro para diagnóstico?					
59	Exame para HIV/AIDS?					
60	Teste da pele (prova tuberculínica)?					
61	Pote para exame de escarro para controle					
62	Consulta de controle para o tratamento da TB?					
63	Entrega de cestas básicas ou vale alimentação?					
64	Entrega de vale transporte?					
65	Informação sobre a TB e seu tratamento?					
66	Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?					
67	Visitas domiciliares durante o tratamento?					
68	Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?					
69	Formação de grupos de doentes de TB no posto/centro/unidade de saúde?					
70	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)

#### G. COORDENAÇÃO.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
71	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde utilizam os prontuários quando estão examinando os doentes de TB?					
72	Os resultados dos exames dos doentes de TB ficam disponíveis no posto/centro/unidade de saúde?					
73	Os doentes de TB são comunicados sobre os agendamentos das consultas de retorno no posto/centro/unidade de saúde?					

74	Quando os doentes de TB precisam de uma consulta com algum especialista, são encaminhados por profissionais do posto/centro/unidade de saúde?					
75	Quando os doentes de TB precisam ser referidos para outro serviço ou especialidade, os profissionais do posto/centro/unidade de saúde discutem com ele ou indicam os possíveis lugares de atendimento?					
76	Quando os doentes de TB são encaminhados para algum especialista, os profissionais do posto/centro/unidade de saúde ajudam a marcar a consulta?					
77	Quando é agendada a consulta dos doentes de TB para algum especialista, é disponibilizado comprovante de que a consulta foi marcada?					
78	Quando os doentes de TB são referidos para outros serviços ou especialidades, os profissionais do posto/centro/unidade de saúde fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?					
79	Quando os doentes de TB retornam ao posto/centro/unidade de saúde após a consulta com o especialista, trazem informações escritas sobre os resultados?					
80	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde discutem com os doentes de TB sobre as consultas realizadas com os especialistas?					
81	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde se preocupam com a assistência prestada pelos especialistas aos doentes de TB?					
<b>H. ENFOQUE NA FAMÍLIA.</b>						
<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
82	Durante as consultas os profissionais do posto/centro/unidade de saúde perguntam sobre as condições de vida dos doentes de TB e família (emprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico...)?					

83	Durante as consultas os profissionais do posto/centro/unidade de saúde, pedem informações sobre enfermidades das pessoas que moram com os doentes de TB?					
84	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde realizam consultas nas pessoas que moram com os doentes de TB?					
85	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde realizam exames para investigação da doença nas pessoas que moram com os doentes de TB?					
86	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conhecem as pessoas que moram com os doentes de TB?					
87	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com a família sobre o problema de saúde dos doentes de TB?					
88	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde falam com a família dos doentes de TB sobre a doença?					
89	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com a família dos doentes de TB sobre o tratamento da doença?					
90	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com a família dos doentes de TB sobre outros problemas de saúde?					

**I. ORIENTAÇÃO PARA COMUNIDADE.**

<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
91	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde realizam entrevistas com os doentes de TB atendidos para saber se os serviços oferecidos estão respondendo às suas necessidades de saúde?					
<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
92	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde realizam propagandas/campanhas/trabalhos educativos, para informar a comunidade sobre TB?					

93	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde trabalham em parceria com outras instituições (igreja, associações de bairro, abrigos...) para identificar sintomáticos respiratórios?					
94	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde realizam busca de sintomáticos respiratórios na comunidade?					
95	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde solicitam a participação de um representante da comunidade para discutir o problema da TB?					
<b>J. FORMAÇÃO PROFISSIONAL.</b>						
<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
96	Os doentes de TB encontram um profissional no posto/centro/unidade de saúde para atendê-los em dias úteis da semana?					
97	Os doentes de TB atendidos pelos profissionais do posto/centro/unidade de saúde recomendariam o uso do serviço para um amigo ser atendido?					
98	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conseguem resolver os problemas relacionados ao tratamento da TB?					
99	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conseguem resolver os problemas de saúde dos doentes de TB e família?					
<b>CARTÃO B</b>		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
100	Os doentes de TB sofrem discriminação pelos profissionais/trabalhadores do posto/centro/unidade de saúde por causa da doença?					
101	Os doentes de TB mudam de posto/centro/unidade de saúde por causa dos profissionais que os atendem?					
<b>CARTÃO C</b>		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
102	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde foram qualificados para atender TB?					
103	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde foram qualificados para atuar segundo a diversidade cultural da comunidade?					

104	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?					
<p>Suas sugestões, comentários, e /ou dúvidas.</p> <p>Agradecimento pela participação!</p>						
<p>Observações do entrevistador</p>						

## Anexo IV

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

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

Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da instituição: \_\_\_\_\_ Ela tem como objetivo avaliar 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 sigilo das informações por mim reveladas; A segurança de que não serei identificado, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas; A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada por mim a todo o momento. Uma cópia desta declaração deve ficar com o (a) Sr. (a).

Ribeirão Preto, \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2007

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

Telefone: \_\_\_\_\_

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

Atenciosamente

Profª Drª 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](mailto:tite@eerp.usp.br)

## Anexo V



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