

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ALINNE BESERRA DE LUCENA MARCOLINO**

***AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO  
CONTEXTO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
NO MUNICÍPIO DE BAYEUX-PB: avaliação dos  
componentes acesso e elenco de serviços***

**JOÃO PESSOA  
2007**

**ALINNE BESERRA DE LUCENA MARCOLINO**

**AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO CONTEXTO DAS  
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE BAYEUX-PB:  
avaliação dos componentes acesso e elenco de serviços**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Atenção à Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Jordana Almeida Nogueira

João Pessoa  
2007

M321a

Marcolino, Alinne Beserra de Lucena.

Ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família no município de Bayeux – PB: avaliação dos componentes acesso e elenco de serviços./ Alinne Beserra de Lucena Marcolino. – João Pessoa, 2007.

108p.

Orientadora: Jordana Almeida Nogueira  
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS

1. Tuberculose. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família.

CDU: 616-002.5 (043)

**ALINNE BESERRA DE LUCENA MARCOLINO**

**AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO CONTEXTO DAS  
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE BAYEUX-PB:  
avaliação dos componentes acesso e elenco de serviços**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Atenção à Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Jordana Almeida Nogueira  
Orientadora - UFPB

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Lenilde Duarte de Sá  
Examinadora - UFPB

---

Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto  
Examinador - FMRP

---

Prof.<sup>o</sup> Dr. Ronei Marcos de Moraes  
Examinador - UFPB

A **Deus**, por me permitir alcançar mais um sonho e à Maria, minha mãezinha, por colocar pessoas tão especiais ao meu lado.

Aos meus **Pais**, por terem possibilitado minha existência, educação e vontade de crescer pessoal e profissionalmente.

A minha filha, **Ana Beatriz**, que nasceu e cresceu junto a minha caminhada no Mestrado e me ensinou a somar e a dividir, priorizando o amor e a doação.

***Dedico***

## AGRADECIMENTOS

Ao meu amor, **Welber Lopes Marcolino**, pela sua companhia, compreensão e por compartilhar de meus sonhos;

A meus pais, **Jacinto Wellington Palmeira de Lucena** e **Juvina Beserra de Lucena**, pelo amor e apoio em todos os momentos de minha vida;

A meus irmãos **André** e **Ana Caroline**, por compartilharem com alegria de todas as minhas conquistas;

A toda a minha **família**, pela segurança de poder contar com vocês em qualquer momento;

A minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> **Jordana Almeida Nogueira** pelo incentivo, ensinamentos, cooperação, carinho e dedicação ao longo desta caminhada. Nada é por acaso...

Ao Prof. Dr. **Antonio Rufinno Netto**, pela atenção e contribuição significativa para aprimorar este trabalho como membro da banca examinadora;

Ao Prof. Dr. **Ronei Marcos de Moraes**, como membro da banca examinadora, por toda a colaboração e sugestões dispensadas para o enriquecimento do conteúdo desta obra;

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> **Lenilde Duarte de Sá**, pela contribuição neste estudo, no qual esteve presente em todas as suas etapas importantes;

A todo o **corpo docente do Mestrado**, pelos momentos de reflexão e aprendizado;

Às **colegas de turma** que partilharam do mesmo sonho e dividiram diferentes angústias, a certeza de que muitas conquistas alcançamos: carinho, amizade, compreensão e muitas experiências no decorrer destes 2 anos;

À **Luciana (Luludf)**, **Anna Luíza**, **Rafaela Gerbasi**, **Alinne Mendonça** e **Karla Romana**, grandes amigas que não mediram esforços, apoiando, sempre solícitas, durante toda esta trajetória. Sei que foi mais fácil com a presença de vocês...

A todos os **integrantes da Rede TB**, pela parceria nesse período e por todo o aprendizado compartilhado;

À **Alinete Moreira**, Coordenadora do Programa de Controle de TB em Bayeux, por ter colaborado para a realização desta pesquisa através de autorizações necessárias, bem como pela atenção dispensada a esta proposta;

A **todos** os profissionais das ESF do município de Bayeux que participaram deste estudo, pela disponibilidade e colaboração, pois sem esses fatores, não teria sido possível a realização desta pesquisa;

Aos funcionários do Mestrado, em especial, **Luzinete e Luciene**, por toda a disponibilidade e colaboração na confecção deste trabalho;

Enfim, agradeço **a todos** que participaram e contribuíram, de alguma maneira, para a realização deste trabalho.

*" Somos o que fazemos, mas somos,  
principalmente, o que fazemos  
para mudar o que somos"*

***Eduardo Galeano***



## RESUMO

O processo de mudança no setor saúde, advindo da implementação do Sistema Único de Saúde, vem impondo reorientação das práticas para o âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Nesta perspectiva, propôs-se a reorganização das ações de controle da Tuberculose (TB) nos níveis locais, descentralizando-se, gradualmente, a responsabilidade das ações para as Equipes de Saúde da Família (ESF). A incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos serviços vem requerendo a adoção de metodologias que permitam avaliar em que medida os componentes da APS estão sendo alcançados. Portanto, este estudo toma como recorte dois componentes da APS: acesso e elenco de serviços -, com o objetivo de analisar as ações de controle da Tuberculose no contexto das ESF no município de Bayeux-PB. Caracteriza-se como pesquisa exploratória com abordagem de predominância quantitativa, que envolveu 82 (oitenta e dois) profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O instrumento (questionário) utilizado continha 35 (trinta e cinco) perguntas fechadas, segundo possibilidades preestabelecidas produzidas a partir de uma escala intervalar do tipo *Likert*. Os dados foram tabulados utilizando um programa de computador - *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 11.5 for Windows)*, sendo apresentados sob a forma de tabelas. Os resultados evidenciaram que as ESF operam com capacidades distintas, revelando fragilidades e potencialidades na capacidade de organização das ações de controle da Tuberculose. Quanto às potencialidades, constatou-se que a descentralização do tratamento e do acompanhamento dos casos de TB vem se estabelecendo na prática das ESF; os medicamentos para o tratamento da TB apresentaram-se acessíveis para 64,6% das ESF; os insumos (pote de escarro) para baciloscopia de diagnóstico e controle foram mencionados como disponíveis para 74% das ESF; o tratamento supervisionado (TS) alcançou cobertura de 67,1% para o tratamento no domicílio e 73,2% para o TS na USF. Como fragilidades, verificou-se que 61% das ESF não realizam o procedimento de coleta de escarro na USF; o sistema de referência e contra-referência laboratorial foi referido como efetivo somente para 43,9% das ESF; apenas 42,7% das ESF disponibilizam a vacina BCG, e somente 7,3% a oferecem diariamente. Recomenda-se a adoção de mecanismos de gestão que viabilizem a uniformização e a utilização dos recursos existentes no município, que ampliem a capacidade resolutiva das ESF, promovendo eficiência na prestação de serviços, assegurando o acesso da população.

**Palavras-Chave:** Tuberculose. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

The change process in health field, arisen from the accomplishment of Total Health System, has been demanding new guidance on practices in the extent of Primary Health Attention (PHA). In this perspective, the reformulation of Tuberculosis (TB) control actions, on local levels, has been proposed, by progressively decentralizing the responsibility of actions towards Family Health Groups (FHG's). The embodiment of new sanitary practices in the services routine has been requiring the adoption of methodologies which enable to assess the degree of PHA's constituents' achievement. Therefore, this study focuses on two of such component parts – accessibility and list of services -, with the aim of analyzing Tuberculosis control actions in the context of FHG's in Bayeux, Paraíba state. It is identified as an exploratory research with prevailing quantitative approach, which has engaged 82 (eighty-two) health professionals, among doctors, nurses, nursery assistants and health community agents. The applied tool (questionnaire) has contained 35 (thirty-five) closed questions, based on previously determined liabilities that are produced by means of an intervallic scale of Likert kind. The data have been tabulated with the use of a computer program – Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, version 11.5 for Windows), presented in the form of tables. The outcome has proved that the FHG's operate with different capabilities, and thus, display weaknesses and potentialities as to the ability of organization of Tuberculosis control actions. As to the potentialities, the research has appointed that the decentralization of both treatment and accompanying of TB cases has been established in the practice of the FHG's; the medicine for TB treatment has been available for 64,6% of such groups; the inputs (mucus pot) for the bacillus diagnosis and control test have been viewed as available for 74% of the FHG's; the Supervised Treatment (ST) has achieved coverage of 67,1% for home treatment, and 73,2% for the one in the FHG. As to the weaknesses, this study has noted that 61% of the FHG's do not employ the procedure of mucus extraction in the FHG; the laboratory reference and counter-reference system has been referred as effective for only 43,9% of the FHG's; only 42,7% of such groups provide the BCG vaccine, and only 7,3% offer it daily. The study suggests the adoption of management mechanisms that are feasible towards uniformization and application of the town's existent resources. In addition, such mechanisms should enlarge the FHG's resolute capability, when providing competence in the services performance and when assuring population access.

**Key-words:** Tuberculosis. Primary Health Attention. Family Health Strategy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>FIGURA 1</b>	Mapa do Estado da Paraíba com destaque para os seis municípios prioritários no controle da TB	20
<b>FIGURA 2</b>	Mapa do Município de Bayeux – PB	43
<b>QUADRO 1</b>	Distribuição das Unidades de Saúde da Família por Distritos de Saúde	44
<b>QUADRO 2</b>	Distribuição dos profissionais que constituíram a amostra segundo Distritos de Saúde do Município de Bayeux – PB	45

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b>	Acesso: o sintomático/doente realiza a coleta de escarro na Unidade?	52
<b>TABELA 2</b>	Acesso: a unidade de saúde está aberta durante o fim de semana?	53
<b>TABELA 3</b>	Acesso: quando a unidade está fechada, existe um número de telefone para marcar consulta ou pedir informação?	54
<b>TABELA 4</b>	Acesso: a unidade de saúde fica aberta pelo menos um dia na semana depois das 18 horas?	55
<b>TABELA 5</b>	Acesso: se o doente necessitar de atendimento no horário de almoço, ele é atendido?	56
<b>TABELA 6</b>	Acesso: os doentes de TB podem conseguir uma consulta nesta unidade?	57
<b>TABELA 7</b>	Acesso: os doentes de TB podem obter uma consulta médica no prazo de 24 horas?	58
<b>TABELA 8</b>	Acesso: durante os 6 últimos meses, com que frequência a unidade teve suprimento e oferta adequada de medicamentos para o tratamento da TB?	59
<b>TABELA 9</b>	Acesso: existe algum tipo de auxílio-deslocamento para o doente vir consultar na unidade?	61
<b>TABELA 10</b>	Acesso: a unidade oferece vale-transporte para o doente vir fazer o TS?	62
<b>TABELA 11</b>	Acesso: com que frequência você vai ao domicílio do doente?	63
<b>TABELA 12</b>	Valor de Mediana para o componente “Acesso” por Distrito de Saúde no município de Bayeux - PB	65
<b>TABELA 13</b>	Elenco de serviços: oferecimento de pote de escarro para diagnóstico?	68

<b>TABELA 14</b>	Elenco de serviços: oferecimento de pote de escarro para controle?	69
<b>TABELA 15</b>	Elenco de serviços: coleta de material (escarro) na unidade?	70
<b>TABELA 16</b>	Elenco de serviços: encaminhamento do material (escarro) para o laboratório?	71
<b>TABELA 17</b>	Elenco de serviços: o resultado do exame de laboratório é encaminhado para a unidade?	72
<b>TABELA 18</b>	Elenco de serviços: o resultado do exame de laboratório é entregue com rapidez?	73
<b>TABELA 19</b>	Elenco de serviços: tratamento supervisionado no domicílio?	74
<b>TABELA 20</b>	Elenco de serviços: tratamento supervisionado na unidade de saúde?	75
<b>TABELA 21</b>	Elenco de serviços: entrega de cestas básicas, vale-alimentação?	77
<b>TABELA 22</b>	Elenco de serviços: realização de teste de pele (prova tuberculínica)?	79
<b>TABELA 23</b>	Elenco de serviços: é oferecida a vacinação BCG na unidade?	80
<b>TABELA 24</b>	Elenco de serviços: a vacinação BCG é realizada diariamente?	81
<b>TABELA 25</b>	Elenco de serviços: a vacinação BCG é realizada semanalmente?	81
<b>TABELA 26</b>	Valor de Mediana para o componente “Elenco de Serviços” por Distrito de Saúde no município de Bayeux - PB	83

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ACS</b>	Agentes Comunitários de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>AIDS</b>	Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida
<b>CNPS</b>	Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária
<b>DOTS</b>	<i>Directly Observed Therapy Short-Course</i>
<b>DS</b>	Distrito Sanitário
<b>DST</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>ESF</b>	Equipes de Saúde da Família
<b>GPSM</b>	Gestão Plena do Sistema de Saúde
<b>HIV</b>	<i>Human Immunodeficiency Vírus</i>
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>PAB</b>	Piso de Atenção Básica
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PB</b>	Paraíba
<b>PCT</b>	Programa de Controle da Tuberculose
<b>PNCT</b>	Programa Nacional do Controle da Tuberculose
<b>PPI</b>	Programação Pactuada Integrada
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>REDE – TB</b>	Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
<b>SAT</b>	Tratamento auto-administrado
<b>SINAN</b>	Sistema Nacional de Agravos e Notificação
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TS</b>	Tratamento Supervisionado
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	15
<b>1.1</b>	<b>A problemática e o objeto de estudo</b>	15
<b>2</b>	<b>QUADRO TEÓRICO</b>	24
<b>2.1</b>	<b>Atenção Primária no contexto dos sistemas de saúde</b>	24
<b>2.2</b>	<b>Avaliação dos Serviços de Saúde</b>	31
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	41
	<b>Tipo de pesquisa</b>	41
	<b>Cenário da Investigação</b>	42
	Informações gerais sobre o Município	42
	O Programa de Controle da Tuberculose no Município de Bayeux	43
	<b>População e amostra</b>	45
	<b>Instrumento e coleta de dados</b>	46
	Etapas percorridas para o Trabalho de Campo	46
	<b>Análise dos dados</b>	48
	<b>Procedimentos Éticos</b>	48
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	50
	<b>Acesso</b>	50
	Análise descritiva por distrito: Acesso	51
	<b>Elenco de serviços</b>	66
	Análise descritiva por distrito: Elenco de Serviços	67
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES</b>	86
	<b>REFERÊNCIAS</b>	92
	<b>APÊNDICES</b>	101
	<b>ANEXO</b>	108

# *Introdução*

---

*[...] que ao lado da incorporação de métodos, técnicas e instrumentos que confirmam “cientificidade” às práticas de saúde, se leve em conta a intuição, a criatividade, a invenção do novo, para além das normas e modelos.*

*(Carmem Teixeira)*



# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 A problemática e o objeto de estudo

A tuberculose é um problema mundial de saúde que tem conseguido resistir a grandes programas de controle. Em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a Tuberculose (TB) em estado de emergência no mundo, sendo, ainda hoje, a maior causa de morte por doença infecciosa em adultos (BRASIL, 1999).

Segundo estimativas da OMS, entre os anos de 2000 e 2020, serão 1 bilhão de novos infectados pelo *Mycobacterium tuberculosis*, sendo que 200 milhões desenvolverão a doença (WORLD..., 2002). Ressalta-se que 80% dos casos concentram-se em 22 países do mundo, sendo estes: Índia, China, Indonésia, Bangladesh, Paquistão, Nigéria, Filipinas, África do Sul, Etiópia, Vietnã, Rússia, República Democrática do Congo, Brasil, Tanzânia, Quênia, Tailândia, Myanmar, Afeganistão, Uganda, Peru, Zimbábue e Cambodja (WORLD..., 2005).

Em 2002, na região das Américas, foram notificados 233.648 casos de tuberculose por todas as formas, com taxa de incidência de 27,2 por 100 mil habitantes. Na atualidade, existem somente três países com taxas superiores a 85 por 100 mil habitantes; dois entre 50-85; 10 entre 25-49 e o restante (10 países), com taxas abaixo de 25 por 100.000 habitantes (WORLD..., 2005). O Brasil e o Peru notificaram 67% do total de casos da América (ORGANIZAÇÃO..., 2002). A tendência de casos e taxas de tuberculose tem mostrado estabilidade durante o período de 1990-1998, e um relativo decréscimo entre 1999 e 2002.

O relatório de 2005 da OMS retratava o Brasil com incidência de tuberculose de aproximadamente 60/100 mil habitantes e a incidência dos casos confirmados por baciloscopia de escarro de aproximadamente 26/100 mil habitantes, prevalência de 42/100 mil habitantes, ocupando a 16ª posição no ranking de países com a mais alta carga de tuberculose (WORLD..., 2005).

Dentre as doenças infecto-contagiosas, a tuberculose é a 9ª causa de internações e a 4ª causa de mortalidade em todo o País. Entre as razões para tal cenário deve-se assinalar: desigualdade social e suas implicações; aglomerados humanos populacionais, advento da *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS), movimentos migratórios e envelhecimento da população. Nas últimas décadas, o controle da tuberculose foi fortemente negligenciado

pelas políticas públicas, pela sociedade e mesmo pela comunidade científica na falsa ilusão de que o problema estaria resolvido e/ou sob controle. Acrescenta-se a estes fatos o aumento progressivo de bacilos multirresistentes aos medicamentos disponíveis no mercado (WORKSHOP-REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM TUBERCULOSE, 2002; SILVA, 2006).

Ruffino Netto (1999) aponta que o agravamento da situação epidemiológica da doença, no Brasil e em outros países, deve-se ao fato da mitificação de que a tuberculose seria uma doença do passado e, portanto, estaria sob controle ou já controlada. O que resulta em uma postura dos serviços de saúde, dos profissionais da área e, inclusive, do aparelho formador de Recursos Humanos de pouco pensar na magnitude e no encaminhamento das soluções para o controle da doença.

Oliveira; Marín-León; Cardoso (2004) acrescentam que o aumento da incidência da doença pode ser justificado, pela perda do interesse em muitos problemas não resolvidos de imunidade, profilaxia, terapia e identificação microbiológica da tuberculose, além do descaso com as lições sobre resistência dos microorganismos aos antibióticos.

Entre os estados brasileiros, fatores como diferenças sócio-econômicas, de estruturação dos programas, de controle da tuberculose e da associação entre tuberculose e AIDS são responsáveis pelas variações observadas nos indicadores da tuberculose, e o risco de infecção da doença cresce de 0,3 a 2,5% desde os estados do sul em direção aos estados do norte e nordeste do país (RUFFINO-NETTO, 2000).

Frente ao quadro alarmante, inúmeras ações e investimentos têm sido empreendidos, em esfera mundial, para combater a tuberculose. Os esforços globais e atuais para o controle da doença justapõem três distintas dimensões: humanitária; econômica e saúde pública. Aliviar a doença, o sofrimento e a morte dos indivíduos por TB, assim como, a convocação para aproximações centradas no indivíduo, constituem-se nos maiores interesses humanitários. Na dimensão econômica, o controle da TB está relacionado à redução dos custos diretos e indiretos para os indivíduos e para a sociedade, alívio da pobreza e promoção do desenvolvimento. Na dimensão da saúde pública, o interesse é o diagnóstico e o tratamento dos pacientes para diminuir a transmissão da doença na comunidade. Portanto, é necessário o desenvolvimento de um Programa de Controle da Tuberculose (PCT) bem organizado, que dê resposta e se adapte à reforma do setor saúde (WORLD..., 2002).

Com o propósito de reverter este quadro, a Organização Mundial da Saúde (OMS)

vem estabelecendo novas diretrizes de trabalho e recomendando estratégias globais para o controle efetivo da tuberculose nos países (BRASIL, 1997a). Dentre as estratégias propostas pela OMS, vem sendo amplamente difundida a adoção do DOTS (*Directly Observed Treatment Short-Course*), que enfatiza: a) necessidade de compromisso político-governamental através dos gestores da saúde; b) aumento na detecção de pelo menos 70% dos casos estimados de TB pulmonar bacilífero (utilizando o resultado positivo da baciloscopia no escarro espontâneo); c) aumento nas taxas de cura acima de 85%, com a adoção do tratamento medicamentoso de curta duração, contendo rifampicina e isoniazida sob supervisão direta; d) provisão regular dos medicamentos; e e) sistema de notificação de casos de TB adequado para o monitoramento das atividades de controle (CASTELO FILHO *et al.*, 2004).

No Brasil, a estratégia DOTS foi proposta oficialmente no ano de 1998, com o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), cujas diretrizes estabeleciam que o Ministério da Saúde seria responsável pelo estabelecimento das normas; pela aquisição e abastecimento de medicamentos; pela referência laboratorial e de tratamento; coordenação do sistema de informações; apoio aos estados e municípios, e articulação intersetorial, visando maximizar os resultados das políticas públicas (RUFINO NETTO, 2002).

Em 2000, com a incorporação do Programa Nacional de Controle da TB (PNCT) pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde estabelecem-se novas diretrizes de trabalho, com vistas à incorporação das ações de controle da tuberculose no âmbito da atenção primária. Este processo impôs reorganização das ações de controle da TB nos níveis locais, até então, gerenciados e organizados pelas esferas nacional e estadual.

Assim, redefine-se a estrutura do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), atribuindo-se competências a cada nível de governo. No nível federal, através do Ministério da Saúde e da Fundação Nacional de Saúde, coube a formulação da Política Nacional, elaboração de normas, avaliação de ações e apoio aos estados e municípios com recursos estratégicos. No nível estadual, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, coube o papel de apoiar os municípios nas suas atividades de planejamento, avaliar suas ações, garantir a execução das normas federais e oferecer recursos mais complexos que complementassem as ações municipais. Aos municípios, atribuiu-se o planejamento e a execução de maior parte das ações, a avaliação dessas ações pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), capacitação de recursos humanos, entre outras atividades, executadas por meio das Secretarias Municipais de Saúde, com seus respectivos setores técnico-administrativos (BRASIL, 2006a).

Destaca-se que o esforço nacional de implantação da Estratégia Saúde da Família tem possibilitado uma significativa ampliação do acesso aos serviços de atenção primária a saúde. Dados de 2005 apontam a existência de mais de 24.000 equipes de saúde da família, promovendo a expansão do cuidado para mais de 80 milhões de cidadãos brasileiros (ORGANIZAÇÃO..., 2004).

Ruffino Netto (1999) assinala que a inserção das ações de controle da tuberculose no âmbito das ESF poderia promover integração dos serviços, significando oportunidade para expansão das atividades de controle da doença, bem como complementaridade, ou seja, “mais unidades de saúde poderiam se unir ao PNCT, com integração das ações do programa as demais ações de saúde”. Ainda ressalta que a descentralização permitiria a expansão do alcance das ações de controle, pois as decisões ficariam mais próximas da população, os recursos seriam mais efetivos, o que facilitaria o acompanhamento dos casos.

Nesta perspectiva, é esperado que os serviços de saúde se organizem e as ESF incorporem em suas atividades a responsabilização pelo desenvolvimento de controle da tuberculose. De acordo com Brasil (2002), as ESF devem estar capacitadas para realizar a suspeição e o diagnóstico dos potenciais casos; tratar e supervisionar a ingestão medicamentosa dos casos diagnosticados; acompanhar os contatos; manter atualizado o sistema de informação; realizar ações educativas e preventivas (BCG, quimioprofilaxia), junto à comunidade, sendo estas, atribuições essenciais para o controle da tuberculose.

Esta experiência vem se consolidando nas práticas de saúde de maneira gradativa e heterogênea diante das particularidades regionais e dos próprios atores envolvidos neste processo. Estudos realizados nos municípios prioritários do estado de São Paulo, em 2005, mostraram que há uma tendência de descentralização das atividades de natureza técnica (entrega de medicamentos, observação da ingestão medicamentosa através do Tratamento Supervisionado (TS) e busca de sintomáticos respiratórios para as Unidades Básicas de Saúde (UBS's). As atividades gerenciais (manejo do sistema de informações, monitoramento da situação da TB a partir do banco de dados EPI-TB, planejamento e execução de treinamentos/capacitações, supervisões das equipes locais de saúde) são realizadas pela coordenação municipal do PCT e se configuram de maneira centralizada. As atividades de diagnóstico/tratamento são desenvolvidas, principalmente, nos PCT's das Unidades de Referência/Ambulatórios de Especialidades (54,5%) e são realizadas apenas 27,3% nas UBSs. Acredita-se que, para contribuir efetivamente com as ações de controle da TB, seria

necessária, primeiro, uma expansão da estratégia saúde da família e maior cobertura da população por este modelo de atenção (VILLA *et al.*, 2006).

Vendramini *et al.* (2006), em estudo realizado no município de São José do Rio Preto (SP), evidenciaram que o DOTS trouxe contribuições significativas para a redução da taxa de abandono e óbito. Entretanto, a taxa de cura sofreu um impacto nos primeiros anos, porém se manteve nos mesmos patamares, nos anos seguintes. O mesmo foi relatado por Muniz *et al.* (2005) no município de Ribeirão Preto-SP. A estratégia trouxe mudanças nos indicadores de abandono ao tratamento. Nos primeiros cinco anos, houve aumento nas taxas de cura, não alcançando, no entanto, os 85% esperados pelo PNCT.

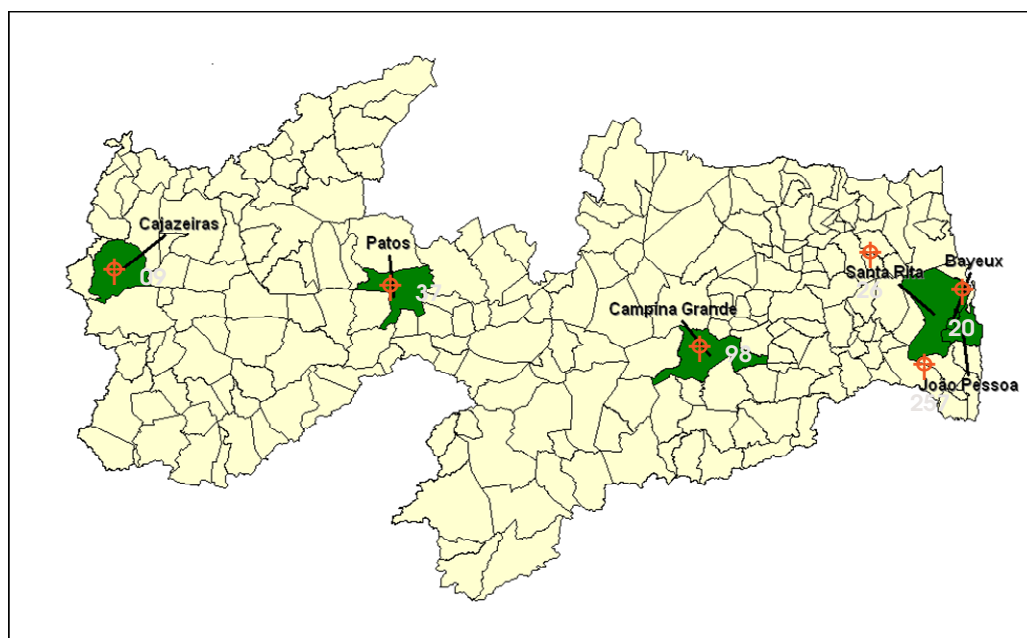
No estado da Paraíba, a implantação da estratégia DOTS ocorreu em 1999, e sua expansão vem se conformando à medida que se reorganiza a rede de assistência à saúde, articulada sobretudo à ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Inicialmente, foram selecionados dez municípios que se enquadravam nos seguintes critérios: população superior a 50 mil habitantes, maior carga bacilar e retaguarda laboratorial de referência. Em 2001, mediante avaliação e decisão do Núcleo de Doenças Endêmicas da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba (NDE-SES/PB), a estratégia DOTS foi implantada em mais vinte municípios, resultado de pactuação entre as esferas estadual e municipal, como medida de garantir a implantação, a implementação e a descentralização das ações de controle da TB, junto à Estratégia Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (LIMA, 2005; PARAÍBA, 2001; SÁ *et al.*, 2006).

A implantação da estratégia DOTS ocasionou repercussões positivas nos indicadores epidemiológicos da TB. Entre 1999 e 2004, o percentual de cura aumentou de 67,8% para 92% e a taxa de abandono decresceu de 16,6% para 2% respectivamente (SILVA, 2006). Em 2005, o percentual de cura da doença alcançou 94,1% em municípios que operacionalizaram o TS e 72% nos municípios que não o adotaram. Em 2006, o Estado registrou incidência de 32,4 por 100.000 hab, para as formas pulmonares bacilíferas, e taxa de mortalidade por TB de 1,37 por 100.000 hab (PARAÍBA, 2007).

Ressalta-se que a implantação e expansão da estratégia DOTS no Estado da Paraíba vem se constituindo, orientada pela mobilização técnica e política em torno das ações de controle da TB. No ano de 2005, foram capacitados 499 profissionais, repercutindo na implantação das ações do PCT em 164 (73,54%) dos 223 municípios do estado. Atualmente, segundo informações do NDE-SES/PB, dos 223 municípios da Paraíba, 186 (83,4%) utilizam

a estratégia DOTS para o controle da tuberculose, representando uma cobertura populacional de 95% (PARAÍBA, 2007)

Não obstante, é interessante reconhecer que os municípios agregam especificidades locais, sejam elas de cunho político, organizacional, humano, que os tornam heterogêneos na dinâmica de enfrentamento da doença. Em estudo realizado por Sá *et al.* (2006), em que foram avaliados os seis municípios considerados prioritários para o controle da TB na Paraíba (João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos e Cajazeiras), evidenciou-se que, nos municípios menores e do interior, onde houve avanço na implantação e na expansão do número de ESF, as ações de controle da TB, em especial, o Tratamento Supervisionado (TS), foi incorporado por estas equipes, repercutindo positivamente no aumento dos percentuais de cura da doença. Nos municípios de pequeno porte, localizados no sertão e na região metropolitana, todas as equipes aderiram ao TS. Por outro lado, nos dois maiores municípios do Estado (João Pessoa e Campina Grande), apesar do aumento da cobertura de ESF, nem todas adotaram o TS. O estudo apontou ainda que a situação dos grandes centros urbanos do estado da Paraíba deveria ser melhor investigada em termos de barreiras à incorporação das atividades de controle da TB pelas Equipes de Saúde da Família (ESF).



**Figura 1** - Mapa do Estado da Paraíba com destaque para os seis municípios prioritários no controle da TB.

Fonte: SÁ *et al.* (2006, p. 143)

O município de Bayeux, pertencente à região metropolitana, apesar de apresentar características e problemas peculiares aos grandes centros urbanos, alcançou êxito na implantação das ações de controle da TB, registrando índices desejáveis nos percentuais de cura, fato associado principalmente à atuação das equipes de saúde da família (ESF), apresentando taxa de cura superior a 85% (LIMA, 2005; PARAÍBA, 2001; SÁ *et al.*, 2006).

Considerando os resultados alcançados pelo município de Bayeux, destaca-se a necessidade de ampliar investigações e de aprofundar a discussão sobre quais fatores vêm determinando melhor desempenho das Equipes de Saúde da Família (ESF) no desfecho terapêutico dos casos de tuberculose. Macinko *et al.* (2004) apontam que a descentralização das ações de saúde para o âmbito das ESF vem requerendo a adoção de pesquisas e metodologias que permitam avaliar o alcance desta estratégia e o impacto destas inovações na organização dos serviços da atenção primária à saúde (APS).

Nesta direção, Felisberto (2006) acrescenta que “a avaliação da incorporação de novas práticas sanitárias na rotina de profissionais” possibilita monitorar a capacidade dos serviços em responder às necessidades de saúde, acompanhar os efeitos das intervenções, identificar e corrigir problemas e retro-alimentar equipes de saúde, gestores, políticos e comunidade.

Portanto, nesta perspectiva, a avaliação não compreende apenas a identificação de problemas ou o diagnóstico de uma determinada situação, mas com base no que foi avaliado, mudar a realidade, procurando seu aperfeiçoamento. Caracteriza-se como um poderoso instrumento de mudança, sendo seu maior objetivo: identificar, analisar e corrigir situações potencialmente melhoráveis (PISCO, 2006).

Diante dos aspectos citados e compreendendo a relevância da avaliação como uma ferramenta de aprimoramento do Sistema Único de Saúde, enfatiza-se a necessidade de avaliar em que medida os componentes da APS (primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação) vêm sendo alcançados.

Em suma, este estudo direciona-se para avaliar o cumprimento de dois componentes da APS – acesso e elenco de serviços – no tocante às ações de controle da TB desenvolvidas no contexto das ESF de Bayeux. Sendo assim, elaborou-se uma questão preliminar necessária para a construção dos objetivos: em que medida o desempenho da ESF está relacionado à estrutura e/ou capacidade organizacional (disponibilidade de insumos, referência e contra-referência, horário de funcionamento da unidade) existente no município de Bayeux?

Para pesquisar a problemática apresentada, o estudo propôs como objetivos:

Objetivo geral:

- Analisar as ações de controle da TB, segundo os componentes acesso e elenco de serviços no contexto das ESF no Município de Bayeux – PB.

Objetivo específico:

- Avaliar as fragilidades e potencialidades das ações de controle da TB a partir dos componentes acesso e elenco de serviços no Município de Bayeux - PB.



# *Quadro Teórico*

---

*Actuar sem dispor da informação é perigoso.  
Dispor da informação e não actuar é trágico.*

*(David Cottle)*

## 2 QUADRO TEÓRICO

### 2.1 Atenção Primária no contexto dos sistemas de saúde

A situação em que se encontram os sistemas de serviços de saúde na atualidade é complexa, e vem exigindo que sejam repensados e redefinidos os papéis do setor saúde. Segundo Starfield (2002), uma grande parte do ímpeto para as mudanças origina-se dos custos sempre crescentes da atenção, decorrentes do envelhecimento da população, melhor sobrevivência dos doentes crônicos como resultados de tratamentos médicos aprimorados e o crescente papel das dispendiosas tecnologias no diagnóstico e no manejo da doença.

Existem evidências se acumulando no mundo, demonstrando que nos locais onde os sistemas de serviços de saúde são organizados para a atenção primária de boa qualidade, os resultados são melhores, do que quando os sistemas se apresentam com uma qualidade de atenção primária inferior (MENDES, 2002).

A atenção primária à saúde (APS) foi enunciada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma Ata, em 1978, e reconhecida como uma porção integral, permanente e onipresente do sistema formal de atenção à saúde em todos os países do mundo (STARFIELD, 2002).

A partir do consenso alcançado na conferência, a atenção primária à saúde foi definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meio aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de confiança e autodeterminação. É parte integral de 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 (WORLD..., 2002, p.1).

Nessa ocasião, foram especificados os componentes fundamentais da atenção primária: educação em saúde; saneamento ambiental, especificamente, de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar;

prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional (STARFIELD, 2002).

Entretanto, ao estabelecer a agenda para operacionalização das metas acordadas em Alma-Ata, constatou-se que os países industrializados já as haviam alcançados em grande parte, enquanto a maioria dos países em desenvolvimento estava longe de atingi-las, gerando, assim, variação na interpretação da “atenção primária à saúde” (MENDES, 2002).

Segundo Vuori (1985, p. 40), o significado da APS se expandiu para incluir vários setores e sua implementação se tornou cada vez mais estreita.

[...] esse significado foi mudando e se confundindo com o de atenção básica, sendo que, para alguns autores, se refere a um determinado nível de atenção; para outros, é um conjunto de serviços ou intervenções em saúde ou uma estratégia de conscientização das comunidades para melhora de seus problemas coletivos de saúde.

Mendes (2002) assinala três correntes interpretativas para atenção primária à saúde: atenção primária seletiva, atenção primária à saúde como nível primário do sistema de serviços de saúde e atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde.

No primeiro caso, a atenção primária é entendida como um programa específico, focalizado em pessoas e regiões pobres, onde se oferece um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem possibilidade de referência em nível de atenção de maior densidade tecnológica.

A interpretação de atenção primária à saúde, como o nível primário do sistema de serviços de saúde, é concebida como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a minimização dos custos econômicos e a satisfação às demandas da população de forma restrita ao primeiro nível do sistema (MENDES, 2002).

Finalmente, a interpretação de atenção primária à saúde, como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde compreende-se como:

[...] uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, implicando em articulação da atenção primária à saúde dentro de um sistema integrado de serviços de saúde. (MENDES, 2002, p.10).

Esta última corrente se assenta no entendimento de que a atenção primária à saúde dar-se-á pelo conhecimento e pela operacionalização de seus princípios ordenadores: acesso, longitudinalidade (vínculo), integralidade (elenco de serviços), coordenação, focalização na família e orientação comunitária.

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

**Porta de Entrada** - implica acesso e uso do serviço de APS a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde (STARFIELD, 2002, p. 61), sempre como o primeiro atendimento procurado, exceto nos casos de urgência. Este conceito será abordado nas questões relativas ao acesso.

**Vínculo (*longitudinality*)** - pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim, a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população adscrita, bem como os indivíduos desta população, que deveriam receber atendimento na unidade, exceto quando fosse necessário realizar consulta especializada ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com a unidade de saúde requer o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde (STARFIELD, 2002, p. 62).

**Elenco de serviços (*comprehensiveness*)** - implica que as unidades de atenção primária devem estabelecer arranjos para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde de que necessite. Isto inclui o elenco de serviços que a unidade oferece e os encaminhamentos para consultas especializadas (nível secundário), serviços terciários, internação domiciliar e outros serviços comunitários (STARFIELD, 2002, p. 62).

**Coordenação (ou integração dos serviços)** - pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou

ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos. Inclui, ainda, o encaminhamento e o acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados. Por exemplo, os problemas observados em consultas anteriores, ou pelos quais houve algum encaminhamento para outros profissionais especializados, deveriam ser avaliados nas consultas subseqüentes (STARFIELD, 2002, p. 63).

**Enfoque familiar** - pressupõe a consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, sendo que a avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar e a exposição a ameaças à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento do desafio dos recursos familiares limitados. Resulta do alcance do elenco de serviços e da coordenação (STARFIELD, 2002, p. 487).

**Orientação para a comunidade** - implica o reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser conhecido e tomado em consideração (STARFIELD, 2002, p. 489).

Mendes (2002) aponta que os sistemas de serviços de saúde que se estruturam em conformidade com os princípios ordenadores, são mais eficazes e de qualidade. (MENDES, 2002).

No Brasil, as primeiras ações em direção à estruturação da APS, datam de 1982 com a institucionalização das Ações Integradas de Saúde (AIS). Todavia, foi com as lutas e discussões advindas do Movimento da Reforma Sanitária, que o país institucionalizou a saúde como “direito”, e avançou em direção à construção de um Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (lei nº 8080/90 e lei nº 8142/90) que estabeleceram princípios de ordem, “ético-doutrinária e organizacional-operativa. Os primeiros podem ser resumidos na universalidade, equidade e integralidade e os segundos na descentralização, regionalização, hierarquização da rede e participação social” (SHERER; MARINO; RAMOS, 2005, p.18).

A descentralização tem sido uma das diretrizes organizacionais mais enfatizadas no processo de construção do SUS, gerando mecanismos fortemente indutores da responsabilização municipal para a gestão. Para regulamentar a transferência de recursos financeiros, entre as esferas de governo, foram instituídas as Normas Operacionais Básicas (NOB/91, NOB/93/, NOB/96) e, posteriormente, as Normas Operacionais de Saúde (NOAS/SUS/ 01 e 02).

A NOB-SUS 1993 criou as alternativas de gestão: incipiente, parcial e semiplena. Apenas no último nível, os municípios assumiam responsabilidades e tinham maior controle da gestão do sistema. Também foram estabelecidas as comissões intergestoras (tripartite e bipartite) com previsão de transferências de recursos fundo a fundo, em conformidade com o tipo de gestão assumida pelos municípios. Entretanto, nesse período, prevaleceu o modelo de repasses financeiros às esferas descentralizadas baseado no pagamento faturado dos serviços prestados, o que propiciou uma lógica de atenção baseada na produção de serviços. Segundo Giovanella *et al.* (2002), os estímulos à capacidade gestora dos municípios incidiram pouco sobre questões como equidade, resolutividade da rede e modelo de atenção.

A NOB-SUS 1996 reforça a política de descentralização, estabelecendo categorias de gestão: Gestão Plena de Sistema de Saúde (GPSM) e Gestão Plena de Atenção Básica de Saúde para os municípios. Nesse período, houve importantes avanços no processo de descentralização, decorrente da implantação do Piso de Atenção Básica (PAB) para as ações de atenção primária, e a introdução de incentivos específicos para áreas estratégicas aumentando a transferência de recursos. Esse incentivo foi determinante para o crescimento do número de equipes de saúde da família, uma vez que a institucionalização do Programa Saúde da Família (PSF) ganhou evidência significativa, como instrumento de reorganização do sistema, a partir da priorização da atenção básica de saúde (BARATA, TANAKA, MENDES, 2004). Na perspectiva de estruturar este novo modelo de gestão, fez-se necessária a utilização de instrumentos de planejamento e regulação do sistema, elaborados em sintonia com as diretrizes da política de descentralização contidas na Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/02 (NOAS 01/02) (BODSTEIN, 2002).

O processo culminou com a criação da Programação Pactuada e Integrada (PPI), na qual são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Esta programação tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, além de definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios (BRASIL, 2006a).

Embora a PPI tenha representado um importante avanço no processo de consolidação da gestão do SUS, ainda depara-se com limitações que impedem a construção das redes regionalizadas e hierarquizadas, dificultando a atenção integral à saúde da população (BRASIL, 2006a). Segundo Barata, Tanaka, Mendes (2004), existem grandes diferenças de

desenvolvimento econômico e social entre os municípios e as regiões, exigindo que, ao lado da municipalização da gestão, sejam tomadas medidas que visem à implementação dos serviços de saúde em áreas menos privilegiadas. Ainda, para os autores, é necessário impulsionar a “regionalização” e a “hierarquização”, pois a ampliação do acesso da população de diferentes regiões somente será possível, conquanto os serviços e ações de saúde estejam integrados, considerando, principalmente, os pequenos municípios onde os recursos são escassos.

Tendo em vista a superação destes entraves, houve mudanças nos processos de qualificação da gestão dos municípios e estados, bem como nos mecanismos de alocação e transferência de recursos dispostos na portaria GM/399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela saúde 2006 e aprova suas diretrizes operacionais (BRASIL, 2006a).

Apesar dos avanços na implementação do SUS, seus princípios ainda não são realidade no cotidiano da atenção. Giovanella *et al.* (2002) apontam que os princípios da descentralização e da universalização são mais visíveis, entretanto, a integralidade e o controle social ainda são incipientes.

Mendes (2002) sinaliza que a superação destas fragilidades exigiria transformações na forma de organização dos serviços de saúde. Estruturar sistema de serviços de saúde na perspectiva da APS implicaria em superar a fragmentação em busca de um sistema integrado de serviços de saúde.

Contemporaneamente, a organização dos sistemas e serviços de saúde agrega-se em duas opções alternativas: os sistemas fragmentados ou os sistemas integrados de serviços de saúde. Mendes (2002) aponta que entre os fatores que diferenciam tais sistemas estão a comunicação entre os diferentes pontos de atenção à saúde, a continuidade da assistência e a forma de organização dos níveis de atenção. Nesse sentido, os sistemas fragmentados de serviços de saúde, fortemente hegemônico, são aqueles que se organizam por um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicáveis entre si, sendo incapaz de prestar uma assistência continuada às pessoas e de se responsabilizar por uma população determinada. Além disso, os pontos de atenção à saúde se organizam por um sistema piramidal hierarquizado, segundo uma complexidade crescente, que vai do nível primário ao nível quaternário, tratando-se de um sistema voltado para a atenção a condições agudas que se manifestam de forma abrupta e evoluem para a cura rapidamente.

Por outro lado, os sistemas integrados de serviços de saúde se organizam por meio de uma rede integrada, de permanente comunicação entre os diferentes pontos de atenção, prestando uma assistência contínua a uma população definida. Aqui, não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal integrada para a atenção a eventos crônicos, cuja manifestação é gradual e o resultado não é a cura, mas o acompanhamento em longo prazo (MENDES, 2002).

Deste modo, a concepção de integralidade corresponde à oferta organizada do sistema de serviços de saúde, cuja característica coordenadora é o elemento responsável pela garantia da atenção em diferentes níveis de complexidade, assegurando uma variedade de serviços e os arranjos necessários para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde (STARFIELD, 2002).

A autora supra citada acrescenta que o desempenho de um sistema de serviços de saúde são as ações que constituem a oferta e o recebimento de serviços, envolvendo tanto ações por parte dos profissionais de saúde no sistema como as ações da população. Destaca que a utilização dos serviços por parte da população refere-se à extensão e ao tipo de uso dos serviços de saúde, e o reconhecimento de problemas por profissionais de saúde é a etapa que precede o processo diagnóstico, estando estes intrinsecamente ligados a questões estruturais como, por exemplo, a acessibilidade (localização do serviço), variedade de serviços (pacote de serviços disponíveis à comunidade), população eletiva (população pela qual assume responsabilidade) e continuidade (atenção oferecida em uma sucessão ininterrupta de eventos).

Neste contexto insere-se, oportunamente, a necessidade de introduzir mecanismos que permitam avaliar a capacidade e o desempenho do sistema de serviço de saúde na APS. Ao avaliar o efeito de uma política de saúde no desempenho dos serviços, “é preciso valorizar o sinergismo entre os determinantes vinculados à política de saúde, aos serviços de saúde (estruturas, recursos humanos e processos) e o estado de saúde das populações” (FACCHINI *et al.*, 2006 p. 670).

Embora se reconheça a importância de se avaliar a capacidade e o desempenho do sistema de serviço na APS, este estudo elegeu dois elementos estruturais relevantes à atenção primária à saúde: acesso e elenco de serviços.



## 2.2 Avaliação dos Serviços de Saúde

No momento em que se discute a importância do fortalecimento e da reorganização da atenção primária para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS), Bodstein (2002, p.406) percebe a necessidade de se investir na avaliação “considerando as mudanças provocadas pelas iniciativas por parte do gestor federal do SUS e a capacidade de resposta dos municípios em diferentes contextos”. Neste ponto, traz para discussão a reflexão sobre quais ferramentas metodológicas conferem melhor ajuste para os procedimentos avaliativos na contemporaneidade.

Na literatura, evidencia-se que sempre existiram mecanismos de avaliação dos serviços de saúde, voltados, entretanto, para a avaliação da qualidade da prática médica. Em 1978, a OPS desenvolveu um estudo acerca da “Avaliação da Eficácia e da Seguridade das Tecnologias Médicas”, demonstrando que "o uso da estatística e da avaliação científica dos cuidados médicos se desenvolveu lentamente, pois, em geral, não era considerado aspecto essencial da Medicina" (ORGANIZAÇÃO..., 1978, p.18)

Talvez a primeira sistematização contemporânea de um mecanismo de avaliação do ensino — e, por consequência, da prática médica — tenha sido o conhecido relatório Flexner, publicado em 1910, no qual Flexner atenta para a necessidade de controle do exercício profissional, ao avaliar a educação médica e denunciar, de maneira muito enfática, as precárias condições da prática profissional. Na trilha aberta pelo relatório Flexner e respondendo, fundamentalmente, às mesmas determinações, surge outro trabalho clássico sobre avaliação dos serviços de saúde, publicado em 1916, o qual apresentava proposta metodológica de avaliação rotineira do estado de saúde dos pacientes, para estabelecer os resultados finais das intervenções médicas intra-hospitalares (REIS *et al.*, 1990).

Com os crescentes custos da atenção médica, em especial, nos países desenvolvidos, e, com o aumento da complexidade da atenção (uso indiscriminado de tecnologia e procedimentos médicos cada vez mais sofisticados), acontece um impulso objetivo para a expansão de trabalhos e pesquisas de avaliação da qualidade e dos custos da atenção médica.

Na Inglaterra, o atendimento gratuito do *National Health Service* levou a uma crescente demanda por serviços de saúde, o que incluía consultas médicas, exames subsidiários e medicação. Dada a limitação de recursos para o custeio deste serviço, buscou-se otimizar sua aplicação, surgindo preocupações com estudos da eficácia e eficiência dos

procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Já nos EUA, a partir de 1960, com a implantação de programas sociais federais de atenção à saúde (*Medicare e Medicaid*), o reembolso dos custos exigiu uma avaliação do cuidado médico, tanto no nível hospitalar como no credenciamento de unidades ambulatoriais (REIS *et al.*, 1990).

Para Arias e Feller (1983), mesmo nos países ricos, o incremento desenfreado dos custos ultrapassou o previsível e o desejável, sem que isto significasse maior eficácia. O aumento global dos custos e a incorporação de grande quantidade de tecnologia para o diagnóstico e tratamento de enfermidades não trouxeram, como resultado, a redução da morbimortalidade. A qualidade da atenção médica sofreu uma evidente deterioração devido, entre outras causas, à diluição da responsabilidade que é transpassada e atomizada por numerosos atores intervenientes. Estas são razões suficientes para se buscar o controle dos custos e da qualidade à atenção médica principalmente tendo como pano de fundo a crise econômica mundial.

A tendência ao aumento dos custos do setor saúde é, na verdade, universal. Donnangelo (1972), Arouca (1975) e Nogueira (1977) analisaram suas causas, associando ao fato de que o cuidado médico, além de difícil padronização, não possui valor de troca, mas tão-somente valor de uso para aquele que o consome. A incorporação tecnológica não substitui o trabalho vivo consumido no cuidado, nem tecnologias mais antigas.

Nesta perspectiva, os diferentes estudos de avaliação dos serviços de saúde enquadraram-se, segundo Reis *et al.* (1990), nos denominados “Estudos Corporativos Racionalizadores” cujo direcionamento abrangia auditoria médica, análises de custo, avaliação de eficácia e segurança de tecnologia médica.

A partir de década de 70, desenvolveu-se uma outra vertente denominada de “Estudos Antropossociais”, tendo os indivíduos e os grupamentos sociais como base de sua metodologia para avaliação, adotando como eixos principais o estudo da acessibilidade e da satisfação dos pacientes. Nessa década e na posterior, os estudos sobre a qualidade dos serviços de saúde basearam-se em uma ou mais categorias propostas por Donabedian (1992). Utilizando as experiências de avaliação desenvolvidas por Flexner, este autor sistematizou a avaliação qualitativa de atenção médica em três aspectos: estrutura, processo e resultado.

Para Donabedian (1992), a "estrutura" corresponde às características relativamente estáveis dos provedores de atenção, dos instrumentos e recursos de que dispõem, e dos lugares físicos e organizacionais onde trabalham. Refere-se aos recursos humanos, físicos e

financeiros necessários para proporcionar atenção médica. Abrange o número, a distribuição e a qualificação do corpo profissional, assim como, o número e o tamanho dos equipamentos, a disposição geográfica dos hospitais e outras instalações, as características da população (demográficas, sociais, econômicas e de localização) e o horário de atenção ao paciente (para consulta médica e para tratamento).

O "processo" corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes. Envolve os atributos de continuidade, coordenação, trabalho em equipe, seqüência apropriada da assistência e forma de atendimento dos profissionais ao doente, considerando o caminho mais direto para o exame da qualidade do cuidado. O "resultado" é apreendido como um significado das mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes, as quais são atribuídas a um cuidado prévio e possuem a característica de refletir os efeitos de todos os insumos do cuidado, podendo, pois, servir de indicador para a avaliação indireta da qualidade, tanto da estrutura quanto do processo. A importância da estrutura para o desenvolvimento dos processos e seus conseqüentes resultados surge na medida que a própria função de monitoramento é parte da estrutura, além dos diversos outros aspectos organizacionais e daqueles relacionados com os recursos materiais que influenciam o processo. Também poderiam ser considerados como resultados mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, assim como a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado (DONABEDIAN, 1992).

Entendendo que, isoladamente, cada uma dessas alternativas apresenta problemas e insuficiências, Donabedian (1992) conclui que a melhor estratégia para a avaliação da qualidade requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens.

Tanaka e Melo (2001) utilizam a concepção de Donabedian modificada para avaliação de programas. Os componentes Estrutura- Processo e Resultado (E-P-R) apresentam-se interdependentes, abertos e permeáveis ao usuário do "sistema", que faz parte integrante do processo, influenciando e sendo influenciado por este, e por conseguinte, trazendo para dentro dos componentes as características do contexto imediato. O resultado é a característica do cliente/usuário que foi modificada na interação do processo.

Os autores sugerem que a avaliação deve ser iniciada pelo processo e, a partir disto, pode-se desenvolver a avaliação de estrutura e/ou resultado. Ao se iniciar pelo processo, isto é, pelo núcleo de atividades essenciais que caracterizam o programa, a análise e o julgamento dos indicadores de estrutura (condições e recursos existentes) e de resultado (modificação obtida na clientela) terão maior utilidade na tomada de decisões. A avaliação que busca

identificar a inter-relação e a interdependência entre a E-P-R, é a “real” avaliação de serviços, sistemas ou programas.

Quando se relacionam e associam as ações/atividades com as repercussões alcançadas no programa de saúde, torna-se possível avaliar a efetividade das ações e, conseqüentemente, decidir por alternativas que produzam os melhores resultados. Ao agregar as ações/atividades com a disponibilidade de recursos humanos, materiais ou tecnológicos do programa, será possível avaliar o grau de otimização destes recursos. Esta relação também permite a adequação tecnológica da oferta, possibilitando decisões direcionadas a uma ampliação mais racional de recursos de investimento, e uma incorporação tecnológica mais adequada às características da demanda (TANAKA; MELO, 2001).

Os autores anteriormente citados asseguram, ainda, que avaliar significa expor um valor assumido a partir do julgamento realizado, com base em critérios previamente definidos. Ao avaliar, identificam-se instrumentos e referências para emitir um juízo de valor, inerente ao processo. Deste modo, a avaliação deverá ser também compreendida como uma estratégia para decidir como enfrentar e resolver problemas. Takeda e Talbot (2006) afirmam que avaliar é uma forma de participação da construção e aperfeiçoamento do SUS, sendo uma oportunidade dos diferentes atores participarem da configuração que se quer dar ao SUS, e, ao mesmo tempo, um processo de aprendizagem e de controle social.

Avaliação é o julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou ser elaborado com um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Assim, a avaliação de programas pode ser também entendida como avaliação para decisão, cujo objetivo dominante é de se constituir em um elemento efetivamente capaz de participar de processos de tomada de decisão, ou seja, que produza, respostas para perguntas colocadas por aqueles que vivenciam o objeto avaliado. O enfoque priorizado - aquele que orienta os principais objetivos - é o do reconhecimento do objeto, na profundidade necessária para a sua adequada compreensão, identificação dos problemas e alternativas de equacionamento possíveis (GUBA; LINCOLN, 1981; CONTRANDIOPOULOS, 2006).

Conforme apontam Favaro e Ferris (1988), a avaliação de programas de saúde busca melhorar a execução dos mesmos - através do incremento da sua efetividade e sua eficiência,- e/ou proporcionar elementos para decidir se este deve continuar ou pode ser reproduzido. A avaliação também deve ser capaz de gerar informações necessárias para distribuir melhor a

infra-estrutura e os recursos disponíveis entre as atividades já empreendidas, ou entre as que se pretende desenvolver mais para frente, e para tomar decisões dentro do ciclo de planejamento, desenvolvimento, implantação e operacionalização do programa no futuro. Esta modalidade de avaliação denominada avaliação de processo, em algum momento, deve complementar-se com uma avaliação do impacto do programa.

O Ministério da Saúde reconhece que, no Brasil, a avaliação em saúde ainda apresenta-se incipiente, pouco incorporada às práticas, possuindo caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão. Além disso, os instrumentos existentes ainda não se constituem ferramentas de suporte ao processo decisório nem de formação das pessoas nele envolvidas (BRASIL, 2005).

Felisberto (2006) acrescenta que, apesar de pontuais, diversas iniciativas voltadas para a avaliação em saúde vêm sendo desenvolvidas de forma progressiva no Brasil, defendendo que o ato de avaliar só agrega valor, quando o conhecimento e o uso de informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional.

A técnica da avaliação ganha relevância na perspectiva da capacidade das práticas de modificar uma dada situação de saúde, atendendo ou não às necessidades de saúde de determinada população. Refere-se à discussão sobre suas características e seus efeitos, por um lado, associada às possibilidades e necessidades de intervenções capazes de transformar certos quadros sanitários, e, por outro, diante da verificação das dificuldades enfrentadas por essas mesmas práticas para alterarem indicadores de morbi-mortalidade em outras tantas circunstâncias (SILVA; FORMIGLI, 2004).

Estes autores ressaltam que, quando se trata de avaliar um sistema de saúde, ganham relevo os atributos que se referem às características das práticas de saúde e da sua organização social. Podem ser, assim, agrupados: a) relacionados com a disponibilidade e com a distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade); b) relacionados com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas (eficácia, efetividade e impacto); c) relacionados com os custos das ações (eficiência); d) relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica); e) relacionados à percepção dos usuários sobre as práticas (satisfação dos usuários, aceitabilidade).

A incorporação da avaliação como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde poderia propiciar aos seus gestores as informações requeridas para a definição de estratégias de intervenção. Há uma grande quantidade de informações registradas

rotineiramente pelos serviços, que não são utilizadas para a análise da situação de saúde, nem para a definição de prioridades nem para a reorientação de práticas. Muitas dessas informações obtidas regularmente, se analisadas, podem se constituir em matéria-prima para um processo desejável de avaliação continuada dos serviços, também chamada de monitoramento, ou, em um estágio mais avançado de organização dos serviços de saúde, como uma "sala de situações" para o planejamento (MATUS, 1987). O estudo da qualidade técnico-científica, da equidade, do acesso e da satisfação do usuário requer a incorporação, no processo de planejamento, de desenhos específicos para a avaliação dessas características das práticas de saúde. Esses atributos, em si, possuem um valor que lhes é conferido socialmente: por exemplo, avaliar a cobertura de um determinado serviço e a existência de equidade no acesso, corresponde a verificar o cumprimento do preceito constitucional do direito à saúde.

Starfield (2002) assinala que avaliar a atenção primária implica em medir a “capacidade” (estrutura), o “desempenho” (processo) e o “resultado” dentro do sistema de serviços de saúde. Presume que os componentes estruturais estejam em seus devidos lugares para que importantes atividades possam ser desempenhadas, resultando em melhoria no estado de saúde da população. Acrescenta, ainda, que as características individuais dentro de cada componente diferem de lugar para lugar e de época para época, porém cada sistema de serviços de saúde possui uma estrutura (ou capacidade) que consiste nas características que possibilitam a oferta de serviços, os processos (ou desempenho) que envolvem tanto ações por parte dos profissionais de saúde nos sistemas como as ações das populações e dos pacientes, e o resultado é refletido em vários aspectos do estado de saúde. Estes componentes interagem com o comportamento individual e são determinados tanto por ele como pelo ambiente social, político, econômico e físico em que o sistema de serviços de saúde existe.

Considera-se não ser consensual sobre qual abordagem deva ser analisada, quando se busca avaliar o sistema, serviço ou programa de saúde. A escolha de uma ou outra dimensão resulta da especificidade do problema a ser avaliado. A análise apenas da estrutura pode parecer insuficiente para monitorar o desempenho dos serviços. Contudo, desta não se prescinde, considerando-se a existência de uma relação positiva quanto às dimensões, isto é “uma boa estrutura aumentaria as probabilidades de um bom processo que, por sua vez, incrementaria as probabilidades de um bom resultado” (GIOVANELLA *et al.*, 2002, p. 41). O objetivo final é abordar os três componentes: E-P-R. Qualquer que seja o componente inicial selecionado na avaliação é desejável que se analise a inter-relação e a interdependência dos

três componentes, que facilite responder às hipóteses formuladas e propicie maior efetividade nas decisões que serão tomadas.

Cabe dizer, então, que a escolha da abordagem e o componente inicial, para começar o processo de avaliação em um sistema, serviço ou programa de saúde, dependem do objeto que se pretende avaliar e da utilidade de seus resultados.

Em consonância com os atributos da atenção primária, considera-se que a estrutura dos SS contempla a organização da atenção ambulatorial e básica (PSF, UBS, Ambulatórios de Referência), privilegiando as dimensões: acesso, formação profissional e elenco de serviços.

O processo de atenção envolve tanto ações que constituem a oferta por parte dos profissionais de saúde do sistema, como o recebimento dos serviços pela população, pelos usuários/doentes (UBS, Ambulatórios de Referência, PSF/ PACS), priorizando as dimensões vínculo, enfoque na família, coordenação e orientação para a comunidade. O resultado compreende o impacto das ações na saúde do usuário e na comunidade.

No que tange ao objeto deste estudo, foram enfatizados dois componentes estruturais - acesso e elenco de serviços - na perspectiva de avaliar a capacidade dos serviços de saúde na atenção primária de Bayeux - PB, para o desenvolvimento de ações de controle da TB.

Portanto, para avaliar as estratégias de controle da TB, no processo de descentralização é necessário articulá-las à organização da rede de saúde. O que define o grau de complexidade de uma unidade de saúde do setor público é a disponibilidade de equipamentos e serviços ofertados gratuitamente à clientela. A pactuação do gestor e os recursos existentes na esfera municipal é que definirá a estrutura organizacional do PCT. Aos municípios de menor porte, cabe a execução de ações de controle (busca ativa de sintomáticos respiratórios, diagnóstico, tratamento, controle dos contatos, ações educativa), inerentes ao que se denomina de Unidades tipo1 (BRASIL, 2002).

As Unidades tipo 2 caracterizam-se como de média complexidade. Do ponto de vista técnico-operacional, estas unidades dividem-se em assistenciais comuns, que executam as atividades de controle da tuberculose, porém funcionam como unidades de referência e contra-referência para pacientes das unidades tipo 1. Contam com profissionais com maior capacitação técnica e recursos para diagnóstico de maior densidade tecnológica (BRASIL, 2002).

As Unidades tipo 3 correspondem aos centros de referência estaduais, qualificadas para o atendimento de casos multiresistentes, realização de diagnóstico diferencial de pneumopatias, desenvolvimento de pesquisas e treinamento (BRASIL, 2002).

Logo, para obtenção de maior funcionalidade das ações de controle da tuberculose, estas devem ser organizadas e ajustadas às especificidades da hierarquização do sistema de saúde, permitindo que o usuário transite pelos serviços, quando a sua situação de saúde exigir.

Nas Unidades tipo 1 - porta de entrada do sistema – e, por conseguinte, local de trabalho das ESF, espera-se que sejam descobertas as fontes de infecção de casos na comunidade, diagnóstico pela baciloscopia do escarro, tratamento supervisionado na unidade de saúde ou no domicílio, notificação de casos, investigação e acompanhamento dos contatos, aplicação das medidas de controle (vacinação BCG, PPD/ quimioprofilaxia) e ações educativas na comunidade (BRASIL, 2002).

Para que os componentes acesso e elenco de serviços sejam assegurados são necessários alguns requisitos estruturais básicos. No que diz respeito à suspeição e ao diagnóstico de casos de tuberculose exige-se que fundamentalmente sejam assumidos um conjunto de ações, tais como: garantia de insumos para a coleta de baciloscopia, o procedimento de coleta de material deve estar disponibilizado em todas as unidades da atenção básica (UBS/ESF), condições de armazenamento do material colhido/ fluxo e retaguarda laboratorial/ acesso a exames complementares (RX de tórax, PPD).

A confirmação de casos de tuberculose requer abastecimento e distribuição regular dos medicamentos, bem como a disponibilização de benefícios (cesta básica, vale-transporte) como incentivos ao tratamento supervisionado. Ainda, ressalta-se que alguns casos de difícil manejo diagnóstico/terapêutico necessitam ser referenciados às Unidades tipo 2 ou 3, o que vai exigir o estabelecimento de uma rede de referência e contra-referência organizada.

Acresce-se ser imperativo que os serviços devem estar disponíveis, em horários e dias adequados às necessidades da população. Nota-se que operacionalmente parte da ação relacionada ao processo de trabalho das equipes de saúde está diretamente ancorada em providências estruturais, implicando em organização prévia. O que de fato determinará a continuidade das ações desencadeadas depende diretamente do modo como se organizam e se comunicam os diferentes pontos de atenção (MENDES, 2002).

Configura-se, portanto, como, um importante desafio do processo gerencial conseguir programar adequadamente este conjunto de ações diversificadas, especializadas e



fragmentadas, de modo que elas resultem em um cuidado coordenado – eficaz e de qualidade (MERHY; CECÍLIO, 2003).

# *Metodologia*

---

*Institucionalizar a avaliação tem o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas.*

*(Hartz, Z.)*

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de pesquisa**

O presente estudo é do tipo exploratório, com abordagem de predominância quantitativa, que se propôs a analisar as ações de controle da tuberculose conforme os componentes acesso e elenco de serviços no contexto das Equipes de Saúde da Família no Município de Bayeux - PB. A escolha desta técnica metodológica se deu em virtude da mesma dispor de recursos que permitem quantificar se uma ação que está prescrita está sendo de fato alcançada. Nesta concepção, buscou-se investigar em que medida os componentes acesso e elenco de serviços potencializam ou fragilizam o desempenho das ESF para o desenvolvimento das ações de controle da TB.

Segundo Gil (1994), o estudo exploratório objetiva esclarecer e modificar conceitos e idéias, visando à formulação de problemas precisos ou à pesquisa de eventuais hipóteses para posteriores estudos. Para este autor, as pesquisas exploratórias apresentam-se como a primeira etapa para uma investigação mais ampla, sendo a pesquisa quantitativa um método de pesquisa social que utiliza técnicas estatísticas e normalmente implica a construção de inquéritos por questionário, sendo mais adequada para apurar opiniões e atitudes explícitas e conscientes dos entrevistados, visto que utiliza instrumentos padronizados, estruturados que a partir de perguntas objetivas, com a finalidade de garantir a uniformidade de entendimento dos entrevistados.

De acordo com o autor supra citado, são sete as etapas necessárias para a realização de uma pesquisa quantitativa: 1) Definição do objetivo da pesquisa; 2) Definição da população e da amostra; 3) Elaboração dos questionários; 4) Coleta de dados; 5) Processamento dos dados (tabulação); 6) Análise dos resultados; 7) Apresentação e divulgação dos resultados.

A pesquisa quantitativa, segundo Bignardi (2003), permite que seus resultados auxiliem o planejamento de ações coletivas e produzam resultados passíveis de generalização, principalmente, quando as populações pesquisadas representam com fidelidade o coletivo.

## 3.2 Cenário da Investigação

Elegeu-se como cenário desta investigação o município de Bayeux – PB localizado na região metropolitana de João Pessoa, capital do estado da Paraíba. Esta escolha precedeu de estudo realizado pela Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB) que investigou a “Situação da Implantação do DOTS para o Controle da Tuberculose em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades de acordo com as características regionais”, o qual envolveu 12 estados brasileiros, dentre eles, a Paraíba. Ainda insere-se no projeto intitulado “Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho das equipes de saúde da família no controle da TB em dois municípios da região metropolitana da Paraíba”, aprovado e financiado pelo MS/CNPq/FAPESQ, edital 04/2006.

### 3.2.1 Informações gerais sobre o Município

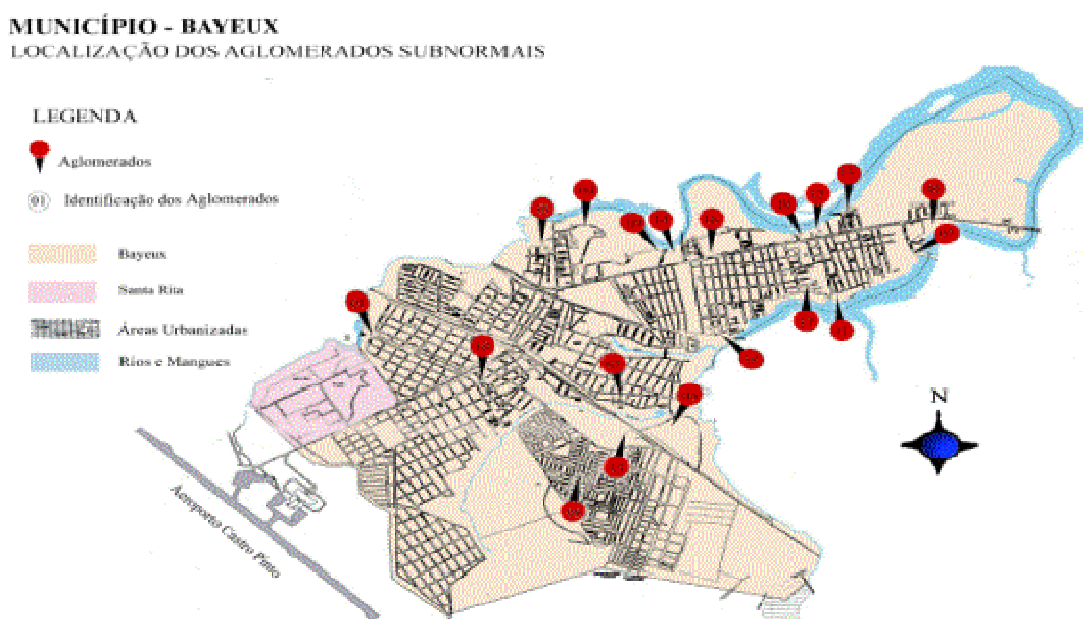
Bayeux limita-se ao Norte com o município de João Pessoa; ao Sul com o município de Santa Rita; ao Leste com João Pessoa, a Oeste com o Rio Sanhauá, ocupando uma área de 32 km<sup>2</sup>. A sede do município tem uma altitude aproximada de 11 metros, distando 7 km da capital do estado da PB. Destaca-se pela importância de seu aglomerado urbano que envolve municípios vizinhos, constituindo a chamada Grande João Pessoa, que é o principal centro político, econômico do estado (NÓBREGA, 2003).

Segundo a estimativa do IBGE (2004), a população residente do município de Bayeux é de 91.646 habitantes, estando 40.436 concentrados na faixa etária de 20 a 49 anos, e com elevado grau de urbanização (99,86 %).

O crescimento da densidade demográfica, nos últimos 10 anos, variou de 2.828,14 hab/km<sup>2</sup> para 3.185 hab/km<sup>2</sup>, podendo ser considerada como bastante significativa. Neste contexto, a migração tem um papel preponderante. Esta variação, relacionada ao alto grau de urbanização e da atividade produtiva do município demanda o questionamento e a proposição de formas de desenvolvimento que estejam efetivamente voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Estado - PDR, o município pertence à primeira microrregional de saúde - João Pessoa, sendo sede de módulo assistencial, não tendo município satélite.

As atividades de controle, regulação, avaliação e auditoria são desenvolvidas de forma incipiente, embora exista um plano elaborado. O Plano Municipal de Saúde foi elaborado para a gestão 2005 a 2009, e está sendo avaliado pelo Conselho Municipal de Saúde.



**Figura 2 – Mapa do Município de Bayeux - PB**

Fonte: SILVA ( 2006c).

A Secretaria Municipal de Saúde funciona em prédio alugado, apresentando boa estrutura física. Sua estrutura organizacional foi criada pela Lei 872/2003, porém não está adequada à forma de gestão do SUS. As ações e serviços de alta complexidade são referenciados para o município de João Pessoa, conforme Programação Pactuada e Integrada - PPI.

### 3.2.2 O Programa de Controle da Tuberculose no Município de Bayeux

O Programa de Controle da Tuberculose foi implantado no município de Bayeux, no ano de 1999, período em que as ações de diagnóstico, tratamento e controle da doença eram centralizadas na Policlínica do município.

No ano de 2003, em que o município foi habilitado na Gestão Plena do Sistema, ocorreu um amplo processo de mudança na organização da prestação de serviço de saúde aos usuários, iniciando-se o processo de descentralização das ações de controle da tuberculose para o âmbito das ESF (LIMA, 2005).

O município possui 28 ESF, constituídas por enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), distribuídas em cinco Distritos Sanitários (DS) de Saúde, no Quadro a seguir. Ainda conta com duas policlínicas, 1 maternidade, 1 Laboratório Central Municipal (responsável pela análise bacteriológica) e 5 postos de coleta de escarro, sendo 1 por Distrito Sanitário.

<b>Distrito I</b> <b>USF'S)</b> (6	USF São Bento I	<b>Distrito IV (6</b> <b>USF'S)</b>	USF Alto Boa Vista I
	USF São Bento II		USF Alto Boa Vista II
	USF Baralho		USF Rio do Meio I
	USF Sesi I		USF Rio do Meio II
	USF Sesi II		USF Jardim Aeroporto I
	USF Sesi III		USF Jardim Aeroporto I
<b>Distrito II</b> <b>USF'S)</b> (7	USF Centro I	<b>Distrito V (4</b> <b>USF'S)</b>	USF Mário Andreazza I
	USF São Vicente II		USF Mário Andreazza II
	USF São Lourenço		USF Mário Andreazza III
	USF Centro II		USF Comercial Norte I
	USF Tambaí		
	USF Brasília I		
	USF Brasília II		
<b>Distrito III</b> <b>USF'S)</b> (5	USF Imaculada I		
	USF Imaculada II		
	USF Imaculada III		
	USF Manguinhos		
	USF São Vicente I		

**Quadro 1** - Distribuição das Unidades de Saúde da Família por Distritos de Saúde  
Fonte: Bayeux – PB (Abril/Maio, 2007).

Para a realização do exame radiológico, o município conta apenas com 1 equipamento de RX, que, por ocasião da pesquisa, encontrava-se indisponível, exigindo deslocamento do usuário para o Complexo Hospitalar Clementino Fraga (CHCF), situado na cidade de João Pessoa. O Teste Tuberculínico não é realizado rotineiramente pelas equipes, ocasionando encaminhamento dos casos ao ambulatório de referência do CHCF.

### 3.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde que integram os serviços de saúde e que desempenham ações no controle da Tuberculose no município de Bayeux - PB. Inicialmente, tinha-se o propósito de investigar os 305 profissionais que integram as ESF. Considerando que a composição das ESF é variável no que diz respeito à distribuição de ACS (variando de 5 a 11 por ESF), optou-se por entrevistar um membro de cada categoria profissional por equipe, definindo-se como população do estudo um total de 112 profissionais. Ressalta-se que a participação do ACS foi precedida por indicação do profissional enfermeiro, segundo o critério de conhecimento sobre o campo de pesquisa e aceitação voluntária por parte deste.

À época da coleta de dados, alguns profissionais encontravam-se afastados de suas funções ou recusaram-se a participar da pesquisa, alegando pouca proximidade com a temática ou falta de tempo. Assim, a amostra constituiu-se de 84 profissionais, conforme demonstrado no quadro 2:

<b>Profissional</b>	<b>Distrito I</b>	<b>Distrito II</b>	<b>Distrito III</b>	<b>Distrito IV</b>	<b>Distrito V</b>	<b>Total</b>
<b>Médico</b>	3	4	3	4	3	<b>17</b>
<b>Enfermeiro</b>	5	7	3	5	2	<b>22</b>
<b>ACS</b>	5	6	3	5	3	<b>22</b>
<b>Auxiliar</b>	5	7	4	5	2	<b>23</b>
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>24</b>	<b>13</b>	<b>19</b>	<b>10</b>	<b>84</b>

**Quadro 2** - Distribuição dos profissionais que constituíram a amostra segundo Distritos de Saúde do Município de Bayeux - PB

Fonte: ESF - Bayeux - PB (Abril-Maio, 2007)

É importante informar que, em uma das equipes pertencente à área do Distrito III, foram entrevistados apenas dois profissionais, cujos questionários apresentaram disparidade nas respostas. Na escala de possibilidades de respostas, um dos entrevistados registrou que “sempre” determinada ação era realizada, em contrapartida, o outro profissional respondeu que esta mesma ação “nunca” era realizada. Não havendo um terceiro entrevistado para confrontar as informações registradas, optou-se por descartá-los do estudo, para evitar

inconsistência na análise. Justifica-se, portanto, a redução do “n” da amostra, culminando em um total de 82 profissionais.

### **3.4 Instrumento e coleta de dados**

O instrumento para a coleta dos dados foi elaborado a partir da adaptação dos componentes do *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) desenvolvidos na Universidade de Johns Hopkins, sendo formulados e validados para avaliar os aspectos críticos da Atenção Primária à Saúde (APS) em países industrializados (STARFIELD, 2002).

Ressalta-se que esta metodologia foi adaptada e revalidada para o contexto brasileiro pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Célia Almeida e aplicada no município de Petrópolis –RJ, com o objetivo de promover uma avaliação rápida das características organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica, com enfoque nas dimensões essenciais da APS. O instrumento utilizado, em Petrópolis, foi readequado e revalidado pela Coordenação de Estudos Operacionais da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose - REDE-TB, a qual privilegiou as ações do Programa de Controle da Tuberculose.

Este instrumento, elaborado pela REDE-TB, foi utilizado como modelo, sendo ajustado para atender aos objetivos propostos nesta pesquisa. Compõe-se de 35 perguntas específicas, que correspondem a um indicador relacionado com uma determinada dimensão da APS. Para contemplar as dimensões acesso e elenco de serviços foram selecionadas 15 e 20 perguntas respectivamente.

O entrevistado respondeu cada pergunta conforme uma escala de possibilidades preestabelecida, produzida a partir de uma escala intervalar do tipo *Likert*, com as seguintes opções de resposta: **1 = nunca; 2 = quase nunca; 3 = algumas vezes; 4 = muitas vezes; 5 = quase sempre; 6 = sempre e 88 = não respondeu.**

Foi, portanto, solicitado aos sujeitos que assinalassem com que frequência eles identificavam em sua atuação, ações preconizadas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose, sendo, através deste “ranking” de respostas, que o entrevistado deveria avaliar atitudes positivas e/ou negativas em relação à temática (APÊNDICE B).

#### **3.4.1 Etapas percorridas para o Trabalho de Campo**

- Preparação para o trabalho de campo



Para a execução do trabalho de campo fizeram-se alguns contatos prévios com o Secretário Municipal de Saúde e Coordenações da Atenção Básica e do Programa de Controle da Tuberculose, com o propósito de obter permissões para a realização da pesquisa. Na ocasião foram discutidos o conteúdo e a finalidade do projeto.

Inicialmente, realizou-se um estudo observacional com o propósito de conhecer a dinâmica organizacional do serviço de atenção primária no município, bem como a rotina instituída para o desenvolvimento das ações de controle da tuberculose. A observação ocorreu durante o mês de março de 2007 e incluiu as seguintes atividades: visitas às unidades de saúde da família, participação de reuniões com a coordenação do PCT, realização de palestras em celebração ao Dia Mundial de Combate à Tuberculose e levantamento de indicadores epidemiológicos e operacionais do PCT local. Ainda foi definido que o projeto seria apresentado formalmente aos profissionais. Entretanto, esta etapa foi inviabilizada em virtude de mudanças na gestão da rede municipal.

- O trabalho de campo

Para facilitar a operacionalização da coleta de dados, foi elaborada uma agenda de visitas, buscando-se agregar equipes pertencentes aos mesmos Distritos. Nesse momento contou-se com a colaboração da coordenação do PCT para a apresentação da pesquisadora aos profissionais.

No primeiro momento foram apresentados os objetivos e a finalidade da pesquisa. Uma vez consentida a participação, foi entregue a cada participante do estudo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), que solicitava a colaboração voluntária, garantia o anonimato e o sigilo das informações, dando-lhe o direito de retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

Cabe ressaltar que era intenção da pesquisadora aplicar o questionário, de forma que a mesma pudesse interagir com o entrevistado, explicitando as questões, esclarecendo as dúvidas que porventura acontecessem no momento do preenchimento do instrumento. Uma vez que a pesquisa era realizada no local de trabalho dos profissionais, identificaram-se obstáculos para a execução deste procedimento, visto que este poderia interferir na rotina de serviço das equipes. Logo, objetivando minimizar a desistência dos entrevistados, optou-se pelo método auto-aplicado, ou seja, os questionários foram entregues aos profissionais e 2

(dois) dias após, recolhidos pela entrevistadora. A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2007.

### **3.5 Análise dos dados**

Os dados foram tabulados, utilizando-se um programa de computador *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 11.5 for Windows). Após a tabulação, os dados foram analisados por meio de um tratamento estatístico, com números relativos e absolutos, e, apresentados, sob a forma de tabelas.

A análise estatística do presente trabalho foi feita com base em uma medida de tendência central: a mediana. Para Moretin (2000), a mediana (Md) ou valor mediano é uma medida de posição, definida como o número que se encontra no centro de uma série de números, estando estes dispostos, segundo uma ordem, o que, em outras palavras, é a mediana de um conjunto de valores, ordenados segundo uma ordem de grandeza.

A análise feita a partir deste parâmetro é, neste caso, de maior confiabilidade ao passo que, se as informações coletadas fossem avaliadas por meio da média, os resultados sofreriam em muito a presença desgastante dos achados extremos (opiniões), o que tornaria, a confiabilidade das amostras, aos olhos estatísticos, de menos valia.

### **3.6 Procedimentos Éticos**

Este estudo atendeu às exigências estabelecidas pela Resolução 1996/96 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as normas e as diretrizes regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, assim como apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, obtendo aprovação em 28/02/2007 sob o protocolo de nº 886/07 (ANEXO 1)

## *Resultados e Discussão*

---

*O verdadeiro desafio em avaliação é o desenvolvimento de um processo que enfatiza o aprendizado e mudanças, em vez de um sintético julgamento de valor, bom ou mal.*

*(Giandomenico Majone)*

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Retomando o objetivo do estudo, “analisar as ações de controle da TB, segundo os componentes acesso e elenco de serviços no contexto das ESF no Município de Bayeux – PB” e, embora reconhecendo a complementaridade existente entre os componentes pesquisados, optou-se por apresentá-los em duas etapas. A primeira etapa apresenta e discute o componente “acesso” e, a segunda, o componente “elenco de serviços”.

Os resultados serão apresentados em forma de tabelas, contemplando valores absolutos e relativos a cada Distrito de Saúde investigado. Ao final das etapas, os indicadores de cada dimensão serão demonstrados conforme os valores da mediana encontrada. É necessário informar que a mediana segue um escore de valores, representando, portanto, o menor escore (escore 1) o pior indicador, posto que concebe a idéia de que o acesso ou o elenco de serviços “nunca” ocorre. Da mesma forma, o escore de maior valor (escore 6) representa um indicador positivo, uma vez que concebe a idéia de que “sempre” existe o acesso, ou, determinado serviço “sempre” é ofertado aos usuários.

### **4.1 Acesso**

Na literatura, existe variação no emprego da terminologia e conceito de acessibilidade e acesso. Apesar das divergências, numa compreensão ampliada, acessibilidade pode ser definida como o grau de ajuste entre as características da oferta/disponibilidade dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção da assistência à saúde, resultando da combinação de diversos fatores de dimensões distintas, que podem ser classificados como de ordem geográfica, organizacional, sócio-cultural e econômica (FEKETE, 1992; STARFIELD, 2002; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A acessibilidade geográfica reflete a distância entre a população e os recursos, podendo ser medida pela distância, tempo de deslocamento, custo do transporte, entre outros fatores. A acessibilidade organizacional inclui as características ligadas ao modo de organização dos recursos de assistência à saúde que obstruem ou aumentam a capacidade das

pessoas no uso de serviços. Incluem aspectos como, por exemplo: tempo para obter uma consulta, tipo de marcação (agendamento), turnos de funcionamento, tempo para fazer exames laboratoriais, continuidade do tratamento. Entre os aspectos sócio-cultural-econômicos da acessibilidade, deve-se considerar: o conhecimento sobre o próprio corpo; nível de conhecimento sobre a oferta de serviços de saúde; medo do diagnóstico e intervenções dele decorrentes; crenças e hábitos; dificuldades de comunicação com a equipe de saúde; crédito dado ao sistema de saúde; grau de instrução; níveis de emprego, renda e seguridade social (FEKETE, 1992; STARFIELD, 2002).

Travassos e Martins (2004) incluem, além destes, os fatores relacionados aos prestadores de serviços, como: tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática. Aqueles, relativos à organização dos serviços, abrangem os recursos disponíveis, características da oferta, disponibilidade de médicos, dentre outros fatores.

Destacando o acesso, definido por Starfield (2002), como o envolvimento entre a localização da unidade de saúde próxima da população a qual atende, os horários e dias em que está aberta para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos do acesso, elegeram-se, como forma de avaliar a dimensão relacionada com a disponibilidade e com a distribuição dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade), algumas questões que correspondessem à “estrutura” definida por Donabedian (1980), como correspondente às características relativamente estáveis dos seus provedores aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais.

#### 4.1.1 Análise descritiva por distrito: Acesso

Conforme ilustra a Tabela 1, que se refere à disponibilidade das Unidades pesquisadas quanto à realização da coleta de escarro, evidenciou-se que 61% dos entrevistados mencionam que “nunca” realizam o procedimento na unidade de saúde da família. Ao analisar por distrito de saúde, verificou-se que no Distrito II este percentual atingiu 83,3%. O Distrito III expressa opiniões contraditórias, quando 54,5% mencionam que “nunca” realizam o procedimento e 45,5% representam a somatória das opções “muitas vezes”, “quase sempre” e “sempre”. Estes percentuais recomendam uma reflexão sobre quais ocorrências poderiam ocasionar

disparidades nas respostas de profissionais que atuam no mesmo distrito. Sugere-se que as equipes não desenvolvem as ações de maneira uniforme, como preconizado pelo PCT.

TABELA 1- Acesso: o sintomático/doente realiza a coleta de escarro na unidade?

Distrito	Nunca		Quase nunca		Algumas vezes		Muitas vezes		Quase sempre		Sempre		Não Respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Distrito I	12	66,7%					3	16,7%			1	5,6%	2	11,1%
Distrito II	20	83,3%	1	4,2%							3	12,5%		
Distrito III	6	54,5%					1	9,1%	2	18,2%	2	18,2%		
Distrito IV	8	42,1%	3	15,8%	2	10,5%	3	15,8%			3	15,8%		
Distrito V	4	40,0%	1	10,0%	3	30,0%					1	10,0%	1	10,0%
Total	50	61,0%	5	6,1%	5	6,1%	7	8,5%	2	2,4%	10	12,2%	3	3,7%

Fonte: ESF Bayeux – PB/ Abril-Maio 2007.

A ampliação da realização de baciloscopia para a rede de serviços de saúde, visa prioritariamente detectar os doentes de tuberculose e iniciar precocemente o tratamento dos casos. Uma vez que este procedimento caracteriza-se como uma ação prevista para ser executada pelas ESF, seria relevante compreender quais fatores estariam dificultando a inserção desta prática no cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família.

Segundo Starfield (2002), ao instituir a equipe de saúde da família como porta de entrada do sistema de atenção, espera-se que este nível esteja integrado a uma rede de serviços, estabelecendo-se um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes. Uma vez identificado o sintomático respiratório, é preciso assegurar que o caso suspeito realize a investigação bacteriológica. Ao transferir para os pacientes a responsabilidade de proceder à coleta e encarregá-lo de levar o material ao laboratório, coloca-se em risco a ação planejada, comprometendo a integralidade da atenção.

Nesta perspectiva, merecem destaque dois pontos fundamentais e estruturantes para o bom desempenho das equipes. O primeiro relaciona-se à organização da rede de serviços à “meso-gestão”. Refere-se às formas de organizar os sistemas de saúde, de modo a atender às demandas por serviços e às necessidades de saúde. O segundo relaciona-se à capacidade de interação com o doente à “micro-gestão”. Estes elementos são descritos como “componentes

estruturais” que podem ser utilizados para criar ou redesenhar um sistema de saúde capaz de gerir com maior eficácia os problemas de saúde de longo prazo (ORGANIZAÇÃO..., 2002).

Do ponto de vista da meso-gestão, no que tange ao diagnóstico da tuberculose, são necessários mecanismos que garantam o fluxo laboratorial do material coletado (armazenamento, transporte, sistema de informação). Quanto ao componente da “micro gestão” implica na ampliação da capacidade técnica dos profissionais e conseqüente empoderamento de suas funções e competências frente aos casos de tuberculose.

De fato, destaca-se que a descentralização das ações de controle da tuberculose para o âmbito das ESF requer envolvimento dos atores-chave em níveis central e periférico do sistema de saúde, uma vez que não é possível viabilizar a descentralização das ações sem uma disposição em delegar responsabilidades e sem uma efetiva participação dos atores-chave nos diferentes níveis (RUFFINO NETTO; VILLA, 2006). As ações precisam ser operacionalizadas e desenvolvidas de igual modo entre os diferentes atores, de acordo com as responsabilidades inerentes a sua função.

Um outro aspecto desfavorável e limitante ao diagnóstico e ao acompanhamento dos casos de tuberculose refere-se à acessibilidade em relação ao tempo, ou seja, os dias ou horários em que o serviço está aberto para prestar atendimento. Starfield (2002) aponta que nem sempre o horário de trabalho das equipes e de funcionamento da unidade de saúde consegue atender às necessidades da população.

A Tabela 2 demonstra que 90,2% das unidades que compõem os cinco Distritos de Saúde não oferecem atendimento nos finais de semana. Nos Distritos II e III 100% das unidades não atendem nos finais de semana. Nos Distritos IV e V, foram assinaladas as respostas “quase nunca” e “algumas vezes”, sugerindo que possivelmente estes entrevistados poderiam se referir a situações eventuais (campanhas de vacinação). Todavia, sabe-se que o funcionamento das Unidades de Saúde da Família, apenas em dias úteis, é uma prerrogativa organizacional da estratégia saúde da família. No que tange às ações de controle da tuberculose, a abertura, nos finais de semana, não é extremamente necessária desde que outras alternativas estejam disponíveis possibilitando que o paciente seja acolhido, caso sua situação de saúde, assim, exija.

TABELA 2 - Acesso: a unidade de saúde está aberta durante o fim de semana?

Distrito	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Não Respondeu
----------	-------	-------------	---------------	---------------





Distrito IV	18	94,7%								1	5,3%	
Distrito V	8	80,0%			1	10,0%			1	10,0%		
Total	66	80,5%	1	1,2%	1	1,2%	1	1,2%	4	4,9%	9	11,0%

Fonte: ESF Bayeux – PB/ Abril-Maio 2007.

Outras dificuldades em relação ao acesso, apresentadas nas Tabelas 4 e 5, relacionam-se aos horários de funcionamento das Unidades de Saúde da Família.

A Tabela 4 mostra que 91,5% das unidades não ficam abertas, após as 18 horas. Nos Distritos I, II, III e V, este percentual alcançou 100%. Contudo, 26,3% dos entrevistados (5 profissionais), que compõem as equipes de saúde da família do Distrito IV, referiram que as unidades ficam abertas pelo menos um dia na semana, depois das 18 horas. Este diferencial sugere que algumas ESF deste Distrito podem adotar horários de funcionamento distintos dos demais, ou mesmo indicar que esta seja uma definição política para atender a uma clientela específica.

TABELA 4 - Acesso: a unidade de saúde fica aberta pelo menos um dia na semana depois das 18 horas?

Distrito	Nunca		Muitas vezes		Sempre	
	n	%	n	%	n	%
Distrito I	18	100,0%				
Distrito II	24	100,0%				
Distrito III	11	100,0%				
Distrito IV	12	63,2%	2	10,5%	5	26,3%
Distrito V	10	100,0%				
Total	75	91,5%	2	2,4%	5	6,1%

Fonte: ESF Bayeux – PB/ Abril-Maio 2007.

O horário de funcionamento das unidades (somente diurno) pode dificultar o atendimento de trabalhadores. Cebrian e Alvarez (1969) observaram em estudo, no Peru, as dificuldades decorrentes do funcionamento diurno dos ambulatórios, alertando para a necessidade de extensão do horário dos centros de saúde. Morrone *et al.* (1999) estabelecem que os serviços de saúde devem adotar medidas que facilitem o acesso do usuário e favoreçam o atendimento com presteza, o que certamente melhoraria e facilitaria a adesão do paciente ao tratamento.

A acessibilidade é percebida por usuários, profissionais e gestores como a pior dimensão nos três estratos de exclusão e nas duas modalidades de assistência básica avaliadas

por Elias *et al.* (2006). Este resultado, semelhante ao encontrado por Macinko *et al.* (2003), em Petrópolis, sugere dificuldades estruturais na oferta de serviços, para além das de organização interna às unidades. Os rígidos e limitados horários de funcionamento e as formas quase sempre presenciais de marcação de consultas funcionam como constrangimento ao efetivo acesso à atenção básica especialmente em metrópoles, nas quais parcelas importantes da população passam o dia longe de seu local de moradia.

A Tabela 5 demonstra outra fragilidade imposta pelo horário de funcionamento das Unidades. Em geral, o horário de atendimento se restringe ao período de 7h às 11h e das 13h às 17h, sendo fechada no horário de almoço (11h às 13h). Do total de entrevistados, 54,9% referiram que, neste horário, “nunca ocorre atendimento”. No Distrito II, este percentual alcançou 75%. No Distrito I, as respostas mostraram-se divergentes, sendo que, 44,4% informaram “nunca” ocorrer atendimento no horário de almoço, e 27,8% informaram que “sempre” o paciente é atendido neste horário. Neste mesmo distrito, 16,7% não responderam a esta questão. Novamente, se questiona quais os motivos de disparidades de respostas entre as ESF que compõem a mesma área distrital. Nas Unidades em que foram assinalados o funcionamento no horário de almoço possivelmente se estabelece uma escala de trabalho que permite o rodízio dos profissionais.

TABELA 5 - Acesso: se o doente necessitar de atendimento no horário de almoço, ele é atendido?

Distrito	Nunca		Quase nunca		Algumas vezes		Muitas vezes		Quase sempre		Sempre		Não Respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Distrito I	8	44,4%					1	5,6%	1	5,6%	5	27,8%	3	16,7%
Distrito II	18	75,0%							1	4,2%	3	12,5%	2	8,3%
Distrito III	5	45,5%	3	27,3%	1	9,1%	2	18,2%						
Distrito IV	9	47,4%	2	10,5%	2	10,5%			4	21,1%			2	10,5%
Distrito V	5	50,0%	1	10,0%	2	20,0%			2	20,0%				
Total	45	54,9%	6	7,3%	5	6,1%	3	3,7%	8	9,8%	8	9,8%	7	8,5%

Fonte: ESF Bayeux – PB/ Abril-Maio 2007.

A Portaria GM/MS 1886 de 12.12.1997, que aprovou as Normas e as Diretrizes dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família, definiu como requisito para habilitação dos municípios que os profissionais fossem contratados para jornada de trabalho de 40 horas semanais (BRASIL, 1997b). Em 2006, a Portaria MS nº648 (BRASIL,

2006b) entra em vigor determinando o cumprimento do horário integral de todos os profissionais nas equipes de saúde da família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde.

Uma vez que os horários disponíveis para o atendimento, coincidem com o horário de trabalho dos usuários do serviço, cabe ao gestor local criar dispositivos operacionais que atendam às necessidades da população. Para Almeida *et al.* (1998), os serviços devem ser prestados oportunamente e em caráter contínuo, bem como estar disponíveis a qualquer momento, atender à demanda real e incluir um sistema de referência que assegure fácil acesso ao nível de assistência que se requer (acessibilidade funcional). É preciso reduzir os conflitos existentes entre os padrões técnicos e administrativos dos serviços e os hábitos, padrões culturais e costumes das comunidades em que sejam prestados (acessibilidade cultural).

Starfield (2002) denomina este aspecto de acessibilidade em relação ao tempo, ou seja, o horário de trabalho das equipes e de funcionamento das unidades de saúde nem sempre consegue atender às necessidades da população. Isto dificulta e prejudica o acesso da população aos serviços de saúde. A mesma autora especifica que os serviços ofertados devem estar baseados na variedade das necessidades de uma comunidade: o que oferecer, como oferecer e onde oferecer, com vistas às necessidades da população.

Quanto à disponibilidade para consulta médica aos pacientes de tuberculose, a Tabela 6 demonstra que 92,7% dos entrevistados informaram que os doentes de TB sempre podem conseguir uma consulta nas respectivas Unidades de Saúde da Família (USF). O Distrito I alcançou maior percentual, assinalando que, em 100% dos casos, os doentes de TB conseguem uma consulta na unidade. Por outro lado, não foram assinaladas as respostas “nunca” e “quase nunca”. Estes resultados são indicativos de que as ESF vêm se responsabilizando pelo atendimento e acompanhamento dos casos de tuberculose, respondendo ao cumprimento de suas atribuições previstas pelas diretrizes e normas do PCT. Na perspectiva da APS, a ESF caracteriza-se como porta de entrada do sistema de serviços de saúde, e deve responsabilizar-se pela oferta de assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao cuidado, apoio diagnóstico e laboratorial (BRASIL, 2006a).

TABELA 6 - Acesso: os doentes de TB podem conseguir uma consulta nesta unidade?

Distrito	Algumas vezes		Quase sempre		Sempre	
	n	%	n	%	n	%
Distrito I					18	100,0%
Distrito II			2	8,3%	22	91,7%

Distrito III			2	18,2%	9	81,8%
Distrito IV	1	5,3%			18	94,7%
Distrito V			1	10,0%	9	90,0%
Total	1	1,2%	5	6,1%	76	92,7%

Fonte: ESF Bayeux – PB/ Abril-Maio 2007.

Ramos e Lima (2003) referem que o acesso à saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural, envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população, e o aspecto funcional, pela oferta de serviços adequados às necessidades da população. Os autores atestam uma estreita relação entre acesso geográfico e acolhimento. Embora existam facilidades decorrentes da disponibilização e serviços de saúde próximos da casa do cidadão, identificam-se fatores determinantes da escolha feita pelo usuário. Quando o serviço de saúde é próximo à residência do mesmo e a qualidade está garantida, conforme a indicação de familiares, amigos e/ou vizinhos, a opção recai sobre esse serviço.

Quanto à agilidade em se obter uma consulta médica para os doentes de TB, 82,9% dos pesquisados referiram ser possível no prazo de 24 horas (Tabela 7). Nos Distritos I, II, III e IV, foi mencionado que “quase sempre” ocorre esta possibilidade. Ao somar as respostas “sempre” e “quase sempre”, obtém-se um percentual de 92,7%, caracterizando resultado positivo de acesso ao atendimento. No Distrito IV, o percentual de resposta “sempre” alcançou 94,7% dos entrevistados. Este é um importante indicador de acesso, principalmente, aos pacientes que se encontram em tratamento de TB. É comum o aparecimento de reações adversas aos medicamentos na fase terapêutica inicial. Este fato implica em cuidados e atenção especial da equipe de saúde, uma vez que pode comprometer a adesão, ocasionando o abandono ao tratamento. Apenas 2 (dois) entrevistados (Distritos III e V) mencionaram que “nunca” os doentes de TB conseguem consulta médica no prazo de 24 horas.

TABELA 7 - Acesso: os doentes de TB podem obter uma consulta médica no prazo de 24 horas?

Distrito	Nunca		Muitas vezes		Quase sempre		Sempre		Não Respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Distrito I					2	11,1%	16	88,9%		
Distrito II			1	4,2%	4	16,7%	18	75,0%	1	4,2%

Distrito III	1	9,1%	1	9,1%	1	9,1%	8	72,7%		
Distrito IV					1	5,3%	18	94,7%		
Distrito V	1	10,0%					8	80,0%	1	10,0%
Total	2	2,4%	2	2,4%	8	9,8%	68	82,9%	2	2,4%

Fonte: ESF Bayeux – PB/ Abril-Maio 2007.

Apesar da agilidade informada em se obter um consulta médica, apenas 64,6% dos entrevistados mencionaram obter suprimento e oferta adequada de medicamentos para o tratamento da TB (Tabela 8). No Distrito I, 88,9% dos entrevistados assinalaram que “sempre” dispõem de suprimento medicamentoso para tratamento da TB. No Distrito III, observou-se maior divergência na opinião dos entrevistados, já que todas as possibilidades de respostas foram assinaladas. Neste mesmo Distrito, 27,3% dos entrevistados registraram que “quase nunca” contam com suprimento de medicamentos para TB, e 27,3% não responderam à pergunta. É relevante apontar que, neste indicador de acesso, 9,8% dos entrevistados deixaram de opinar.

No Distrito I, 88,9% dos entrevistados assinalaram que “sempre” dispõem de suprimento medicamentoso para tratamento da TB, o que sugere que possam existir diferenças organizacionais, decorrentes da localização geográfica deste Distrito, que se situa bem próximo à Secretaria Municipal de Saúde, facilitando, talvez, o acesso às devidas medicações.

TABELA 8 - Acesso: durante os 6 últimos meses, com que freqüência a unidade teve suprimento e oferta adequada de medicamentos para o tratamento da TB?

Distrito	Nunca		Quase nunca		Algumas vezes		Muitas vezes		Quase sempre		Sempre		Não Respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Distrito I									2	11,1%	16	88,9%		
Distrito II					5	20,8%			3	12,5%	15	62,5%	1	4,2%
Distrito III	1	9,1%	3	27,3%	1	9,1%	1	9,1%	1	9,1%	1	9,1%	3	27,3%
Distrito IV									1	5,3%	15	78,9%	3	15,8%
Distrito V					1	10,0%	1	10,0%	1	10,0%	6	60,0%	1	10,0%
Total	1	1,2%	3	3,7%	7	8,5%	2	2,4%	8	9,8%	53	64,6%	8	9,8%

Fonte: ESF Bayeux – PB/ Abril-Maio 2007.

Em estudo realizado por Sá *et al.* (2006), investigou-se a descentralização das atividades técnicas e gerencias do PCT, para os municípios prioritários da Paraíba (dentre estes o município de Bayeux), evidenciou-se como potencialidade o abastecimento regular de

medicamentos para o tratamento da TB. A este respeito, questiona-se se houve mudanças no abastecimento de medicamentos, ou se a fragilidade observada no Distrito III é ocasionada por deficiências locais no gerenciamento desta ação. Nesta direção, chama a atenção, a capacidade organizacional do gestor em atender às demandas geradas no cotidiano de trabalho das ESF.

O acesso em saúde tem relação estreita com o tipo de gestão adotada. Nem sempre, o planejamento é efetuado corretamente, seja por indisponibilidade de recursos materiais ou de pessoal. Porém, planejar corretamente não implica necessariamente em traçar planos complexos, muitas vezes, acima das possibilidades e das expectativas, e sim procurar ativamente saber onde e como surgem as prioridades, para, com medidas simples, sanar os problemas de saúde de uma comunidade. A provisão é uma atitude de gerência fundamental em um serviço de saúde.

Em muitos países, os medicamentos para tratamento da TB não são fornecidos gratuitamente, ocasionando falhas e interrupções terapêuticas decorrentes da baixa condição econômica dos indivíduos acometidos pela doença (GONÇALVES *et al.*, 1999). No Brasil, os esquemas terapêuticos são padronizados, custeados pelo Governo e distribuídos aos municípios, constituindo-se em uma prerrogativa da estratégia DOTS. Portanto, o cumprimento deste pilar da estratégia DOTS requer efetivo compromisso político dos gestores municipais para garantir o abastecimento e, fornecimento regular dos medicamentos.

Nesse sentido, a figura do Coordenador do PCT destaca-se como elemento-chave para promover maior funcionalidade das ações de controle da tuberculose, organizadas e ajustadas às especificidades da hierarquização do sistema de saúde. Estabelece-se como de sua competência providenciar os medicamentos dos casos descobertos e distribuí-los às respectivas unidades (BRASIL, 2002). Reconhece-se que o acesso aos meios terapêuticos é um direito instituído do paciente de tuberculose, e seu descumprimento ocasiona repercussões individuais, sociais e políticas. Do ponto de vista individual, o paciente deixa de obter resposta para seu problema de saúde (fragilização de seu estado de saúde, afastamento social, desenvolvimento de resistência bacteriana aos esquemas terapêuticos). Quanto aos aspectos sociais, pode-se enumerar: diminuição da capacidade produtiva/exclusão do mercado de trabalho, debilidade na manutenção da família. Politicamente, ocasiona aumento dos gastos públicos com hospitalização, além da descredibilidade gerada ao setor saúde.

Um outro aspecto reconhecido, como de competência da Coordenação do PCT, relaciona-se à viabilização de recursos que incentivem o comparecimento do paciente aos

retornos médicos e ao tratamento medicamentoso supervisionado na Unidade de Saúde da Família (USF).

A Tabela 9 demonstra que 76,8% dos entrevistados referem que não existe nenhum tipo de auxílio-deslocamento para o doente realizar consultas na USF; 7,3% assinalaram que “sempre” dispõem deste recurso, e 6,1% não responderam. Nos Distritos III e IV, as respostas foram exclusivamente “nunca” e “quase nunca”, sendo que no Distrito III, 18,2% dos entrevistados não opinaram sobre a questão. Apenas os Distritos I e II mencionaram que “sempre” contam com auxílio-deslocamento, merecendo destaque o Distrito I, cujo percentual alcançou 22,2%.

TABELA 9 - Acesso: existe algum tipo de auxílio-deslocamento para o doente vir consultar na unidade?

Distrito	Nunca		Quase nunca		Algumas vezes		Muitas vezes		Quase sempre		Sempre		Não Respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Distrito I	12	66,7%	1	5,6%							4	22,2%	1	5,6%
Distrito II	18	75,0%							2	8,3%	2	8,3%	2	8,3%
Distrito III	8	72,7%	1	9,1%									2	18,2%
Distrito IV	17	89,5%	2	10,5%										
Distrito V	8	80,0%			1	10,0%	1	10,0%						
Total	63	76,8%	4	4,9%	1	1,2%	1	1,2%	2	2,4%	6	7,3%	5	6,1%

Fonte: ESF Bayeux – PB/ Abril-Maio 2007.

Considerando que está previsto pelas normas do PCT, a realização de retornos médicos mensais, este recurso não seria tão relevante, se direcionado apenas para atender a esta necessidade. Esta medida geraria uma atitude excludente aos demais pacientes acometidos por outras patologias.

Embora esteja prescrito como princípio básico da estratégia de saúde da família que as ESF atuem em território, com área de abrangência adscrita, deve-se considerar que os municípios são heterogêneos, com áreas de difícil acesso e realidades geográficas diferenciadas. Portanto, a acessibilidade geográfica é medida pela distância entre a população e os recursos, tempo de deslocamento e custo do transporte. Quando se dispõe de serviços descentralizados, e mais próximos à população, o deslocamento é facilitado.

A Tabela 10 refere-se à utilização do auxílio-deslocamento para realização do tratamento supervisionado (TS) na USF. Neste caso, o recurso seria condição indispensável,

uma vez que está previsto que a supervisão terapêutica ocorra diariamente, ou três vezes, durante a semana. Os resultados corroboram com os dados apresentado na Tabela 9, demonstrando que 89,0% dos entrevistados “nunca” dispõem de vale-transporte para a realização do TS. Nos Distritos III e IV, 100% dos entrevistados assinalaram não oferecer vale-transporte para o doente fazer o TS. Entretanto, nos Distritos I e II, uma parcela dos entrevistados não opinou sobre a questão (22,2% e 12,5% respectivamente). Distintamente dos resultados apresentados, na Tabela 9, neste caso a resposta “sempre” não foi mencionada pelos entrevistados. Sugere-se, desta maneira, que possivelmente o auxílio-transporte é disponibilizado em situações pontuais (consulta de retornos), não sendo acessíveis para o tratamento supervisionado na unidade.

TABELA 10 - Acesso: a unidade oferece vale-transporte para o doente vir fazer o TS?

Distrito	Nunca		Quase nunca		Não Respondeu	
	n	%	n	%	n	%
Distrito I	14	77,8%			4	22,2%
Distrito II	21	87,5%			3	12,5%
Distrito III	11	100,0%				
Distrito IV	19	100,0%				
Distrito V	8	80,0%	2	20,0%		
Total	73	89,0%	2	2,4%	7	8,5%

Fonte: ESF Bayeux – PB/ Abril-Maio 2007.

Embora reconheça que a disponibilização de benefícios (vale-transporte) caracteriza-se como um instrumento facilitador, a qualidade da atenção dispensada e o grau de satisfação do usuário devem ser considerados.

Vários autores como Oliveira, 1991; Natal, 1997; Gonçalves *et al.*, 1999; Natal, Elias, 2000) constataram que a distância entre a residência do doente e a unidade de saúde pode ser um fator dificultante para a adesão ao tratamento, embora esta não seja a causa mais relevante. Reigota (2001), em estudo realizado na região de Botucatu, observou que a distância do serviço em relação à residência do doente não influenciou no grau de abandono do tratamento.

Ramos e Lima (2003, p.31) afirmam que:

A forma como o serviço se organiza, facilitando o acesso dos clientes antigos, independentemente do local de sua residência, favorece a manutenção do vínculo usuário-serviço. Isso demonstra a relação entre o



acesso geográfico e o acesso funcional, pois o usuário está disposto a deslocar-se para ser atendido em um local em que, apesar de mais distante de sua casa, é bem recebido por uma equipe de profissionais que já conhece, onde teve experiências prévias bem sucedidas, e onde seu ingresso e permanência são facilitados, através de diversos mecanismos, entre os quais o agendamento prévio de consultas.

Estes estudos apontam que a distância existente entre o domicílio do doente e o serviço de saúde não se configura exclusivamente como um fator impeditivo à adesão terapêutica. Portanto, o acesso, nesta situação, não se limita apenas à disponibilização do insumo. Nesta direção, o acolhimento, como acesso passa a ser sinônimo de uso, pois não abrange qualquer uso, e sim aquele que ocorre no momento adequado ao entendimento do problema de saúde do usuário, empregando recursos corretos e executando de forma correta (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Todavia, a inexistência de auxílio-transporte não inviabiliza a realização do tratamento supervisionado. Tanto poderia ser pactuado o comparecimento do paciente à unidade, como a equipe de saúde poderia assumir a supervisão terapêutica no domicílio.

A Tabela 11 demonstra que esta prática parece ser mais usual no município pesquisado. Do total dos entrevistados, 40% registraram que “sempre” vão ao domicílio do paciente, 6,1% “quase sempre”, 12,2% “muitas vezes” e 34,1% “algumas vezes”, e apenas, 4,9% referiram que “nunca” comparecem ao domicílio do paciente. Nos Distritos I e III, as respostas se polarizaram entre “algumas vezes” e “sempre”. No Distrito IV, as opiniões divergiram, sendo assinaladas todas as possibilidades de respostas. O Distrito III apresentou melhor desempenho, alcançando 50% dos entrevistados.

TABELA 11 - Acesso: com que frequência você vai ao domicílio do doente?

Distrito	Nunca		Quase nunca		Algumas vezes		Muitas vezes		Quase sempre		Sempre		Não Respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Distrito I	1	5,6%			9	50,0%					8	44,4%		
Distrito II					5	20,8%	4	16,7%	2	8,3%	12	50,0%	1	4,2%
Distrito III					5	45,5%			1	9,1%	5	45,5%		
Distrito IV	2	10,5%	1	5,3%	7	36,8%	3	15,8%	1	5,3%	5	26,3%		
Distrito V	1	10,0%			2	20,0%	3	30,0%	1	10,0%	3	30,0%		
Total	4	4,9%	1	1,2%	28	34,1%	10	12,2%	5	6,1%	33	40,2%	1	1,2%

Fonte: ESF Bayeux – PB/ Abril-Maio 2007.

Cabe ressaltar que este estudo não analisou os resultados diferenciando as opiniões por categoria profissional. Considerando que 25% da amostra constituiu-se de ACS, estes resultados podem indicar que as respostas “sempre” tenham sido registradas predominantemente por esta categoria profissional.

Segundo Brasil (2002), as atribuições dos profissionais de saúde, no que diz respeito às atividades de controle da tuberculose na rede básica e no programa saúde da família relacionadas à visita domiciliar, são assim distribuídas: ao médico compete fazer visita domiciliar, quando necessário e identificar os sintomáticos respiratórios durante este tipo de visita na comunidade e no atendimento na UBS; ao enfermeiro compete fazer visita domiciliar para acompanhar o tratamento e supervisionar o trabalho do ACS, além de convocar o doente faltoso à consulta ou em abandono de tratamento, planejando visita domiciliar para este fim; ao auxiliar de enfermagem compete supervisionar o uso correto da medicação nas visitas domiciliares e ao ACS fazer visita domiciliar, de acordo com a programação da equipe, usando a ficha do SIAB (B-TB).

Em estudo realizado por Muniz (1999), a visita domiciliária, além da finalidade terapêutica, proporcionou aos profissionais de saúde um conhecimento singular da realidade em que vivem os pacientes de TB, modificando a percepção, as atitudes técnicas e exigindo ampliação das ações de saúde.

Para Alves (2005), a aproximação com a realidade dos pacientes favorece a convivência dos profissionais com a dinâmica do processo de adoecimento e cura no meio popular, bem como o confronto com a complexidade dos problemas de saúde dessas populações, levando muitos profissionais a buscarem a reorientação de suas práticas com a finalidade de enfrentar, de forma mais global, os problemas de saúde identificados, rompendo, assim, com a verticalidade da relação profissional-usuário.

A Tabela 12 apresenta os indicadores de acesso estudados, a partir do valor mediano encontrado por Distrito de Saúde. Para facilitar a discussão, o quadro foi destacado nas cores azul e amarela. A cor azul representa os indicadores/medianas de acesso às ações previstas pelos pilares da estratégia DOTS e preconizadas como atribuições das ESF. A cor amarela representa os indicadores/medianas de acessibilidade geográfica e temporal.

No quadro, com destaque azul, verifica-se que, em todos os Distritos, foi possível o acesso dos pacientes à consulta médica e que a mesma podia ser obtida num prazo de 24 horas. Os escores encontrados representam que o atendimento dos casos de tuberculose vem

se consolidando na prática das ESF. No entanto, observa-se fragilidade quanto à oferta do atendimento no horário de almoço das Unidades. O Distrito I destacou-se, apresentando os melhores resultados, valor mediano de 4,5 e os demais Distritos, com valores medianos igual ou inferiores a 2.

#### ANÁLISE DA MEDIANA POR DISTRITO:

TABELA 12 - Valor de Mediana para o componente “Acesso” por Distrito de Saúde no município de Bayeux-PB

Indicadores	I	II	III	IV	V
Durante os 6 últimos meses, com que frequência a unidade teve suprimento e oferta adequada de medicamentos para o tratamento da TB?	6	6	4	6	6
O doente realiza a coleta de escarro na unidade?	1	1	1	2	2,5
Os doentes de TB podem conseguir uma consulta nesta unidade?	6	6	6	6	6
Se o doente necessitar de atendimento no horário de almoço, ele é atendido?	4,5	1	2	2	1,5
Os doentes de TB podem obter uma consulta médica no prazo de 24 horas?	6	6	6	6	6
Com que frequência você vai ao domicílio do doente?	3	6	5	3	4
A unidade oferece vale-transporte para o doente vir fazer o TS?	1	1	1	1	1
Existe algum tipo de auxílio-deslocamento para o doente vir consultar na unidade?	1	1	1	1	1
A unidade de saúde está aberta durante o fim de semana?	1	1	1	1	1
A unidade de saúde fica aberta pelo menos um dia na semana depois das 18 horas?	1	1	1	1	1
Quando a unidade está fechada, existe um número de telefone para marcar consulta ou pedir informação?	1	1	1	1	1

Fonte: ESF Bayeux – PB/ Abril-Maio 2007.

Quanto à realização de coleta de escarro na USF, o valor da mediana foi negativo em todos os Distritos, com escores iguais ou inferiores a 2,5. Este resultado evidencia que, apesar da agilidade em se conseguir uma consulta médica, o diagnóstico e controle dos casos de TB

podem estar sendo prejudicados frente a dificuldades de acesso ao exame bacteriológico. Sugere-se que este pode ser indicativo de deficiências organizacionais (previsão de insumos, capacitação insuficiente dos profissionais para realização do procedimento) que incidem sobre o desempenho das ESF.

No que tange ao suprimento e à oferta adequada de medicamentos, evidenciou-se resultados positivos (valor da mediana de 6) para a maioria dos Distritos de Saúde. Somente o Distrito III apresentou valor da mediana inferior. Entre as possíveis explicações, pode-se considerar que seja decorrente da falta de responsabilização da ESF em providenciar tal insumo, uma vez que este é disponibilizado regularmente aos municípios pelo Ministério da Saúde.

Quanto à frequência com que as equipes comparecem ao domicílio do doente, observa-se que esta não é uma prática homogênea entre os Distritos. O Distrito II se destaca positivamente com melhor valor mediano (6), e os Distritos I e IV negativamente, com valores medianos de 3. Chama a atenção que a visita domiciliar é uma ferramenta do trabalho das ESF e condição essencial para o acompanhamento dos casos de TB em regime supervisionado.

No quadro, em destaque amarelo, evidenciou-se que todos os Distritos não dispõem de auxílio-transporte para retornos às consultas médicas e para o tratamento supervisionado na Unidade. A adoção regular da visita domiciliar tornaria dispensável o emprego do auxílio-transporte.

Em relação ao horário de funcionamento da USF, o valor de mediana encontrado (1) foi unânime para todos os Distritos, assim como a disponibilização de telefone para marcação de consulta. Destaca-se, como prerrogativa da Estratégia de Saúde da Família, que os serviços sejam ofertados em jornadas de trabalho de 40 horas semanais, de segunda à sexta-feira, não sendo relevante à avaliação destes indicadores, ressaltando-se, entretanto a necessidade de um outro local de atendimento, quando a situação de saúde exigir.

## **4.2 Elenco de serviços**

O elenco de serviços relaciona-se à variedade de serviços disponíveis e ajustados às necessidades de saúde. Starfield (2002) reconhece que este é um componente da atenção primária à saúde (APS) e de garantia da integralidade. A integralidade exige que a “atenção primária reconheça adequadamente a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize recursos para abordá-las”.

Considerando que a APS lida com um conjunto de problemas que se inserem em um contexto social mais amplo, deve ter à disposição recursos variados que permitam melhor desempenho das equipes de saúde. Deve ser assegurado aos profissionais o exercício de suas competências, com garantia que o cuidado, iniciado no primeiro nível do sistema de saúde seja estendido a outros níveis, quando a situação dele não possa prescindir.

Os serviços ofertados, evidentemente, podem variar de comunidade para comunidade atendendo a necessidades locais específicas, mediadas pela incidência ou prevalência de agravos. O grande desafio encontra-se na definição de prioridades e na decisão de quais serviços ofertar e se os mesmos serão utilizados de forma adequada.

Na prática, a variedade de serviços seria determinada por três componentes: “os problemas e necessidades da população e dos pacientes, as tarefas necessárias para abordar tais problemas e o estabelecimento do local onde seriam executadas”; ou seja, “com quais problemas lidam”, “como” e “onde” devem ser tratados. Embora nem todos os serviços sejam prestados no setor da atenção primária, os profissionais teriam a responsabilidade de reconhecer as necessidades de atenção à saúde e providenciar ou coordenar a prestação de serviços a serem disponibilizados em outros locais (STARFIELD, 2002).

Tomando como exemplo as Unidades de Saúde da Família, onde nem sempre as ESF dispõem de variedade de recursos tecnológicos necessários para prestação da assistência, deve ser assegurado o encaminhamento dos usuários a outros serviços. Logo, reconhece-se que para promover melhor desempenho das ESF no manejo dos casos de tuberculose, os serviços devem ser organizados e ajustados às especificidades hierárquicas do sistema de saúde, permitindo que o usuário transite e seja atendido nos diferentes níveis de atenção.

Embora as ações de controle da TB sejam predominantemente exequíveis na Unidade denominada como tipo I, deve contar como uma rede de apoio articulada que ofereça efetivamente respostas às necessidades identificadas.

Para analisar o elenco de serviços das USF do município de Bayeux, levou-se em consideração a variedade de recursos essenciais para o desenvolvimento de ações de controle da tuberculose na atenção primária à saúde. Dentre os elementos necessários para a realização do diagnóstico de TB, foram investigados: a oferta de material para realização de baciloscopia de escarro; coleta de material na USF; encaminhamento do material ao laboratório; encaminhamento do resultado de exame de laboratório para USF; rapidez na entrega do resultado do exame; realização da prova tuberculínica. Como elementos fundamentais para o acompanhamento dos casos confirmados foram pesquisados: tratamento supervisionado no

domicílio e na USF, oferta de material para baciloscopia de controle; oferta de cestas básicas; e, como elemento indispensável para a prevenção da TB, a oferta de vacinação BCG.

#### 4.2.1 Análise descritiva por distrito: Elenco de Serviços

Conforme ilustrado na Tabela 13, que se refere ao oferecimento de potes de escarro para a realização de baciloscopia, evidenciou-se que 74% dos entrevistados registraram “sempre” dispor deste insumo para a oferta do procedimento, e apenas 3,7% mencionaram que este insumo “nunca” estivera disponível. Ao analisar por distrito, verificou-se que o Distrito I alcançou melhores percentuais, apresentando 94% para resposta “sempre” e 5,6% para a resposta “quase sempre”. O Distrito V expressou opiniões contraditórias, sendo que 40% dos entrevistados registraram “sempre” e 40% “quase nunca” oferecer potes de escarro. Este resultado pode sugerir, capacidades organizacionais distintas entre as ESF, ou mesmo desconhecimento de alguns profissionais quanto à disponibilidade deste insumo.

TABELA 13 - Elenco de serviços: oferecimento de pote de escarro para diagnóstico?

Distrito	Nunca		Quase nunca		Algumas vezes		Muitas vezes		Quase sempre		Sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Distrito I									1	5,6%	17	94,4%
Distrito II									3	12,5%	21	87,5%
Distrito III					1	9,1%			2	18,2%	8	72,7%
Distrito IV	2	10,5%			2	10,5%			4	21,1%	11	57,9%
Distrito V	1	10,0%	4	40,0%			1	10,0%			4	40,0%
Total	3	3,7%	4	4,9%	3	3,7%	1	1,2%	10	12,2%	61	74,4%

Fonte: ESF Bayeux – PB/ Abril-Maio 2007.

A descoberta precoce dos casos de tuberculose, por meio da busca ativa de sintomáticos respiratórios na comunidade, constitui-se em importante atribuição das ESF. A busca de casos consiste em descobrir fontes de infecção (casos bacilíferos), identificando pessoas que apresentam tosse e expectoração por três semanas ou mais. Nestes casos, deve ser imediatamente solicitado o exame bacteriológico do escarro. Para isto, devem ser garantidos os insumos necessários como potes, etiquetas, adequada conservação e armazenamento do material coletado, fluxo laboratorial, sistema de informação (BRASIL, 2002).

O Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT-2004) estabelece como meta detectar anualmente pelo menos 70% dos casos estimados de TB. Ainda para o período de

2004/2007, propõe aumentar em 100% o número de sintomáticos respiratórios examinados. Portanto, se a oferta do pote de coleta do escarro para diagnóstico for insuficiente, pode dificultar ou postergar o diagnóstico de casos bacilíferos.

Em estudo realizado por Muniz (2004), no qual se avaliou as dificuldades encontradas pelos Agentes Comunitários de Saúde para realização da busca ativa de sintomáticos respiratórios, a falta deste material foi mencionada por 25% dos entrevistados.

A Tabela 14 refere-se ao oferecimento de potes de escarro para a baciloscopia de controle ao tratamento, e corrobora com os resultados apresentados na Tabela 13. Observou-se que 73,3% dos entrevistados mencionaram que “sempre” dispõem deste insumo. Igualmente, o Distrito V apresentou índices contraditórios, sendo que 40% dos entrevistados revelaram ter acesso a potes de escarro para controle, e 40% “nunca” oferecer este insumo. Por outro lado, os Distritos I e II apresentaram melhores índices, registrando 94,4% e 87,5% respectivamente.

TABELA 14 - Elenco de serviços: Oferecimento de pote de escarro para controle?

Distrito	Nunca		Quase nunca		Algumas vezes		Quase sempre		Sempre		Não Respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Distrito I							1	5,6%	17	94,4%		
Distrito II							3	12,5%	21	87,5%		
Distrito III					1	9,1%	2	18,2%	8	72,7%		
Distrito IV	2	10,5%			1	5,3%	5	26,3%	10	52,6%	1	5,3%
Distrito V	1	10,0%	4	40,0%			1	10,0%	4	40,0%		
Total	3	3,7%	4	4,9%	2	2,4%	12	14,6%	60	73,2%	1	1,2%

Fonte: ESF Bayeux – PB/ Abril-Maio 2007.

A baciloscopia de controle é um importante indicador de avaliação de sucesso terapêutico. O exame deve ser solicitado mensalmente aos doentes com diagnóstico de tuberculose pulmonar. Por este exame é avaliada a efetividade do regime medicamentoso indicado.

Ainda que esteja disponível e oferecido o “pote de escarro”, o procedimento de coleta, não parece ser uma prática usual dos serviços pesquisados. A Tabela 15 mostra que apenas 17,1% dos entrevistados mencionaram que “sempre” realizam a coleta na unidade, divergindo de 51,2% que informaram “nunca” adotarem esta prática. Os Distrito I e III apresentaram percentuais acima de 20% para a resposta “sempre”, entretanto, percentual igual ou superior,

a 50% para a resposta “nunca”. O Distrito II registrou o maior percentual (66,7%) para a resposta “nunca”, e o Distrito V, o menor percentual (10,0%) para a resposta “sempre”.

TABELA 15 - Elenco de serviços: Coleta de material (escarro) na unidade?

Distrito	Nunca		Quase nunca		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre		Não Respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Distrito I	9	50,0%	1	5,6%	3	16,7%	1	5,6%	4	22,2%		
Distrito II	16	66,7%	4	16,7%	1	4,2%			3	12,5%		
Distrito III	6	54,5%			1	9,1%			3	27,3%	1	9,1%
Distrito IV	8	42,1%	2	10,5%	5	26,3%			3	15,8%	1	5,3%
Distrito V	3	30,0%	4	40,0%	2	20,0%			1	10,0%		
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>51,2%</b>	<b>11</b>	<b>13,4%</b>	<b>12</b>	<b>14,6%</b>	<b>1</b>	<b>1,2%</b>	<b>14</b>	<b>17,1%</b>	<b>2</b>	<b>2,4%</b>

Fonte: ESF Bayeux – PB/ Abril-Maio 2007.

Na análise por distrito, observa-se que as opiniões dos entrevistados não é consensual, uma vez que foram assinaladas, pela totalidade dos distritos, todas as possibilidades de respostas. Sugere-se que as divergências identificadas possam estar relacionadas ao desconhecimento das diferentes categorias profissionais para com os procedimentos realizados na Unidade em que atuam, ou mesmo, referentes ao local de trabalho das ESF. Mesmo desempenhando suas funções na mesma área distrital, as ESF podem operar distintamente, conduzidas por diferentes capacidades organizacionais.

Cabe ressaltar que, no trabalho de campo realizado pela autora no período que antecedeu a coleta de dados, verificou-se que os postos de coleta de escarro são centralizados, sendo um por Distrito de Saúde. Deste modo, evidencia-se que, apesar de oferecer o pote de escarro para a coleta do material, nem todas as USF executam este procedimento, encaminhando o paciente para os locais estabelecidos.

No entanto, estando prevista e reafirmada pela PORTARIA N° 648/ MS (BRASIL, 2006b) a descentralização das ações de controle da TB para o âmbito das ESF, era de se esperar que os serviços se estruturassem para que todas as ESF pudessem desenvolver as atividades de diagnóstico. O procedimento de coleta de escarro deve ser incentivado pelos profissionais no momento em que se estabelece o primeiro contato com o sintomático



respiratório. Ao encaminhar para outro local, o caso suspeito pode não retornar à unidade, resultando em abandono primário.

Não se trata apenas de desenvolver protocolos e rotinas capazes de identificar e oferecer ações e sim “*adotar uma postura que identifica a partir do conhecimento técnico as necessidades de prevenção e as assistenciais, e que seleciona as intervenções a serem ofertadas no contexto de cada encontro*” (MATTOS, 2004, p.1412).

Nesta perspectiva, há de se enfatizar que não obstante a disponibilização do insumo (pote de escarro), dado como um elemento estrutural que compõe o “elenco de serviços”, o que de fato permeia o contexto estudado refere-se ao modo como se organiza o sistema de serviços de saúde do município de Bayeux. Se os profissionais identificam o sintomático respiratório, oferecem insumos para a coleta do material, não se responsabilizando, no entanto, pela coleta, podem colocar em risco a continuidade da atenção iniciada.

Destaca-se que este indicador foi também investigado como um elemento do componente acesso (apresentado na Tabela 1), sendo entendido como “o acesso do sintomático respiratório ao exame de escarro”. No componente elenco de serviço, refere-se à disponibilidade e à oferta da coleta de escarro pelas ESF. Vale ressaltar que, em ambas as situações, os resultados se assemelharam, permitindo inferir consistência das respostas.

Quanto ao encaminhamento de material (escarro) ao laboratório de referência (Tabela 16) era esperado que nem todas as USF se responsabilizassem por este procedimento, uma vez que nem todas executam a coleta de escarro. Apenas 57,3% dos entrevistados mencionaram que “sempre” encaminham o material coletado ao laboratório. Observa-se que o Distrito I se destaca, mencionando que o procedimento é adotado por 77,8% dos entrevistados. Contudo, o Distrito V apresentou o menor percentual, sendo assinalada a resposta “sempre” por apenas 40,0% dos entrevistados. Em contrapartida, neste mesmo Distrito, as opiniões divergiram, sendo assinaladas todas as possibilidades de resposta.

TABELA 16 - Elenco de serviços: encaminhamento do material (escarro) para o laboratório?

Distrito	Nunca		Quase nunca		Algumas vezes		Quase sempre		Sempre		Não Respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Distrito I	4	22,2%							14	77,8%		
Distrito II	5	20,8%	4	16,7%	1	4,2%	1	4,2%	13	54,2%		
Distrito III	4	36,4%					1	9,1%	5	45,5%	1	9,1%
Distrito IV	4	21,1%			3	15,8%			11	57,9%	1	5,3%

Distrito V	2	20,0%	1	10,0%	2	20,0%	1	10,0%	4	40,0%		
Total	19	23,2%	5	6,1%	6	7,3%	3	3,7%	47	57,3%	2	2,4%

Fonte: ESF Bayeux – PB/ Abril-Maio 2007.

Quando questionados a respeito do retorno dos resultados de exames às unidades solicitantes, a Tabela 17 demonstra que 43,9% dos entrevistados mencionaram que “sempre” recebem a contra-referência, e 36,6% registraram que “nunca” recebem o resultado do exame solicitado. O Distrito V se destacou, tendo apresentado os melhores percentuais, sendo que 70,0% dos entrevistados assinalaram que “sempre” recebem o resultado e 10,0% assinalaram que “quase sempre”. O Distrito III apresentou os piores índices, uma vez que 54,5% dos profissionais responderam que o resultado do exame “nunca” é encaminhado para a unidade.

Por outro lado, reforça-se que esta informação se apresentou bastante divergente entre os profissionais que compõem o mesmo distrito. Os Distritos I e II apresentaram polarizadamente o mesmo percentual para “sempre” e “nunca”, sendo 44,4% e 45,8% respectivamente. Esta dicotomia novamente leva a crer que as equipes de saúde de um mesmo distrito desconhecem as rotinas instituídas, ou que, apesar de terem sido responsáveis pela solicitação do exame de escarro, o resultado retorne para a Unidade que realizou o procedimento.

TABELA 17 - Elenco de serviços: o resultado do exame de laboratório é encaminhado para a unidade?

Distrito	Nunca		Quase nunca		Algumas vezes		Muitas vezes		Quase sempre		Sempre		Não Respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Distrito I	8	44,4%	1	5,6%							8	44,4%	1	5,6%
Distrito II	11	45,8%	1	4,2%					1	4,2%	11	45,8%		
Distrito III	6	54,5%	1	9,1%					1	9,1%	2	18,2%	1	9,1%
Distrito IV	4	21,1%			4	21,1%	2	10,5%			8	42,1%	1	5,3%
Distrito V	1	10,0%	1	10,0%					1	10,0%	7	70,0%		
Total	30	36,6%	4	4,9%	4	4,9%	2	2,4%	3	3,7%	36	43,9%	3	3,7%

Fonte: ESF Bayeux – PB/ Abril-Maio 2007.

A deficiência nos mecanismos de referência e contra-referência gera, provavelmente, impasses entre o usuário e a equipe de saúde da família (ESF), que fez o atendimento. O primeiro, por sua vez, não encontra resposta para o seu problema de saúde, o segundo tem sua capacidade de resposta comprometida. Este descompasso revela a fragilidade da organização

da rede de serviços. A integração da atenção básica aos demais níveis do sistema pressupõe articulação entre os mesmos, e seu uso deve ser informado pelos profissionais de saúde.

Em estudo realizado por Giovanella; Escorel e Mendonça (2003), foi avaliada a articulação das Unidades de Saúde da Família (USF) aos demais níveis de complexidade em dez grandes centros urbanos. Em cinco cidades, 70% das famílias consideraram a USF resolutiva, informando que geralmente conseguiam resolver seu problema de saúde, quando atendidas pela equipe. Os melhores resultados foram observados em Vitória da Conquista e Aracajú, apontando 80% de resolutividade. Os piores resultados foram encontrados em Goiânia (46%), Palmas (34%) e Manaus (33%), onde as famílias percebiam o atendimento da ESF como não resolutivo, precisando de procurar especialista após consulta na USF.

A Tabela 18 refere-se à agilidade do recebimento do resultado do exame pelas ESF. Apenas 25,6% referiram que “sempre” recebem o resultado com rapidez. No Distrito V, as opiniões dos entrevistados divergiram, sendo que 40% referiram que “quase sempre” recebem o resultado rapidamente, e 40% mencionaram que “nunca” recebem o resultado com rapidez. Os Distritos I e IV apresentaram os melhores percentuais, porém abaixo de 50%. No Distrito I, 38,9% dos entrevistados mencionaram que “sempre” recebem o resultado com rapidez e, no Distrito IV, este percentual alcançou 42,1%.

TABELA 18 - Elenco de serviços: o resultado do exame do laboratório é entregue com rapidez?

Distrito	Nunca		Quase nunca		Algumas vezes		Muitas vezes		Quase sempre		Sempre		Não Respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Distrito I	2	11,1%			4	22,2%	2	11,1%	2	11,1%	7	38,9%	1	5,6%
Distrito II	1	4,2%	3	12,5%	7	29,2%			6	25,0%	4	16,7%	3	12,5%
Distrito III	3	27,3%			3	27,3%			2	18,2%	2	18,2%	1	9,1%
Distrito IV	2	10,5%	1	5,3%	1	5,3%			6	31,6%	8	42,1%	1	5,3%
Distrito V	4	40,0%			2	20,0%			4	40,0%				
Total	12	14,6%	4	4,9%	17	20,7%	2	2,4%	20	24,4%	21	25,6%	6	7,3%

Fonte: ESF Bayeux – PB/ Abril-Maio 2007.

A baciloscopia de escarro constitui-se em uma alternativa rápida e de baixo custo para o diagnóstico da tuberculose pulmonar. Espera-se que, em menos de 24 horas, o resultado já esteja disponível à equipe de saúde, para que seja iniciado precocemente o tratamento. No contexto do estudo, como demonstra a Tabela 18, identifica-se fragilidades no mecanismo de contra-referência dos resultados dos exames.

Segundo Giovanella *et al.* (2002), a integração dos serviços pode ser definida como uma reunião de funções comuns, e requer estreita coordenação entre indivíduos, setores e departamentos em uma perspectiva de complementariedade. O retorno ágil do resultado de exame envolve a articulação de tarefas assistenciais nos diversos campos de gestão e de apoio (planejamento, programação, sistema de informação, formação). Sinaliza, portanto, a necessidade de se aprimorar métodos que favoreçam a articulação entre os serviços e resultem em maior resolutividade das ações em saúde.

Um outro ponto focalizado, neste estudo (Tabelas 19 e 20), relaciona-se ao local eleito pelas ESF para a realização do tratamento supervisionado (TS). O TS caracteriza-se como um dos pilares da estratégia DOTS, o qual preconiza que os casos de TB devem ter seu tratamento assistido e monitorado no local de escolha do doente.

A Tabela 19 mostra que 67,1% dos entrevistados apontam que o TS é realizado “sempre” no domicílio. Apenas 3,7% do total de entrevistados mencionaram “nunca” adotar esta prática no domicílio. O Distrito III destaca-se com a resposta “sempre” (81,8%) e “quase sempre” (9,1%), equivalendo a 90,9% dos entrevistados. No Distrito I, 72,2% dos entrevistados assinalaram que “sempre” realizam o TS no domicílio, e 22,2% registraram realizar “algumas vezes”. No Distrito II, 79,2% referiram “sempre” realizar o TS no domicílio. No Distrito V, 40% dos entrevistados mencionaram que “sempre” realizam TS no domicílio e 30,0% “quase sempre”. No Distrito IV, 52,6% registraram que “sempre” realizam o TS no domicílio, entretanto 15,8% deixaram de emitir resposta.

TABELA 19 - Elenco de serviços: tratamento supervisionado no domicílio?

Distrito	Nunca		Quase nunca		Algumas vezes		Muitas vezes		Quase sempre		Sempre		Não Respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Distrito I					4	22,2%	1	5,6%			13	72,2%		
Distrito II	2	8,3%			1	4,2%			2	8,3%	19	79,2%		
Distrito III							1	9,1%	1	9,1%	9	81,8%		
Distrito IV			1	5,3%	3	15,8%			2	10,5%	10	52,6%	3	15,8%
Distrito V	1	10,0%			2	20,0%			3	30,0%	4	40,0%		
Total	3	3,7%	1	1,2%	10	12,2%	2	2,4%	8	9,8%	55	67,1%	3	3,7%

Fonte: ESF Bayeux – PB/ Abril-Maio 2007.

Independentemente do local acordado para a realização do TS, espera-se que a ESF responsabilize-se pelo acompanhamento dos casos de TB. A ingestão dos medicamentos deve ser supervisionada pelo profissional de saúde: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem,

ACS, ou mesmo um membro de família devidamente orientado para esta atividade (BRASIL, 2002).

De acordo com o II Consenso Brasileiro de Tuberculose (BRASIL, 2004), são prioridades para qualquer medida de implementação do TS: os adultos com diagnóstico de tuberculose pulmonar bacilífera, pacientes pertencentes aos grupos de maior risco de abandono ao tratamento, como usuários de drogas, alcoólatras, moradores de rua ou que residem em comunidades fechadas, como prisões, asilos, casas de repouso e hospitais psiquiátricos, pacientes em retratamento e portadores de formas multiresistentes.

Assim, a decisão sobre quais casos devem ser prioritariamente supervisionados, bem como o local que melhor se adequa às necessidades do doente, devem ser definidos no nível local e pactuado entre os atores envolvidos (ESF /doente/família). A Tabela 20 evidencia que nem sempre as ESF elegem o domicílio para realização do TS. Na análise geral do município, 73,3% dos entrevistados assinalaram que “sempre” realizam o TS na USF. A opção de resposta “nunca” não foi registrada pela totalidade dos Distritos. Os Distritos IV e V que, na Tabela anterior, apresentaram os menores percentuais para realização do TS no domicílio se destacaram, registrando que neles foi eleita a USF, como local predominante para a realização da supervisão terapêutica. Por outro lado, o Distrito I, que se destacou na Tabela 19, com altos percentuais para a realização do TS no domicílio, apresentou percentual de 55,6% para a oferta de TS na USF.

TABELA 20 - Elenco de serviços: tratamento supervisionado na unidade de saúde?

Distrito	Quase nunca		Algumas vezes		Muitas vezes		Quase sempre		Sempre		Não Respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Distrito I	1	5,6%	6	33,3%			1	5,6%	10	55,6%		
Distrito II	3	12,5%	2	8,3%					19	79,2%		
Distrito III	1	9,1%	1	9,1%			1	9,1%	8	72,7%		
Distrito IV					1	5,3%	1	5,3%	16	84,2%	1	5,3%
Distrito V							3	30,0%	7	70,0%		
Total	5	6,1%	9	11,0%	1	1,2%	6	7,3%	60	73,2%	1	1,2%

Fonte: ESF Bayeux – PB/ Abril-Maio 2007.

Até certo ponto, é de se supor conflito entre as respostas relativas ao local eleito para realização do tratamento supervisionado, já que as Tabelas 19 e 20 mostram altos valores percentuais na resposta “sempre”. Mas, por outro lado, sugere-se que a questão foi

interpretada, entendendo-se que os mesmos pacientes podem receber o tratamento nas USF e em domicílio. Os resultados demonstram que a adoção desta prática não se estabelece de maneira homogênea no município estudado, porém atestam que o TS, no controle da TB, vem se consolidando como prática das ESF.

Ademais, a operacionalização do TS tem ocasionado mudanças expressivas nos indicadores epidemiológicos da TB. Em estudo realizado por Muniz *et al.* (2002) no município de Ribeirão Preto- SP, no qual se avaliou o impacto do TS no desfecho terapêutico dos casos de TB no período de 1998 a 2000, constatou-se que a taxa de abandono caiu para 9,8% em 1998, 8,6% em 1999 e 3,5% em 2000. A taxa de cura dos pacientes do grupo TS - 89,3%, 76,3% e 82,9%, nos anos 1998, 1999 e 2000, respectivamente, foi maior quando comparada à do grupo sob tratamento auto-administrado - 60,3%, 61,7% e 64,1%, no mesmo período.

No município de Jacareí (SP), o aumento de casos de doentes em regimes supervisionados elevou o percentual de cura e reduziu o abandono ao tratamento. Em 1998, antes da introdução do TS, o município registrava 74% de cura e 9,2% de abandono. Em 2003, período no qual 46% dos casos foram supervisionados, os índices de cura e abandono foram de 91,3% e 1,3%, respectivamente (SILVA; BARBOSA, 2004).

Chaulk e Kazandjian (1998) avaliaram a eficiência do TS em relação à conclusão do tratamento da tuberculose pulmonar. Assim, foram selecionados e analisados 27 estudos sobre a temática. Doze (12) estudos basearam-se na adoção do TS, centrados no paciente com uma combinação de múltiplos incentivos e capacitadores, ou seja, terapia no domicílio, na escola, no trabalho, alimento, roupas, remuneração, transporte, terapia psicológica para usuário de drogas, internação para pacientes sem teto, além de ações educativas destinadas à família e aos pacientes. Nesses estudos, as taxas de conclusão de tratamento foram de 86% a 96,5%, incluindo pacientes alcoólatras, usuários de drogas, encarcerados, ou mesmo infectados com HIV.

Outros quatro (4) estudos baseavam-se no uso do TS sem múltiplos incentivos e facilitadores - TS e transporte ou TS e refeição ou TS no trabalho. As taxas de conclusão do tratamento variaram de 85% a 87,6%. Dois (2) estudos relataram a aplicação de TS apenas durante o período de internação, revelando ser a estratégia menos eficaz, com taxas de conclusão de tratamento variando de 78,6% a 82,6%.

Em nove (9) estudos eleitos em que se utilizou o tratamento não supervisionado, as taxas de conclusão de tratamento variaram entre 41,9% a 82%. Neste grupo, em sua maioria, o tratamento foi auto-administrado, incluindo, em algumas experiências, a visita domiciliária, o trabalho educativo, a contagem de comprimidos e o TS seletivo. Cabe ressaltar que, onde se adotaram algumas destas medidas, a taxa de conclusão de tratamento foi mais alta. Chaulk e Kazandjian (1998) concluíram que, quando o tratamento for centrado no paciente, usando TS com múltiplos incentivos, as taxas de conclusão do tratamento podem exceder a taxa de 90%.

A Tabela 21 demonstra que o município estudado não dispõe de cestas básicas ou vale-alimentação para incentivar a adesão terapêutica. Somando as respostas “nunca” (70,7%) e “quase nunca” (14,6%), obteve-se o percentual de 85,3%. Vale mencionar que a resposta “sempre” não foi mencionada pelos entrevistados. No Distrito V, 20,0% dos entrevistados responderam que “algumas vezes” este insumo é disponibilizado e 10,0%, “muitas vezes”. Observa-se que 9,8% do total de entrevistados não responderam a esta questão.

TABELA 21- Elenco de serviços: Entrega de cestas básicas, vale alimentação?

Distrito	Nunca		Quase nunca		Algumas vezes		Muitas vezes		Não Respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Distrito I	11	61,1%	4	22,2%					3	16,7%
Distrito II	18	75,0%	3	12,5%					3	12,5%
Distrito III	9	81,8%	1	9,1%					1	9,1%
Distrito IV	16	84,2%	1	5,3%	1	5,3%			1	5,3%
Distrito V	4	40,0%	3	30,0%	2	20,0%	1	10,0%		
Total	58	70,7%	12	14,6%	3	3,7%	1	1,2%	8	9,8%

Fonte: ESF Bayeux – PB/ Abril-Maio 2007.

Silva (2006) aponta que a inexistência deste benefício pode caracterizar-se como um obstáculo para a descentralização das ações de controle da tuberculose, uma vez que alguns pacientes preferem se deslocar para outro serviço em que o benefício seja oferecido.

Em estudo realizado por Reigota (2001), a oferta de benefícios foi considerada como fator importante e determinante para os pacientes desempregados realizarem o TS no ambulatório. Morrone *et al.* (1999) também consideram importantes, embora alertem para a possibilidade do paciente pretender prolongar o tratamento para não perder os benefícios. Em oposição a estes estudos, Doreven (2000) revela que mesmo sem o fornecimento de “comida”,

na Angola, o programa mostrava êxito, com os doentes comparecendo diariamente para a dose supervisionada.

Para Arcêncio (2006), a primeira estratégia de intervenção visando às necessidades dos pacientes, observada em estudo nos municípios prioritários de São Paulo, foi a entrega de incentivos e benefícios (cestas básicas, *tickets*, vales-refeição, bebidas lácteas, entre outros), elementos considerados pelo mesmo autor como facilitadores no processo de adesão.

Um fator importante a considerar é o aporte nutricional ao portador de TB, fato extremamente relevante para o sucesso do tratamento. Deve-se ter um cuidado especial com a alimentação nutritiva, de modo a preservar a imunidade do paciente, pois caso este aporte seja deficiente, a recuperação torna-se lenta e árdua favorecendo a exacerbação das reações medicamentosas (ARCÊNCIO, 2006).

Outra limitação evidenciada por este estudo relaciona-se à disponibilização do teste tuberculínico. O conjunto de tecnologias aplicadas na APS deve ser empregado de forma que se chegue aos melhores resultados com o mínimo prazo possível e o menor custo-benefício. Estas tecnologias devem fornecer uma boa margem de previsão, provisão e prevenção. Assim, a realização do teste tuberculínico se faz necessária e atesta a capacidade dos serviços em oferecer medidas preventivas no espaço em que estão inseridos.

A prova tuberculínica é um exame complementar, de auxílio diagnóstico. O resultado positivo evidencia apenas a infecção por micobactérias, não caracterizando a presença de doenças. Entretanto, sua utilização é recomendada em casos sob suspeita de TB extrapulmonar, na identificação de tuberculose-infecção entre contatos intradomiciliares e principalmente em pacientes portadores do HIV, como parâmetro de indicação à quimioprofilaxia. Acresce-se que a realização do teste (aplicação e leitura) requer o uso de técnica padronizada, exigindo que os profissionais de saúde sejam treinados e aferidos para o exercício desta prática (BRASIL, 2002).

A Tabela 22 revela ser desfavorável, no município estudado, o emprego do teste tuberculínico. Do total de entrevistados, 50% mencionaram que “nunca” oferecem o teste tuberculínico e apenas 18,3% assinalaram que “sempre” realizam a prova tuberculínica na rotina dos serviços. Destaca-se o Distrito V, apresentando o maior percentual (80%) para a resposta “nunca”. Curiosamente, o Distrito III apresenta resultados polarizados, com 18,2% para resposta “nunca” e 18,2% para a resposta “sempre”. Para este mesmo Distrito, 36,4% responderam “algumas vezes”. No Distrito I, os percentuais dos que responderam “sempre”



foi de 27,8% e 38,9% representou a resposta “nunca”. Ressalta-se que 13,4% do total de entrevistados não responderam esta pergunta, destacando o Distrito I, onde 22,2% não emitiram opinião.

TABELA 22 - Elenco de serviços: realização de teste de pele (prova tuberculínica)?

Distrito	Nunca		Quase nunca		Algumas vezes		Muitas vezes		Quase sempre		Sempre		Não Respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Distrito I	7	38,9%			2	11,1%					5	27,8%	4	22,2%
Distrito II	11	45,8%	2	8,3%	1	4,2%			1	4,2%	5	20,8%	4	16,7%
Distrito III	2	18,2%	1	9,1%	4	36,4%	1	9,1%			2	18,2%	1	9,1%
Distrito IV	13	68,4%			1	5,3%					3	15,8%	2	10,5%
Distrito V	8	80,0%					1	10,0%	1	10,0%				
Total	41	50,0%	3	3,7%	8	9,8%	2	2,4%	2	2,4%	15	18,3%	11	13,4%

Fonte: ESF Bayeux – PB/ Abril-Maio 2007.

Os dados sugerem heterogeneidade da oferta deste procedimento nos Distritos de Saúde de Bayeux. Dada a necessidade de capacitação dos profissionais para a realização de tal procedimento, sugere-se que esta ação possivelmente encontra-se centralizada em algumas USF. No entanto, a observação de campo identificou que quando o emprego deste procedimento se faz necessário, as ESF encaminham o caso suspeito e seus familiares para o serviço de referência localizado em outro município. Esta conduta resulta em obstáculo para realização do exame, uma vez que a família nem sempre dispõe de recursos financeiros para promover seu deslocamento aos serviços especializados. Ademais, expressa deficiência da capacidade resolutive das USF.

Um outro recurso preventivo disponível é a vacina BCG, que confere poder protetor às formas graves de primo-infecção pelo *M. tuberculosis*. Segundo Barreto *et al.* (2006), atualmente, a cobertura vacinal da BCG alcança 85% dos recém-nascidos. Estima-se que aproximadamente 100 milhões de crianças no mundo recebam a vacina BCG a cada ano, sendo observadas coberturas vacinais mais baixas nos países africanos, sudeste da Ásia e oeste do Pacífico.

Diversos estudos foram realizados para avaliar o efeito protetor da BCG contra TB pulmonar. Esses estudos apontam enorme variação na proteção conferida, a depender do

desenho, ou áreas geográficas onde foram realizados, dentre outros aspectos. Isso tem gerado incertezas quanto à proteção conferida pela vacina, permanecendo este tema bastante controverso, todavia, há consenso na literatura sobre a proteção conferida pela primeira dose da vacina BCG contra formas graves e disseminadas de TB em crianças, principalmente meningite e miliar. O debate continua, por outro lado, em relação ao efeito protetor da vacina BCG para a TB pulmonar, forma clínica de importância para o controle da doença. Mesmo assim, as vantagens da utilização da vacina BCG, nos países com média ou alta incidência de TB certamente superam os seus limites (BRÓLIO; NARDY, 1976).

No Brasil, a vacina BCG é prioritariamente indicada para as crianças de 0 a 4 anos de idade, sendo obrigatória para menores de 1 ano, como dispõe a portaria nº 452 de 06/12/76 do Ministério da Saúde, e estabelecida pelo PNCT, como atribuição das ESF.

No município estudado, identifica-se que a vacina é oferecida pelas equipes, entretanto este recurso nem sempre se encontra disponível nos serviços. As Tabelas 23, 24 e 25 apresentam a oferta e a periodicidade com a qual é efetivada a vacinação BCG nas Unidades.

TABELA 23 - Elenco de serviços: é oferecida a vacinação BCG na unidade?

Distrito	Nunca		Quase nunca		Algumas vezes		Sempre		Não Respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Distrito I	3	16,7%	1	5,6%	1	5,6%	10	55,6%	3	16,7%
Distrito II	10	41,7%			5	20,8%	7	29,2%	2	8,3%
Distrito III	2	18,2%	1	9,1%	4	36,4%	3	27,3%	1	9,1%
Distrito IV	3	15,8%			4	21,1%	11	57,9%	1	5,3%
Distrito V	5	50,0%	1	10,0%			4	40,0%		
Total	23	28,0%	3	3,7%	14	17,1%	35	42,7%	7	8,5%

Fonte: ESF Bayeux – PB/ Abril-Maio 2007.

A Tabela 23 demonstra que 42,7% dos entrevistados mencionaram que a vacina BCG “sempre” é oferecida pelas USF. No entanto, 28,0% dos entrevistados assinalaram que “nunca” oferecem tal procedimento. Os Distritos I e IV apresentaram os melhores percentuais; o primeiro registrou “sempre” por 55,6% dos entrevistados e o segundo, 57,9%. Em contrapartida, os Distritos II e III obtiveram os menores percentuais para as resposta “sempre”. No Distrito V, as opiniões dos entrevistados divergiram, sendo que 40% assinalaram que “sempre” oferecem a vacinação na Unidade e 50,0% registraram “nunca” oferecem este procedimento.

Quando questionados se a oferta de vacinação BCG ocorre diariamente (Tabela 24), apenas 7,3% dos entrevistados informaram que executam esta atividade diariamente, e 63,4% afirmaram que “nunca” oferecem. No Distrito II, 83,3% dos entrevistados responderam que a vacinação “nunca” é oferecida diariamente. Ressalta-se que 14,6% do total de entrevistados não opinaram sobre a questão, sendo mais expressivo este percentual entre os profissionais que compõem as ESF do Distrito IV.

TABELA 24 - Elenco de serviços: a vacinação BCG é realizada diariamente?

Distrito	Nunca		Quase nunca		Algumas vezes		Muitas vezes		Quase sempre		Sempre		Não Respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Distrito I	11	61,1%			1	5,6%					2	11,1%	4	22,2%
Distrito II	20	83,3%			1	4,2%			2	8,3%	1	4,2%		
Distrito III	6	54,5%	1	9,1%	1	9,1%					1	9,1%	2	18,2%
Distrito IV	10	52,6%	1	5,3%			1	5,3%			2	10,5%	5	26,3%
Distrito V	5	50,0%	1	10,0%	3	30,0%							1	10,0%
Total	52	63,4%	3	3,7%	6	7,3%	1	1,2%	2	2,4%	6	7,3%	12	14,6%

Fonte: ESF Bayeux – PB/ Abril-Maio 2007.

Quando do questionamento sobre a realização semanal da vacinação BCG (Tabela 25), os resultados demonstram opiniões antagônicas, variando de 41,5% para “nunca” e 34,1% para “sempre”. O Distrito II apresentou o maior percentual (58,3%) dentre os que responderam “nunca”. O Distrito I apresentou o melhor percentual para resposta “sempre”, sendo referido por 61,1% dos entrevistados. Curiosamente, os profissionais que compõem as ESF do Distrito V apresentaram opiniões contraditórias: 50,0% assinalaram “sempre” oferecer semanalmente a vacina BCG e 50,0% “nunca” oferecer tal procedimento. O percentual de profissionais que não responderam à pergunta foi de 14,6%, equivalente à Tabela 24.

TABELA 25 - Elenco de serviços: a vacinação BCG é realizada semanalmente?

Distrito	Nunca		Quase nunca		Algumas vezes		Quase sempre		Sempre		Não Respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Distrito I	3	16,7%	1	5,6%			1	5,6%	11	61,1%	2	11,1%
Distrito II	14	58,3%	2	8,3%					5	20,8%	3	12,5%
Distrito III	6	54,5%			1	9,1%			2	18,2%	2	18,2%
Distrito IV	6	31,6%			3	15,8%			5	26,3%	5	26,3%
Distrito V	5	50,0%							5	50,0%		
Total	34	41,5%	3	3,7%	4	4,9%	1	1,2%	28	34,1%	12	14,6%

Fonte: ESF Bayeux – PB/ Abril-Maio 2007.

Analisando as Tabelas 23, 24, e 25, que se referem à periodicidade de oferta da vacinação BCG no município de Bayeux, observa-se que este procedimento não se caracteriza como prática regular e homogênea das ESF. As observações contidas no diário de campo corroboram com estes achados, tendo-se identificado que a vacinação BCG é ofertada em sistema de rodízio. Em cada dia da semana, a vacina encontra-se disponível em uma USF distinta, sendo que nem todas as ESF participam desta escala, o que sinaliza veracidade dos percentuais de respostas “nunca”.

Concebe-se, no entanto, que este modelo de organização caracteriza-se como fragilidade ao acesso dos usuários ao serviço, pois exigem deslocamento para regiões fora de sua área adscrita. Ademais, acresce-se que a não realização deste procedimento no horário de almoço restringe o acesso de pessoas que só podem comparecer ao serviço de saúde em horários diferenciados, devido ao trabalho e/ou a outros afazeres.

Por outro lado, a realização da vacinação BCG requer o uso de técnica padronizada exigindo que os profissionais de saúde sejam treinados e aferidos para a aplicação. Coloca-se como responsabilidade da coordenação do PCT ou gestor local estimular e viabilizar a capacitação dos profissionais das ESF, resultando em ampliação da oferta deste procedimento à demanda do serviço. Um das prerrogativas estruturais para a habilitação das ESF pauta-se na existência da sala de vacinas (PORTARIA GM/ MS n° 648) (BRASIL, 2006b). Deste modo deve-se primar pela eficiência de uso dos espaços na perspectiva de garantir a resolutividade da APS.

A Tabela 26 apresenta os indicadores de elenco de serviços, segundo o valor mediano encontrado por Distrito de Saúde. Para facilitar a discussão, os indicadores (medianas) foram dispostos considerando-se os três eixos principais da estratégia DOTS e preconizados como atribuições das ESF: diagnóstico, tratamento e medidas preventivas. A cor azul representa os indicadores (medianas) relacionadas às ações de diagnóstico, a amarela, às ações relacionadas ao tratamento e a rosa, às ações relacionadas às medidas preventivas.

No quadro em destaque azul, evidencia-se que o insumo “pote para a coleta de escarro” apresenta valor mediano satisfatório na maioria dos Distritos, exceto no Distrito V, onde o valor mediano foi igual a 3. Apesar de contarem com este insumo, são insatisfatórios os valores medianos encontrados (menor ou igual a 2), quando se analisa a realização do procedimento “coleta de escarro” pelos Distritos.

Quanto ao encaminhamento do material (escarro) ao laboratório, os valores medianos evidenciaram que esta é uma prática comum das ESF do município. Entretanto, somente o Distrito V apresentou valor mediano igual a 6, quando analisado o retorno do resultado do exame às ESF. Em contrapartida, o Distrito III apresentou o menor valor mediano (1), quanto ao retorno do resultado à USF.

#### ANÁLISE DA MEDIANA POR DISTRITO: Elenco de Serviços

TABELA 26 - Valor de Mediana para o componente “Elenco de Serviços” por Distrito de Saúde no município de Bayeux-PB

Indicadores	I	II	III	IV	V
Oferecimento de pote de escarro para diagnóstico?	6	6	6	6	3
Coleta de material (escarro) na unidade?	1,5	1	1	2	2
Encaminhamento do material (escarro) para o laboratório?	6	6	6	6	4
O resultado do exame de laboratório é encaminhado para a unidade?	4	3,5	1	4	6
O resultado do exame do laboratório é entregue com rapidez?	5	5	3	5	3
Realização de teste de pele (prova tuberculínica)?	4,5	2	3	1	1
Tratamento supervisionado no domicílio?	6	6	6	6	5
Tratamento supervisionado na unidade de saúde?	6	6	6	6	6
Oferecimento de pote de escarro para controle?	6	6	6	6	3,5
Entrega de cestas básicas, vale alimentação?	1	1	1	1	2
É oferecida a vacinação BCG na unidade?	6	3	3	6	1,5
A vacinação BCG é realizada diariamente?	1	1	1	1	1,5
A vacinação BCG é realizada semanalmente?	6	1	1	6	3,5

Fonte: ESF Bayeux – PB/ Abril-Maio 2007.

Em se tratando da agilidade com a qual este resultado retorna para a USF, os Distritos II e V se destacaram com menores valores medianos (3). Em relação à oferta do teste tuberculínico, apenas o Distrito I alcançou valores medianos desejáveis (4,5). Nos demais Distritos, os resultados foram insatisfatórios, apresentando valores iguais ou inferiores a 3.

No quadro em destaque amarelo, são demonstrados os valores medianos referentes ao local eleito pelas ESF para a realização do TS. Observa-se satisfatoriamente que esta prática é adotada pelas ESF, seja no domicílio do paciente ou nas USF. Quanto à disponibilidade de potes de escarro para a realização de baciloscopia de controle, unicamente o Distrito III apresentou valores medianos desfavoráveis (3,5).

No que se refere à disponibilidade de benefícios (cestas básica ou auxílio-alimentação) como incentivos ao TS, evidenciou-se que os Distritos de Saúde não dispõem regularmente deste recurso.

O quadro em destaque rosa relaciona-se à realização e à periodicidade em que é ofertada a vacinação BCG. Os Distritos I e IV apresentaram os melhores valores medianos (6), para a execução deste procedimento pelas USF. Contudo, no Distrito V, o valor mediano igual a 1, demonstra baixa cobertura na oferta da vacinação BCG. Quanto à disponibilização semanal da vacinação, destacam-se também os Distritos I e V, apresentando valores medianos igual a 6. Contrariamente, o que é unânime em todos os Distritos é o fato de a vacinação não se encontrar disponível nas rotinas diárias das ESF.

# *Considerações finais e Recomendações*

---

*Quanto mais posicionamentos me são fornecidos em relação a uma*

*determinada questão que estou analisando, tanto melhor consigo me imaginar nestas posições, tanto maior será a minha capacidade de ter um pensamento representativo e maior a validade das minhas conclusões finais, a minha opinião. É esta capacidade de “ter uma mente aberta” que torna o homem capaz de fazer julgamentos (...)*

(Arendt A.)

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Retomando a trajetória deste estudo que tomou como recorte as ações de controle da tuberculose no contexto das ESF na perspectiva de avaliar dois componentes da Atenção Primária à Saúde - acesso e elenco de serviços - constatou-se que ainda existem desafios a ser enfrentados que fortaleçam a capacidade organizacional das ESF e resultem em maior resolutividade da atenção.

A análise dos componentes “acesso” e “elenco de serviços” permitiram identificar as seguintes potencialidades:

- a descentralização do tratamento e do acompanhamento dos casos de tuberculose vem se estabelecendo na prática das ESF;
- as ESF contam com suprimento adequado de medicamentos para o tratamento da TB;
- o tratamento supervisionado vem se consolidando na prática das ESF, seja no domicílio do paciente ou na USF;
- as ESF, dispõem de insumos (potes de escarro) para a realização das baciloscopias de diagnóstico e de controle.

Quanto às fragilidades, foi possível identificar que:

- o procedimento prioritário para realização do diagnóstico (coleta de escarro) não é realizado pelas ESF;
- as equipes não contam com benefícios (cesta básica/ vale-transporte/ auxílio-alimentação) como incentivo para promover maior adesão dos pacientes ao tratamento;
- nem todos os profissionais das ESF adotam a visita domiciliar como rotina de trabalho;



- as USF, em sua maioria, não oferecem atendimento ao paciente de TB no horário de almoço;
- a vacinação BCG não é oferecida por todas ESF, estando disponíveis em sistema de rodízio, em apenas, algumas USF;
- o teste tuberculínico (PPD) não é realizado pelas ESF, exigindo deslocamento do usuário para serviços de referência;
- os resultados dos exames bacteriológicos nem sempre retornam para a USF solicitante;
- existe heterogeneidade entre as ESF quanto a agilidade em que dispõem dos resultados de exames.

Como demonstrado, o resultado da avaliação revelou pontos favoráveis e desfavoráveis ao acesso e elenco de serviços disponíveis para o desenvolvimento das ações de controle da TB. Insumos para diagnóstico e controle, como potes para coleta de escarro, alcançaram cobertura de 70%, revelando aos olhos estatísticos, alta eficiência. Por outro lado, o sistema de referência e contra-referência laboratorial, revelou-se frágil, uma vez que foi referido como efetivo para, somente, 43,9% dos Distritos.

A respeito da estratégia do Tratamento Supervisionado aplicada ao controle da TB, o município avaliado apresentou resultados expressivos atingindo o percentual de 67% de cobertura para o tratamento em domicílio e 73% para o tratamento na USF.

Quando se avalia a capacidade de resolubilidade do elenco de serviços com parâmetro para a coleta de material na unidade, a cobertura para este indicador alcançou 50% de capacidade, alertando para a preocupante situação de insuficiência no atendimento, quando metade dos problemas de saúde tem que ser referenciado para outros centros comprometendo o fluxo longitudinal no serviço de saúde.

Torna-se, evidente, que a descentralização das ações de controle da TB para o âmbito das ESF vem se estabelecendo, porém permanecem lacunas que inviabilizam a atenção continuada dos pacientes e seus familiares. Evidenciam-se restrições impostas por aspectos organizacionais, que envolvem horário de funcionamento da unidade; falta de incentivos e benefícios, dias e locais pré-estabelecidos para realização da vacinação BCG e do teste tuberculínico.

Os resultados mostraram, ainda, variações dos indicadores de “acesso” e “elenco de serviços” entre os Distritos e, até mesmo entre ESF, sinalizando divergências operacionais

que, podem estar associadas à forma como se estrutura o sistema de serviços de saúde no controle da TB em cada Distrito; a proximidade/relação com a Secretaria de Saúde, poderia disponibilizar um melhor apoio a ações de controle da doença; qualificação e empenho diferenciado dos profissionais; falhas de comunicação entre os serviços e deficiência do fluxo de informações.

Acrescenta-se que a análise dos indicadores evidenciou posicionamentos diferenciados entre os entrevistados dos mesmos Distritos de Saúde, demonstrando que as ESF operam com capacidades organizacionais distintas. Algumas ações previstas para serem realizadas pelas ESF (coleta de escarro para diagnóstico, vacinação BCG, teste tuberculínico) ainda permanecem centralizadas em algumas USF dos Distritos.

A criação de mecanismos para atender bem aos usuários, dando respostas a seus problemas de saúde, possibilitará que a atenção primária cumpra seu papel de identificar e atuar em situações de adoecimento que exijam menor densidade tecnológica, embora quase nunca sejam de menor complexidade. O que geralmente ocorre é que diante dos obstáculos relativos ao acesso do usuário ao serviço de saúde de Bayeux, o doente é impulsionado a buscar serviços de referência na capital, o que contradiz a habilitação em gestão plena do sistema do Município.

Uma das possibilidades para superação desta situação está no maior compromisso político do gestor com a organização dos serviços da APS. Os princípios ordenadores da atenção primária em saúde propostos por Starfield se inter-relacionam por meio de conexões administrativas representadas pelas coordenações interna (próprio princípio da coordenação na atenção primária) e externa (poderes estatais constituídos). Nesse sentido, melhorar a estrutura organizacional perpassa pelas tênues linhas articuladas entre uma reestruturação da capacidade já instalada, como por exemplo, melhor alocação de recursos físicos e de pessoal, e a vontade política das gestões competentes.

Este estudo aponta a necessidade de priorização das políticas de controle da TB no município que ressaltem ações de prevenção, controle e cura, na perspectiva do cumprimento adequado das prescrições oficiais determinadas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose e em conformidade com os objetivos da Atenção Primária à Saúde.

A aplicação desta metodologia de avaliação foi capaz de medir os efeitos da capacidade disponível (acesso e elenco de serviços) com que as ESF do município de Bayeux desenvolvem as ações de controle da TB. Concebe-se, entretanto, que os resultados de uma

avaliação não se traduzem automaticamente em uma decisão, mas espera-se que as informações produzidas contribuam para a validação do julgamento e influencie positivamente a decisão.

Frente aos resultados encontrados, merecem destaque os seguintes apontamentos:

- Os indicadores sugeridos, formulados e aplicados para analisar as ações de controle da TB segundo os componentes “acesso” e “elenco de serviços”, foram capazes de definir a condição de suficiência de recursos disponíveis no município, porém a autora recomendaria que fossem inseridos outros indicadores (oferta do exame RX, oferta da sorologia para o HIV, acompanhamento dos contatos, quimioprofilaxia).
- Sugere-se que, em futuras pesquisas, seja incluído um maior número de informantes-chave (profissionais, usuários, gestores) para ampliar a capacidade de análise; bem como, a aplicação simultânea desta metodologia em outros municípios na perspectiva de comparar os resultados e identificar as potencialidades e fragilidades experienciadas em diferentes cenários, possibilitando correlações estatísticas.
- Embora o objetivo do estudo tivesse como foco a capacidade/estrutura das USF em oferecer ações de controle da tuberculose, recomenda-se a realização de estudos que possibilitem a avaliação de outros componentes da APS (vínculo, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade) que consistem importantes elementos para medir o desempenho dos serviços de saúde.
- Recomenda-se a adoção de mecanismos de gestão que viabilizem a uniformização de recursos estruturais, amplie a capacidade resolutiva das ESF, promova eficiência na prestação de serviços e assegure o acesso da população.
- É preciso considerar que o grau da articulação da rede assistencial deste município, condiciona a capacidade de ação das ESF. Portanto, para melhor desempenho das ESF, devem ser garantidas estratégias gerenciais que permitam adequação tecnológica das USF e dos serviços de referência para apoio diagnóstico.

- Devido a existência de lacunas na capacidade organizacional das USF e deficiente integração entre os pontos do sistema de serviço de saúde do município, interroga-se em que medida as ESF estão instrumentalizadas e capacitadas para desenvolver as ações de controle da TB.

Os achados permitem concluir que a superação das deficiências requer convencimento e esforços de diferentes atores do sistema de serviços de saúde. Ao gestor compete o planejamento e distribuição eficiente dos recursos. Todavia, percebe-se que a disponibilidade de um serviço, ou sua simples existência, não indica grupo populacional coberto nem a extensão da cobertura. Assim, enfatiza-se que, a eficiência da utilização dos recursos vai exigir profissionais compromissados, envolvidos e conscientes de sua responsabilidade.

Neste sentido, é importante acrescentar que a metodologia de avaliação deve ser empregada não apenas para monitorar as características organizacionais dos serviços de saúde, mas também as possíveis mudanças na atuação e, ao longo do tempo, avançar na avaliação do impacto dessas mudanças na saúde da população.



# Referências

---

## REFERÊNCIAS

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface**, v. 9, n.16, set./dez.2005.

ALMEIDA, E. S. *et al.* **Estado, Políticas Públicas e Sistema de Saúde**: antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS. 1998. (Texto preliminar, mimeo).

ARCÊNCIO, R. A. **A organização do Tratamento Supervisionado nos municípios prioritários do Estado de São Paulo**. 2006. 140f. Dissertação (Mestrado de Enfermagem em Saúde Pública), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ARIAS, E. B. P.; FELLER, J. J. El *Control de los Sistemas de Atención Médica Conceptualización y Mecánica Operativa*. **Medicina y Sociedad**, v. 6, n. 6, p. 239-246, 1983.

AROUCA, A. S. S. **O Dilema Preventivista**: contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva.1975. Tese. (Doutorado), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 1975.

BARATA, L.R.B.; TANAKA, O.Y.; MENDES, J.D.V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n.1, 2004.

BARRETO, M. L.; PEREIRA, S.M.; FERREIRA, A.A. Vacina BCG: eficácia e indicações da vacinação e da revacinação. **Jornal de Pediatria**, v. 82, n. 3, jul. 2006.

[BIGNARDI, F.A.C. Reflexões sobre a pesquisa qualitativa & quantitativa: maneiras complementares de apreender a realidade. São Paulo: UNESCO, 2003.](#)

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Epidemiologia Sanitária. **Controle da Tuberculose: diretrizes do plano de ação emergencial para municípios prioritários**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1158**. Brasília/DF, 1997b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose/ PNCT**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Tuberculose: guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 382, de 10 de março de 2005. Institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNASS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 11 de março de 2005.

\_\_\_\_\_. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida: em defesa do SUS e da Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Diário Oficial – edição Número 61 de 29/03/2006. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BROLIO, R.; NARDY, S.M.C. Integração das atividades de vacinação pelo BCG intradérmico nos programas gerais de imunização das unidades sanitárias. **Revista Saúde Pública**, v. 10, n. 1, mar. 1976.

CASTELO FILHO *et al.* II Consenso Brasileiro de Tuberculose: Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 30, sup.1, jun., 2004.

CEBRIÁN, J. U.; ALVAREZ, J. P. *Why tuberculosis patients in a health unit failed to persevere with their treatment*. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 4, n. 1, p. 26-31, 1969.

CHAULK, C.P.; KAZANDJIAN, V.A. *Directly observed therapy for treatment completion of pulmonary tuberculosis. JAMA*, v. 279, n.12, p. 943-948, 1998.

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

DONABEDIAN, A. *Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: DONABEDIAN, A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Michigan: Health Administration Press, 1980. p. 77-125.*

\_\_\_\_\_. *The role of outcomes in quality assessment and assurance. Quality Review Bulletin*, v. 18, p. 356-360, 1992.

DONNANGELO, M. C. **O Médico e o Mercado de Trabalho**. 1972. Tese (Doutorado) DMPS, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1972.

DOREVEN, R. F. C. O controle da tuberculose em plena guerra civil: uma experiência em Angola. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 8, 2000.

ELIAS P. E. *et al.* Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, jul./set. 2006.

FACCHINI, L. A. *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FAVARO, P.; FERRIS, L. *Increasing the relevancy and usefulness of programme evaluation: a comprehensive evaluation. Hygie, Paris*, v.7, 1988.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Institucional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

FEKETE, M.C. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde**. Brasília: OPAS/OMS, 1992. (Elaboração para o curso sobre Gerência em Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário).



GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: ATLAS, 1994.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. M. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, v.27, n. 65, set/dez.2003.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.26, n.60, jan./abr. 2002.

GOLDBAUM, *et al.* Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família no Município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.1, p. 90-99, 2005.

GONÇALVES, H. *et al.* Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Caderno de Saúde Pública**, v.15, n. 4, p. 777-787, out./dez. 1999.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. *Effective Evaluation: improving the usefulness of evaluation results responsive and naturalistic approaches*. San Francisco: Jossey-Bass, 1981.

IBGE. FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA **Mapas Base dos Municípios do Estado da Paraíba**. Escalas variadas, 2004. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/indicadores/paraiba/BAYEUX.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2007.

LIMA, D. S. **Relatório do Programa de Controle da Tuberculose no Estado da Paraíba**. João Pessoa: Secretaria do Estado da Saúde, 2005.

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

MACINKO, J. *et al.* Uma Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8. n. 3, 2004.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade).**Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1411-1416, set./out. 2004.

MATUS, C. *Política, Planificación y Gobierno*. Washington: OPS/ILPES, 1987.

MENDES, E. V. **A atenção Primária à saúde no SUS**. Ceará: Escola de Saúde Pública, Ceará, 2002.

MERHY, E. E; CECÍLIO, L. C. O. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Revista Saúde em Debate**, v. 22, n. 64, p. 110-122, 2003.

MORETIN, L.G. **Estatística Básica**. São Paulo: *Rearson Education* do Brasil, 2000.

MORRONE, N. *et al.* Tuberculose: tratamento supervisionado “vs” tratamento auto-administrado. **Jornal de Pneumologia**, v.25, n.4, p.198-206, 1999.

MUNIZ, J. N. **O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto: uma intervenção de que tipo?** 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

\_\_\_\_\_. *et al.* Indicadores epidemiológicos e de impacto da tuberculose para Ribeirão Preto no período de 1990 a 2000. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2002.

\_\_\_\_\_. **O Programa de Agentes Comunitários de Saúde na Identificação de Sintomáticos Respiratórios no Controle da Tuberculose em Ribeirão Preto – SP: um desafio para a atenção primária à saúde**. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

\_\_\_\_\_. *et al.* A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, 2005.

NATAL, S.; Revisão bibliográfica – Tratamento da tuberculose: causas de não aderência. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Local, v. 5 , p.51-71, 1997.

\_\_\_\_\_. ELIAS, M.V. Projeto de Análise de informação para a tuberculose. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 8, p. 15-22, 2000.

NÓBREGA, C. C. **Viabilidade econômica, com valoração ambiental e social, de sistemas de coleta seletiva de resíduos sólidos domiciliares – Estudo de caso: João Pessoa – PB**. 2003. Tese (Doutorado em Recursos Naturais), Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2003.

NOGUEIRA, R. P. **Medicina Interna e Cirúrgica: a Formação Social da Prática Médica**. 1977. Tese (Mestrado), Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1977.

OLIVEIRA, H. B. **Estudo do tratamento da tuberculose na Rede Pública no município de Campinas**. 1991. 123f. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1991.

\_\_\_\_\_. MARÍN-LEÓN, L.; CARDOSO, J. C. Perfil de mortalidade de pacientes com tuberculose relacionada à comorbidade tuberculose-Aids. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.4, ago, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Oficina de Evaluación Tecnológica, Evaluación de la Eficacia y Secundad de la Tecnologia Médica: Estudio de Casos*. cap. 3, 1978.

\_\_\_\_\_. *Oficina Sanitária Panamericana, Oficina Regional de la Organización de la Salud, Wanhington*, v.5, n.1, febrero, 2002.

\_\_\_\_\_. **Situacion epidemiológica de la tuberculosis em la Region de Lãs Américas**, 2004. Disponível em: <<http://www.paho.org>> . Acesso em: 03 set. 2006.

\_\_\_\_\_. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: OPAS/OMS, 2006.

PARAÍBA (Estado). **Relatório de Gestão**. João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde. 2001.

\_\_\_\_\_. **PORTAL PARAIBA**. Disponível em: <<http://portal.paraiba.pb.gov.br>>. Acesso em: 22 set. 2007.

PISCO, L.A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 564-576, 2006.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p .27-34, jan./fev. 2003. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque93.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2007.

REIGOTA, S. N. **Avaliação do controle da tuberculose pulmonar no município de Bauru-SP - Implantação do tratamento supervisionado: 1999/2000.** 2001. 156f. Dissertação (Mestrado), Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo, 2001.

REIS, E.J.F.B. *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, jan./mar.1990.

RUFFINO NETTO, A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, 1999.

\_\_\_\_\_. Controle de Tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa. **Jornal de Pneumologia**, São Paulo, v.26. n. 4, jul./ago.2000.

\_\_\_\_\_. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 2002.

\_\_\_\_\_.; VILLA, T.C.S. **Tuberculose - Implantação do DOTS em Algumas Regiões do Brasil: histórico e Peculiaridades Regionais.** Ribeirão Preto: FMRP, 2006.

SÁ, L. D. *et al.* A experiência da implantação da estratégia DOTS em seis municípios paraibanos. In: RUFFINO NETTO, A.; VILLA, T.C.S. **Tuberculose - Implantação do DOTS em Algumas Regiões do Brasil: histórico e Peculiaridades Regionais.** Ribeirão Preto: FMRP, p.141-166, 2006.

SHERER, M. D.A; MARINO, S. R. A; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface**, v.9, n.16, p.53-66, set.2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a05.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2007.

SILVA, M.F.F. **A merenda escolar e a geografia da fome no município de Bayeux – PB.** Base Cartográfica: IBGE – Fonte: FAC 2002. Disponível em: [http://www.igeo.uerj.br/VICBG-2004/Eixo4/E4\\_114\\_arquivos/image002.gif](http://www.igeo.uerj.br/VICBG-2004/Eixo4/E4_114_arquivos/image002.gif). Acesso em: 17 fev.2007.

SILVA, A.C.O. **O tratamento supervisionado da tuberculose: percepções do enfermeiro do programa de saúde da família de João Pessoa - PB.** 2006. 86f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

SILVA, A.C.A; BARBOSA, E.C. Ampliação da equipe do Programa de Controle da Tuberculose e a implantação do tratamento supervisionado. **Boletim de Pneumologia Sanitária**. São Paulo, p.155-158, 2004.

SILVA, L. M.V.; FORMIGLI, V.L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, jan./mar., 2004.

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

TANAKA, Y. O.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: EDUSP, 2001.

TAKEDA, S.; TALBOT, Y. Avaliar, uma responsabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 564-576, 2006.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190-S198, 2004.

VILLA, T. C. S. *et al.* Aspectos Epidemiológicos Atuais da Tuberculose e o Impacto da Estratégia DOTS no Controle da Doença. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.16, n.1, 2006.

VENDRAMINI, S.H. F. *et al.* Aspectos Epidemiológicos Atuais da Tuberculose e o Impacto da Estratégia DOTS no Controle da Doença. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.16, n.1, 2006.

VUORI, H. V. *Quality Assurance of Health Services: concepts and Methodology*. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Control. WHO Report**, 2002.

\_\_\_\_\_. **Tuberculosis control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Report**, 2005.

WORKSHOP - REDE BRASILEIRA DE COMBATE A TUBERCULOSE, 1., 2002, Rio de Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.



# *Apêndices*

---

## **APÊNDICE A**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o(a) senhor(a) para participar do estudo intitulado AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO CONTEXTO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE BAYEUX – PB: AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES ACESSO E ELENCO DE SERVIÇOS que será realizado pela fisioterapeuta e mestranda Alinne Beserra de Lucena Marcolino, sob a orientação da professora Dra. Jordana Almeida Nogueira. O objetivo deste estudo é avaliar o desempenho do serviço de controle da tuberculose realizado pelos profissionais das unidades de saúde da família de Bayeux, de forma a subsidiar estratégias que potencializem o tratamento supervisionado, gerando um impacto positivo na saúde desta população. A sua participação é estritamente voluntária, não havendo nenhuma forma de compensação financeira, visto que a mesma é de livre e espontânea vontade. Enfatizo que o(a) senhor(a) poderá desistir de participar deste estudo em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para sua situação nesta unidade. Além do seu consentimento, peço-lhe permissão para a divulgação dos resultados desta pesquisa, em eventos científicos, deixando claro que sua identidade será mantida em sigilo, respeitando a sua privacidade. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento durante todo o desenvolvimento da pesquisa. Diante dos esclarecimentos recebidos pela pesquisadora, aceito participar do estudo.

Bayeux, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora

Telefone para contato: (83) 3216-7109

E-mail: [www.ccs.ufpb.br](http://www.ccs.ufpb.br)



Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

**APÊNDICE B**  
**QUESTIONÁRIO**

## QUESTIONÁRIO

<b>A. Informações Gerais</b>			
01.	Data	/ /	
02.	Iniciais do profissional		
03.	Sua função	Agente Comunitário de Saúde	
		Auxiliar de Enfermagem	
		Enfermeiro(a)	
		Médico(a)	
04.	Distrito	I	Unidade:
		II	Unidade:
		III	Unidade:
		IV	Unidade:
		V	Unidade:
05.	Número de anos que trabalha nesta função: _____ anos ou _____ meses		

<b>B. Recursos Humanos</b>		
06.	Por favor, indique quantos profissionais trabalham na sua unidade	
	<b>Categoria profissional</b>	<b>Número de profissionais</b>
	Agente Comunitário de Saúde	
	Auxiliar de Enfermagem	
	Enfermeiro(a)	
	Médico(a)	

<b>C. Acesso</b>							
Nº	Questão	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre
07	Durante os 6 últimos meses, com que frequência a unidade teve suprimento e oferta adequada de medicamentos para o tratamento da TB?						
08	Durante os 6 últimos meses, com que frequência a unidade teve adequado equipamento básico e estoque para cumprir com suas funções no tratamento da TB?						
09	Os doentes de TB podem conseguir						

	uma consulta nesta unidade?						
10	Os doentes de TB podem obter uma consulta médica no prazo de 24 horas?						
11	A unidade está aberta durante o final de semana?						
12	A unidade fica aberta pelo menos um dia da semana depois das 18 h						
Nº	Questão	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre
13	Quando a unidade está fechada existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?						
14	A unidade funciona de 7 às 17 horas?						
15	Se o doente necessitar de atendimento no horário de almoço, ele é atendido?						
16	Existe algum tipo de auxílio-deslocamento para o doente vir consultar na unidade?						
17	A unidade oferece vale-transporte para o doente vir fazer o TS?						
18	A coleta de escarro é feita na própria unidade?						
19	Com que frequência você vai ao domicílio do doente?						
20	Normalmente o doente de TB é atendido com rapidez, esperando menos de 30 minutos na unidade antes de ser atendido por um profissional de saúde?						
21	Os doentes tratados neste serviço pertencem a esta unidade de referência?						

#### **D. Elenco de Serviços**

Com que frequência a sua unidade oferece os seguintes serviços:

Nº	Questão	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre
22	Entrega de cestas básicas, vale alimentação?						
23	Oferecimento de pote de escarro para diagnóstico?						
24	Oferecimento de pote de escarro para controle?						

25	Realização do teste da pele (prova tuberculínica)?						
26	Educação em saúde?						
27	Informação sobre TB e seu tratamento?						
28	Tratamento Supervisionado no domicílio?						
29	Tratamento Supervisionado na unidade?						
Nº	Questão	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre
30	Visita domiciliar por outros motivos?						
31	Existe protocolo específico de atendimento ao doente de TB para a maioria dos serviços mencionados?						
32	Coleta de material (escarro) na unidade?						
33	Encaminhamento do material (escarro) para o laboratório?						
34	O resultado do exame de laboratório é encaminhado para a unidade?						
35	O resultado do exame de laboratório é entregue com rapidez?						
36	O resultado é anexado ao prontuário?						
37	É oferecida a vacinação BCG na unidade?						
38	A vacinação BCG é realizada diariamente?						
39	A vacinação BCG é realizada semanalmente?						
40	Você verifica a situação vacinal da criança pelo cartão de vacinação?						
41	Você verifica a situação vacinal da criança pela cicatriz no braço direito?						



# *Anexo*

---