

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

ARLEUSSON RICARTE DE OLIVEIRA

**AVALIANDO AS CONDIÇÕES DE ACESSIBILIDADE DOS DOENTES
DE TUBERCULOSE AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO EM
SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB**

**JOÃO PESSOA
2008**

ARLEUSSON RICARTE DE OLIVEIRA

**AVALIANDO AS CONDIÇÕES DE ACESSIBILIDADE DOS DOENTES
DE TUBERCULOSE AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO EM
SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, na área de concentração - Enfermagem em Saúde Pública, inserida na linha de pesquisa Epidemiologia e Saúde, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Jordana Almeida Nogueira

JOÃO PESSOA

2008

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

O48a Oliveira, Arleusson Ricarte de.

Avaliando as condições de acessibilidade dos doentes de tuberculose ao diagnóstico e tratamento em serviços de saúde do município de Campina Grande-PB / Arleusson Ricarte de Oliveira.- João Pessoa, 2008.

143p.

Orientadora: Jordana Almeida Nogueira

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS

1. Tuberculose - controle. 2. Tuberculose – acessibilidade ao tratamento. 3. Atenção Primária à Saúde – tuberculose - controle. 4. Enfermagem em Saúde Pública. 5. Epidemiologia e Saúde.

UFPB/BC

CDU: 616-002.5(043)

ARLEUSSON RICARTE DE OLIVEIRA

**AVALIANDO AS CONDIÇÕES DE ACESSIBILIDADE DOS DOENTES
DE TUBERCULOSE AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO EM
SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, na área de concentração - Enfermagem em Saúde Pública, inserida na linha de pesquisa Epidemiologia e Saúde, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Jordana Almeida Nogueira
Orientadora - UFPB

Prof.^a Dra. Lúcia Marina Scatena
Examinadora – EERP/USP

Prof. Dr. Ronei Marcos de Moraes
Examinador –UFPB

Prof.^a Dra. Lenilde Duarte de Sá
Examinadora – UFPB

DEDICATÓRIA

A Deus pelo dom da vida.

Toda minha gratidão aos meus pais, pelo exemplo de perseverança, pela preocupação e empenho com a formação humanística e profissional dos filhos, oferecendo aquilo que acreditavam ser importante e duradouro, sem medir sacrifícios para tal.

AGRADECIMENTOS

A Deus por estar sempre presente em minha vida, iluminando meus caminhos e minhas escolhas, dando-me força e paciência para superar todas as dificuldades.

Aos meus pais, Arlindo Ricarte Primo e Terezinha Ricarte de Oliveira, que durante toda minha vida contribuíram de forma inestimável para realização dos meus sonhos e objetivos.

A minha irmã, Arleide Ricarte de Oliveira, que sempre me estimulou a lutar pelos ideais.

A minha orientadora, Dra. Jordana Almeida Nogueira, pela oportunidade, compreensão e pelas horas preciosas dedicadas à leitura deste trabalho, proporcionando valiosas reflexões, que possibilitaram a sua concretização e a minha chegada até aqui.

Aos professores, Dra. Lúcia Marina Scatena, Dr. Ronei Marcos de Moraes e Dra. Lenilde Duarte de Sá, por participarem da banca examinadora deste trabalho, através de colaborações com críticas e sugestões que engrandeceram este trabalho final.

Aos professores, Dra. Tereza Cristina Scatena Villa e Dr. Antônio Ruffino-Netto, pela idealização do Projeto Multicêntrico.

A Dra. Lúcia Marina Scatena pela colaboração na análise estatística deste estudo.

À professora Rosa Maria da Silva Medeiros, por sua colaboração na correção gramatical deste estudo.

Aos meus professores e colegas com os quais convivi durante as disciplinas que cursei no Mestrado, dividindo idéias, sonhos e desejos.

Aos colegas do Mestrado, Edivaldo, Nayanna, pela amizade, pelo apoio e incentivo presentes ao longo dessa jornada.

A todos que fazem a secretaria do Mestrado, sempre solícitos e atenciosos nos momentos em que deles precisei.

A todos os integrantes da Rede TB, pela parceria e aprendizado compartilhado.

À Dinalva, pela disponibilidade de materiais importantes subsidiados neste estudo.

À Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, por permitir a realização deste trabalho.

Aos usuários, profissionais de saúde e gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, atores sociais que contribuíram fundamentalmente para as reflexões contidas neste estudo.

À CAPES, pela concessão de bolsa.

À professora Dra. Maria José Cariri por acreditar em minha capacidade, e pela oportunidade, desde a época de graduação, em ensinar-me os primeiros passos de uma pesquisa científica, o que foi fundamental para eu chegar a esta concretização.

À professora Ms. Ana Elisa, amiga e ex. orientadora de minha Especialização, pela amizade e o compartilhar da minha vida acadêmica, científica e profissional, dando-me apoio, incentivo e motivação para concretização deste sonho. Meu muito obrigado, pelo estímulo que em momento tão certo de minha vida, foi fundamental para que eu decidisse inscrever-me e ingressar no Mestrado.

Aos meus amigos: Tobias, Jaqueline, Maria, Paula, kleber, Ivanildo, Ana Nery, Adriana, Luanda, Andiara, dentre tantos outros que compartilham comigo o dia a dia e que torciam para concretização deste trabalho.

Agradeço a todos que estiveram ao meu lado e me ajudaram de alguma forma.

RESUMO

OLIVEIRA, A. R. de. **Avaliando as condições de acessibilidade dos doentes de tuberculose ao diagnóstico e tratamento em serviços de saúde de Campina Grande – PB.** 144f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008.

Um dos grandes desafios da Atenção Primária à Saúde (APS) no controle da tuberculose (TB) consiste na acessibilidade dos doentes às tecnologias e aos recursos disponíveis. Assim propôs-se avaliar na perspectiva da APS as condições de acessibilidade ao diagnóstico e tratamento da TB em serviços de saúde do município de Campina Grande/PB. Trata-se de um estudo seccional, realizado a partir da adaptação de instrumentos componentes do *Primary Care Assessment Tool (PCAT)*, adequado e validado para o Brasil por Macincko e Almeida (2006), sendo adaptado para a atenção à TB por Villa e Ruffino-Netto (2007). A amostra do estudo foi por conveniência, selecionando-se três fontes primárias de informações: 106 doentes diagnosticados de TB entre julho de 2006 a setembro de 2007; 34 profissionais de saúde que desenvolviam ações de controle no Ambulatório de Referência e nas Unidades Básicas de Saúde da Família e 15 gestores. Os entrevistados responderam cada pergunta do questionário segundo escalas de classificação variadas como, dicotômicas, de múltipla escolha com resposta única e de somatória (escala de *Likert*). Os dados foram armazenados em planilha do Software Statistica versão 8.0, e os indicadores de acesso comparados segundo os diferentes informantes utilizando o teste não-paramétrico de Kruskall-Wallis (Teste H), que é uma ANOVA não-paramétrica a um critério de classificação. Para os informantes que apresentaram diferenças nos indicadores foi realizado o teste de comparação múltipla, Teste de Dunn (*z*-prime). O nível de significância estatística adotado em todos os testes foi de 5% de probabilidade. Os resultados mostram que dos dez indicadores de acesso estudados, em apenas dois houve concordância entre os informantes investigados: a oferta de medicamentos para tratamento da TB alcançou nível satisfatório de acessibilidade e tempo de espera para consulta superior a sessenta minutos, nível regular de acessibilidade. Há discordância entre doentes e profissionais de saúde quanto aos indicadores “procura pela unidade de saúde mais próxima de casa para o diagnóstico e tratamento da TB”; “frequência de visita domiciliar aos doentes de TB”; “necessidade de deslocamento e gastos com transporte” sendo avaliados pelos doentes como insatisfatórios. Doentes e gestores discordam quanto à obtenção de consulta médica no prazo de 24 horas na ocorrência de efeito colateral da medicação, indicador de acessibilidade avaliado como satisfatório pelos doentes. Os níveis insatisfatórios de acessibilidade identificados pelos doentes indicam a permanência da centralidade do atendimento em unidades de referência, recomendando-se, portanto 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. Acessibilidade. Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

OLIVEIRA. R. of. **Evaluating the conditions of accessibility of the sick people of tuberculosis to the diagnosis and treatment in services of health of Campina Grande – PB.** 144f. Dissertation (master) – Federal University of the Paraíba, João Pessoa, 2008.

One of the greatest challenges of the Primary Health Care (PHC) in the tuberculosis control (TB) consists in the accessibility of the patients to technologies and available resources. So, this study evaluates in the HPA perspective the accessibility conditions to the diagnosis and treatment of the TB in the health services in the city of Campina Grande/PB. This is a sectional study, made from an adaptation of instruments of *Primary Care Assessment Tool (PCAT)*, adequate and validated to Brazil by Macincko and Almeida (2006), adapted to the attention of TB by Villa and Ruffino-Netto (2007). The sample of the study was by convenience, three primary resources of information were selected: 106 sick people from TB between June of 2006 and September of 2007; 34 health professionals that developed actions of control in the Ambulatory of Reference and the Basic Units of Health Family and 15 managers. They answered each question of the questionnaire according to varied scales of classification like, bifurcated, multiple choices with a single answer and of adding (Likert scale). The data was stored in a spreadsheet of the Software Statistic version 8.0, and the indicators of access compared to the different informants using the no-parametric test of Kruskal-Wallis (H Test), that is a ANOVA no-parametric to classification standard. For the informants that presented differences in the indicators was realized the test of multiple comparison, Dunn Test (z-prime). The level of statistic significance used in all the tests was 5% of probability. The results show that from the 10 indicators of access studied, only two presented agreement among the investigated informants: the medicine offer for treatment for TB reached a satisfactory level of accessibility and over a sixty-minute wait for a consultation, normal level of accessibility. There's a disagreement between the patients and health professionals about the indicators "the search for the nearest health unit for diagnosis and treatment for TB"; "TB patients home visit frequency"; "the necessity of moving and transportation expenses" evaluated by the TB patients as unsatisfactory. The patients and managers disagree with obtainment of a medical consultation within 24 hours in the occurrence of collateral effects from medication, indicator of accessibility evaluated as satisfactory by the patients. The unsatisfactory levels of accessibility identified by the patients show that the medical care is still centralized in the reference units, so it is recommended the adoption of mechanisms of management that enable the uniformity and the utilization of the resources of the city, that increase the solving capacity of the ESF, promoting efficiency in the services offered, assuring the access of the population.

Key words: Tuberculosis. Accessibility. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1	Percentual de população coberta pelas Equipes de Saúde da Família, Campina Grande - PB, 2008.	21
QUADRO 2	Percentual de cura, abandono e óbito - Campina Grande/PB, 1998-2003.	23
QUADRO 3	Percentual de cura, abandono e óbito -Campina Grande/PB, 2004 - 2007.	23
QUADRO 4	Rede Municipal de Serviços de Saúde, Campina Grande/PB, Out. 2008	43
QUADRO 5	Descrição da amostra do estudo, Campina Grande, Outubro, 2008.	47
FIGURA 1	Organograma Funcional da Secretaria Municipal de Saúde, Campina Grande, Out. 2008.	42
FIGURA 2	Mapa de Cobertura da estratégia Saúde da Família por Distrito Sanitário de Saúde, Campina Grande/PB, Out. 2008.	44
FIGURA 3	Síntese esquemática da construção dos indicadores.	48
GRÁFICO 1	Comparação entre os indicadores de acesso dos doentes, profissionais e gestores. Campina Grande-PB, 2007.	82

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Acesso ao diagnóstico: distribuição percentual das respostas dos entrevistados sobre a dificuldade de deslocamento dos doentes a(o) UBSF/Ambulatório de Referência no início da TB. Campina Grande-PB, 2007.	55
TABELA 1.1	Indicador de “dificuldade de deslocamento do doente até a (o) UBSF/Amb. de Referência no início da TB” segundo os informantes entrevistados. Campina Grande-PB, 2007.	55
TABELA 2	Acesso ao diagnóstico: distribuição percentual das respostas dos entrevistados sobre a obtenção de consulta médica pelo doente com sintomas de TB na (o) UBSF/Ambulatório de Referência no prazo de 24hs para descoberta do diagnóstico. Campina Grande-PB, 2007.	57
TABELA 2.1	Indicador de “obtenção de consulta médica pelo doente no prazo de 24 horas para descoberta do diagnóstico”, segundo os informantes entrevistados. Campina Grande-PB, 2007.	58
TABELA 3	Acesso ao diagnóstico: distribuição percentual das respostas dos entrevistados sobre a procura da UBSF mais próxima de casa pelo doente no início dos sintomas de TB. Campina Grande-PB, 2007.	61
TABELA 3.1	Indicador de “procura da UBSF mais próxima de casa pelo doente no início dos sintomas da TB”, segundo os informantes entrevistados. Campina Grande-PB, 2007.	62
TABELA 4	Acesso ao tratamento: distribuição percentual das respostas dos entrevistados referente à obtenção de consulta médica pelo doente no prazo de 24hs em caso de sentir-se mal devido à medicação ou à TB. Campina Grande-PB, 2007.	65
TABELA 4.1	Indicador de “obtenção de consulta médica pelo doente caso se sinta mal devido à medicação ou à TB”, segundo os informantes entrevistados. Campina Grande-PB, 2007.	65
TABELA 5	Acesso ao tratamento: distribuição percentual das respostas dos entrevistados referentes à necessidade do doente utilizar transporte motorizado, para ir a (o) UBSF/Amb.de Referência consultar sobre o problema de TB. Campina Grande-PB, 2007.	67
TABELA 5.1	Indicador de “necessidade de uso de transporte motorizado para o doente ir às consultas da(o) UBSF/Amb.de Referência”, segundo os informantes	67

entrevistados. Campina Grande-PB, 2007.

- TABELA 6** Acesso ao tratamento: distribuição percentual das respostas dos 68 entrevistados referentes ao gasto de dinheiro com transporte pelo doente quando este vai a (o) UBSF/Amb. de Referência para consultar o problema de TB. Campina Grande-PB, 2007.
- TABELA 6.1** Indicador de “gasto de dinheiro com transporte pelo doente para ir a(o) 69 UBSF/Amb. Referência”, segundo os informantes entrevistados. Campina Grande-PB, 2007.
- TABELA 7** Acesso ao tratamento: distribuição percentual das respostas dos 72 entrevistados quanto à realização de visita domiciliar do profissional da (o) UBSF/Amb.Referência que acompanha o tratamento do doente de TB. Campina Grande-PB, 2007.
- TABELA 7.1** Indicador de “visita domiciliar de acompanhamento ao tratamento”, segundo os 72 informantes entrevistados. Campina Grande-PB, 2007.
- TABELA 8** Acesso ao tratamento: distribuição percentual das respostas dos 74 entrevistados referente à disponibilidade de medicamentos para o doente de TB durante o tratamento. Campina Grande-PB, 2007.
- TABELA 8.1** Indicador de “disponibilidade de medicamentos para o doente de TB durante o 75 tratamento”, segundo os informantes entrevistados. Campina Grande-PB.
- TABELA 9** Acesso ao tratamento: distribuição percentual das respostas dos 77 entrevistados referente ao tempo de espera superior a 60 minutos para o doente ser atendido quando este vai à (o) UBSF/Amb.Referência para consultar o problema de TB. Campina Grande-PB, 2007.
- TABELA 9.1** Indicador de “tempo de espera superior a 60 minutos para o doente ser atendido”, 78 segundo os informantes entrevistados.
- TABELA 10** Acesso ao tratamento: distribuição percentual das respostas dos 79 entrevistados sobre a realização de tratamento pelo doente de TB na UBSF mais próxima de casa. Campina Grande-PB, 2007.
- TABELA 10.1** Indicador de “realização de tratamento pelo doente de TB na UBSF mais próxima 79 de casa.”, segundo os informantes entrevistados. Campina Grande-PB, 2007.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agentes Comunitários da Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
AIS – Ações Integradas de Saúde
AIDS – Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPS - Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária
DOTS – Directly Observed Therapy Short-Course
ESF – Equipe de Saúde da Família
FAC-PB – Faculdade de Campina Grande-PB
FACISA – Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS - Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PAB – Piso de Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT – Programa de Controle da Tuberculose
PCAT - *Primary Care Assessment Tool*
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PNCT – Programa Nacional do Controle da Tuberculose
REDE – TB - Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
SF – Saúde da Família
SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica
SINAN – Sistema Nacional de Agravos e Notificação
SUS – Sistema Único de Saúde
TB – Tuberculose
TS – Tratamento Supervisionado
UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para Infância
UEPB – Universidade Estadual da Paraíba
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
<i>1.1 A Tuberculose e as Políticas para o seu Controle</i>	16
2. REFERENCIAL TEÓRICO	26
<i>2.1 Atenção Primária no Contexto dos Sistemas de Saúde</i>	26
<i>2.2 Avaliação dos Serviços de Saúde</i>	30
<i>2.2.1 Contextualização</i>	30
<i>2.2.2 A Avaliação e suas definições</i>	32
3. METODOLOGIA	41
<i>3.1 Caracterização do Estudo</i>	41
<i>3.2 Cenário de Investigação</i>	41
<i>3.2.1 Informações gerais sobre o Município</i>	41
<i>3.2.2 O Programa de Controle da Tuberculose no Município de Campina Grande</i>	44
<i>3.2.2.1 Características Gerais</i>	44
<i>3.2.2.2 Situação Operacional</i>	45
<i>3.3 Universo do Estudo</i>	46
<i>3.4 Instrumento e Coleta de Dados</i>	47
<i>3.5 Etapas percorridas para o Trabalho de Campo</i>	49
<i>3.5.1 Preparação para o Trabalho de Campo</i>	49
<i>3.5.2 O Trabalho de Campo</i>	49
<i>3.6 Análise dos Dados</i>	51
<i>3.7 Aspectos Éticos</i>	52

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
6. REFERÊNCIAS	91
ANEXO A – <i>Questionário dos doentes</i>	105
ANEXO B – <i>Questionário dos profissionais</i>	118
ANEXO C – <i>Questionário dos gestores</i>	127
ANEXO D – <i>Termo de autorização dos gestores para realização do estudo no município.</i>	137
ANEXO E – <i>Termo de consentimento livre e esclarecido dirigido aos participantes</i>	141
ANEXO F – <i>Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa</i>	143

Introdução

1. INTRODUÇÃO

1.1 A Tuberculose e as Políticas para o seu Controle

A Tuberculose (TB) vem sendo considerada ao longo da história da saúde mundial, um grave problema de Saúde Pública, atingindo cidadãos socialmente vulneráveis, destacando-se em sua magnitude principalmente pelo aumento de sua incidência (FREIRE; BONAMETTI; MATSUO, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou para o ano de 2006 a existência de 9,2 milhões (139 por 100.000 habitantes) de casos novos e uma prevalência de 219 casos por 100.000 habitantes. Desse total de casos novos, 709 mil são co-infectados TB/HIV. Ainda no mundo, o número de óbitos foi de 1,66 milhões por todas as formas da doença (WHO, 2008).

O Brasil ocupa o 16º lugar entre os 22 países com maior carga de TB notificada no mundo. No ano de 2006, foi estimado 94 mil casos de TB, com incidência de 50 casos por 100.000 habitantes, considerando todas as formas da doença. Apesar de ser uma doença curável, a TB ainda causa a morte de 5,1% dos casos diagnosticados no Brasil. O percentual

de cura é de 77% e a taxa de abandono está em torno de 9%, a cada ano (WHO, 2008). Tanto a taxa de cura, quanto a de abandono não correspondem às recomendadas pela OMS.

Estima-se que um em cada quatro brasileiros esteja infectado pelo bacilo da tuberculose e que, todo ano, cerca de 90.000 casos da doença são notificados ao Ministério da Saúde. Destes, mais da metade (53%) encontram-se relacionados à forma pulmonar bacilífera, sendo as regiões Norte, Nordeste e Sudeste as que apresentam maiores taxas de incidência da doença (WHO, 2007).

O problema do aumento da incidência, relaciona-se ao agravamento dos problemas sociais como baixa renda familiar, educação precária, habitação ruim/inexistente, desnutrição, alcoolismo e doenças infecciosas associadas (BRASIL, 2002a). Outros fatores apontados como agravantes da TB referem-se ao crescimento das populações marginais, a epidemia de HIV/AIDS, a multirresistência às drogas, ao envelhecimento da população e aos movimentos migratórios. (BRASIL, 1999a; RUFFINO-NETTO, 2002). Agravam ainda este quadro, a organização e qualidade do sistema de saúde, que compromete o acesso aos serviços de saúde, a falha na distribuição de drogas antituberculosas e a falta de pessoal treinado para o diagnóstico, notificação e o acompanhamento do paciente com TB (ALVES; SANT`ANNA, CUNHA, 2000). Acrescenta-se a isso, a desinformação vigente sobre nutrição, promoção da saúde e prática de vida saudável, que completam os requisitos para o agravamento do problema (VENDRAMINI et al, 2002).

Ruffino-Netto (2002) assinala que, nas últimas décadas, o controle da TB foi fortemente negligenciado. As políticas públicas na área da saúde foram direcionadas para outros campos de atuação e, conseqüentemente, as ações de combate à tuberculose foram relegadas a segundo plano, por ser considerada como um problema sob controle. A esse respeito, Lucca (2008) ressalta que o esperado da área de saúde é que os serviços estejam acessíveis, estruturados e organizados, para facilitar o atendimento para aqueles que demandam os serviços, como também para aqueles que não buscam o sistema de saúde, a fim de diagnosticar, tratar e curar os pacientes de TB; bem como prevenir novos casos da doença e proteger populações vulneráveis à TB e suas formas multirresistentes.

Várias iniciativas têm sido utilizadas para o controle da TB em todo o mundo, e englobam três dimensões: humanitária, de saúde pública e econômica. A primeira aborda que aliviar o sofrimento e morte causada pela enfermidade aos indivíduos doentes de TB é o principal interesse humanitário e requer o enfoque centrado no doente para o controle da doença; a segunda, inclui o diagnóstico e tratamento adequado dos doentes com TB e o

controle dos comunicantes para reduzir a transmissão da doença na comunidade. Portanto, o controle da doença requer a elaboração de programas de controle da doença bem organizados, receptíveis e adaptados à reforma do setor saúde. A terceira dimensão se relaciona à redução dos custos diretos e indiretos aos indivíduos e à sociedade, suavização da pobreza e promoção do desenvolvimento (WHO, 2002).

A OMS, por sua vez, frente à situação epidemiológica da TB e com o propósito de reduzir o quadro alarmante da doença, em 1993 declarou estado de emergência global estabelecendo novas diretrizes de trabalho em que se recomendam estratégias para o controle efetivo da doença nos países (WHO, 1999). Dentre as estratégias propostas, encontra-se o DOTS - *Directly Observed Treatment Short Course* (WHO, 1999). Ressalta-se que esta estratégia “propõe a integração do cuidado da saúde primária e adaptação contínua de reformas dentro do setor saúde”. Constitui-se por um conjunto de elementos pautados em cinco pilares: detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios que demandam os serviços gerais de saúde; tratamento padronizado de curta duração, diretamente observável e monitorado em sua evolução; fornecimento regular de drogas; sistema eficiente de registro e informação que assegure a avaliação do tratamento; e compromisso do governo em priorizar o controle da TB entre as políticas de saúde (OMS; OPAS, 1997).

Vale salientar que o pilar “tratamento padronizado de curta duração diretamente observável” vem constituindo-se em ferramenta para modificação do perfil epidemiológico da tuberculose demonstrando-se eficiente, de baixo custo, diminuindo a hospitalização (KOCHI, 1997). Acresce-se que o acompanhamento dos casos em regime supervisionado fornece a defesa mais importante contra o desenvolvimento de linhagens de *Mycobacterium tuberculosis* multirresistentes resultante de repetidas terapias, tratamentos incompletos ou sem sucesso, possibilitando o aparecimento e casos de tratamento difícil e raro (MUNIZ; VILLA; PEDERSOLLI, 1999).

No Brasil, em 1994, foi criado o Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, tendo sido implantado apenas em 1996. O objetivo do plano era aumentar a cobertura do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) em 230 municípios prioritários, que concentravam a maioria de casos de TB do País, visando diminuir a transmissão de bacilos na população mediante a utilização de critérios epidemiológicos tais como incidência, mortalidade, associação TB/HIV, em combinação com dados operacionais do programa, como taxa de abandono (SANTOS, 2007). Entre os critérios para inclusão desses municípios prioritários, estabeleceu-se que os mesmos deveriam ter população acima de 50.000

habitantes, coeficiente de incidência acima da média brasileira (58,4 por 100.000 hab.), óbitos por TB maior que 5% dos casos novos no ano, cura abaixo de 85%, abandono acima de 10% e elevada incidência de casos de AIDS (BRASIL, 1997a).

Em 1998, o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) propôs oficialmente a implantação da estratégia DOTS, no entanto, sua implantação só ocorreu a partir de 1999, quando o Ministério da Saúde definiu a TB como prioridade entre as políticas governamentais de Saúde estabelecendo diretrizes para as ações e fixando metas para alcance de seus objetivos. As ações para o controle da TB têm como metas diagnosticar 90% dos casos esperados e curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados. Dentre essas metas, destaca-se a expansão das ações de controle da doença para 100% dos municípios, garantindo a estruturação da rede de serviços de saúde para identificação de sintomáticos respiratórios, organização de uma rede laboratorial para diagnóstico e controle dos casos, garantia de acesso ao tratamento supervisionado e/ou auto-administrado dos casos, proteção dos sadios, alimentação e análise das bases de dados para tomada de decisão (BRASIL, 2002b).

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 linhas de ações para o controle da TB, visando à integração do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) com a atenção básica, incluindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a estratégia Saúde da Família (SF) para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento da doença. Para tanto, o Departamento de Atenção Básica elaborou um novo Plano, no qual foram propostas estratégias para o período de 2001 a 2005 que envolviam: implantação/implementação de bônus para todos os municípios que tenham Unidades Básicas de Saúde, desenvolvendo ações de controle da TB; identificação de áreas prioritárias em municípios com mais de um milhão de habitantes; capacitação de Equipes de Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), aumentando a cobertura para 70% da população brasileira; treinamento para gerenciamento e supervisão, principalmente em serviços através de visitas de supervisão, durante o período de implantação; priorização do desenvolvimento de rede de laboratórios; desenvolvimento de educação permanente das ESF e ACS; estimulação da adesão dos municípios ao PCT; e utilização do tratamento supervisionado ou tratamento diretamente observado (BRASIL, 2000). Além disso, o PNCT enfatiza a necessidade do envolvimento de organizações não-governamentais e de parcerias com entidades de combate à TB, nacionais (universidades,

Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia) e internacionais com o objetivo de somar forças para aumentar o impacto das ações de prevenção e controle da TB (BRASIL, 2004).

Assim, redefine-se a estrutura do Programa de Controle da Tuberculose buscando consolidar a atuação dos Estados e Municípios para o combate à tuberculose sob as diretrizes nacionais atribuindo-se competências a cada nível de governo, reforçando as atividades de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação. O Ministério da Saúde, publica em 2004 o Novo Plano para Controle da TB que tem como metas manter a detecção anual de pelo menos 70% dos casos estimados; tratar corretamente 100% dos casos diagnosticados e curar pelo menos 85% deles; manter o abandono do tratamento em percentuais considerados aceitáveis (5%); expandir o tratamento supervisionado para 100% das Unidades de Saúde dos municípios prioritários; e pelo menos para 80% dos bacilíferos destes municípios até 2007; manter registro atualizado dos casos diagnosticados e 100% do resultado de tratamento; aumentar em 100% o número de sintomáticos respiratórios examinados (2004/2007); ofertar teste HIV para 100% dos adultos com TB (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde, para reforçar efetivação dos desafios no PNCT e definir o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades de saúde que produzem impacto, divulga o Pacto pela Saúde 2006, através da Portaria GM 399/2006. Dentre as prioridades elencadas no Pacto pela Vida está o controle da TB, que prioriza o fortalecimento da capacidade de atingir pelo menos 85% de cura de casos novos de TB bacilífera diagnosticada a cada ano (BRASIL, 2006a). Outra prioridade é o fortalecimento da Atenção Básica através da consolidação da estratégia Saúde da Família (SF) nos pequenos e médios municípios e ampliá-la nos grandes centros urbanos.

A estratégia SF foi concebida pelo Ministério da Saúde em 1994, como estratégia de reestruturação da Atenção Básica para reorientar o modelo assistencial através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, que assume a responsabilidade sanitária. Nesta direção, espera-se que se estabeleçam condições que favoreçam a construção de um novo modelo de atenção à saúde, baseado em uma assistência universal, integral, equânime, contínua e resolutiva, considerando as reais necessidades da população (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000).

No Brasil, o trabalho da estratégia SF está ancorado na ação de uma equipe formada por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ofertando serviços básicos a uma população adscrita (MENDES, 2004). Entre as diferentes linhas de trabalho direcionadas pelas ESF está o controle da tuberculose, destacando-se: a busca ativa de sintomáticos respiratórios, a notificação de casos, o exame clínico de sintomáticos respiratórios e comunicantes, realização ou referência para baciloscopia e exame radiológico, alimentação e análise dos sistemas de informação, tratamento supervisionado dos casos, fornecimento de medicamentos, atendimento às intercorrências, busca de faltosos, vacinação com BCG, pesquisa de comunicantes, quimioprofilaxia e desenvolvimento de atividades educativas (BRASIL, 2002b).

Na Paraíba, a estratégia SF foi criada em 1994, iniciando com 5 equipes pioneiras em Campina Grande; em 1998 esse número sobe para 44 equipes, chegando no ano 2000 a abranger 118 municípios e, em 2005, todos os 223 municípios paraibanos foram cobertos pelo programa (GUIMARÃES, 2006).

A cidade de Campina Grande/PB se destacou pela implantação da estratégia SF no Brasil. Tal cidade foi escolhida entre uma das quatorze pioneiras contempladas para sediar equipes piloto para o projeto ministerial. Ressalta-se que, até aquele ano, não havia definição, naquele município, por um modelo de atenção na área de Atenção Básica. Essa atenção era prestada de forma desorganizada por postos de saúde nos bairros periféricos, sem atender às diretrizes e princípios organizativos do SUS, nem aos princípios doutrinários, ressaltando-se ainda que as ações de saúde ofertadas à população eram do tipo assistencial - curativas. A partir daquele ano o município decide adotar a estratégia SF como modelo de atenção básica, e em 1996 com a II Conferência Municipal de Saúde é aprovada a proposta de fortalecimento e ampliação das equipes de saúde como estratégia de modelo de atenção no município (CAMPINA GRANDE, 1996).

No início da implantação existiam apenas cinco Equipes de Saúde da Família em Campina Grande (GUIMARÃES, 2006). Em 1998, esse número aumenta para doze equipes, totalizando oitenta equipes em 2007, correspondendo a uma cobertura populacional de 72,5%, conforme o quadro a seguir:

Ano	Nº ACS	% Cob. Pop. de ACS	Nº ESF	% de cob. Pop
1998	258	43,02	12	12,01
1999	242	40,37	12	12,01
2000	242	39,48	17	16,64
2001	306	49,08	30	28,87
2002	326	52,28	31	29,83
2003	390	61,89	49	46,66
2004	394	61,82	50	47,07
2005	395	61,97	43	40,48
2006	383	58,43	73	66,82
2007	368	55,13	80	72,50

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - Relatório de Gestão 2007

QUADRO 01: Percentual de população coberta pelas Equipes de Saúde da Família, Campina Grande - PB, 2008.

Um dos grandes avanços do Programa de Controle da Tuberculose na Paraíba foi a incorporação das ações de controle da TB pelas ESF, através da estratégia DOTS implantada no Estado desde 1999, articulada à expansão da estratégia SF. Inicialmente foram selecionados dez municípios, tendo por base os seguintes critérios: população maior que 50 mil habitantes, maior carga bacilar e retaguarda laboratorial de referência. Em 2001, foi implantada em mais vinte municípios como medida de cumprir a pactuação entre Estado e municípios para implantação, implementação e descentralização das ações de controle da TB junto à estratégia SF e PACS (LIMA, 2005; PARAÍBA, 2001; SÁ *et al*, 2006). Dentre as repercussões positivas nos indicadores epidemiológicos, destaca-se o percentual de cura no Estado que, entre os anos de 1999 e 2004, aumentou de 67,8% para 92% e a taxa de abandono decresceu de 16,6% para 2% respectivamente. Em 2005, o percentual de cura da doença alcançou 94,1% em municípios que operacionalizaram o Tratamento Supervisionado (TS) e 72% nos municípios que não o adotaram. Em 2006, o Estado registrou incidência de 32,4 por 100.000 habitantes, para as formas pulmonares bacilíferas, e taxa de mortalidade por TB de 1,37 por 100.000 hab (PARAÍBA, 2001).

Em pesquisa realizada por Sá et al, (2006), em que foram avaliados os seis municípios considerados prioritários para o controle da TB na Paraíba (João Pessoa, Campina Grande, Bayeux, Santa Rita, Patos e Cajazeiras), evidenciou-se que, para o período de 1998 a 2003, nos municípios menores e do interior onde houve avanço na implantação e expansão do

número de ESF, o processo de descentralização do tratamento supervisionado foi incorporado por essas equipes, avançando de forma positiva nos percentuais de indicadores epidemiológicos. É o caso dos municípios de Bayeux, Santa Rita, Patos e Cajazeiras que apresentaram percentuais de cura elevados, em média superiores a 90%, indicando percentuais de cura acima da média nacional; entretanto, os dois maiores municípios do estado, João Pessoa e Campina Grande, que também ocorreram ampliação da estratégia SF, nem todas as equipes realizam tratamento supervisionado. Assim, 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. Nesse sentido, os autores acrescentam que são necessários estudos analíticos sobre a situação dos grandes centros urbanos do Estado da Paraíba, que visem possibilitar a incorporação das atividades de controle da TB pelas ESF.

Na referida pesquisa, os autores ressaltam que, na cidade de Campina Grande, a implantação do DOTS promoveu um aumento do percentual de cura durante o período de 1998 a 2003 e, simultaneamente a diminuição do percentual de abandono, conforme apresentado no Quadro 2. Discorrem ainda que, a partir de 2001, alguma ocorrência de natureza político administrativa ou epidemiológica determinou um aumento do percentual de cura e queda do percentual do abandono, o que pode ser explicado pelo fato de que, a partir de 1998, ocorreu a ampliação das ESF, passando de 12 equipes em 1998, para 49 equipes ao término de 2003. Ainda acrescentam que, em 2002, assumiu a gestão municipal de saúde um sanitarista que se destacou com a reorganização do modelo de atenção, dando prioridade a Atenção Básica, principalmente com a expansão das ESF.

Ano de notificação	% Cura	% Abandono	% Óbito
1998	75,0	25,0	0,0
1999	82,1	12,8	5,1
2000	81,6	11,5	1,1
2001	76,6	20,2	2,1
2002	80,4	7,8	5,9
2003	83,2	6,9	3,1

Fonte: Adaptado de SÁ et al (2006, p. 161)

QUADRO 2: Percentual de cura, abandono e óbito - Campina Grande/PB, 1998-2003.

Apesar dos índices epidemiológicos da TB em Campina Grande terem melhorado no período de 1998 a 2003 em decorrência da ampliação da estratégia SF, percebe-se um agravamento da situação da TB nos últimos quatro anos (2004 a 2007), quando os percentuais de cura e abandono apresentaram-se bem inferiores as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde: curar pelo menos 85% dos casos novos e manter o abandono do tratamento em percentuais considerados aceitáveis, em torno de 5%. (Quadro 3).

Ano de notificação	Cura		Abandono		Óbito	
	n	%	n	%	n	%
2004	121	72,4	23	13,7	1	0,5
2005	125	68,6	22	12,0	5	2,7
2006	91	75,8	13	10,8	5	2,7
2007	96	77,4	13	10,4	0	0,0

Fonte: SINAN/Secretaria Municipal de Saúde, Ago. 2008

QUADRO 3: Percentual de cura, abandono e óbito -Campina Grande/PB, 2004 - 2007.

Em pesquisa realizada por Machado (2007), constatou-se que, em Campina Grande, a maioria dos doentes de TB não procura a Equipe Saúde da Família no início dos sintomas da doença, em contrapartida, buscam outros serviços a exemplo de pronto-socorro e hospitais.

A realidade constatada merece ser revista, requerendo a adoção de pesquisas que permitam avaliar os motivos pelos quais a população de Campina Grande não vêm procurando os serviços de Atenção Básica para o diagnóstico e tratamento da TB; pois, como se sabe, o Ministério da Saúde ao definir a TB como prioridade entre as políticas governamentais de saúde e estabelecendo o seu controle no nível primário de atenção, elege a estratégia Saúde da Família como *locus* de desenvolvimento das ações de controle da doença.

Neste sentido, Felisberto (2006) acrescenta que a avaliação tem como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, subsidiar a identificação de problemas, reorientar as ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população.

Tendo em vista os aspectos citados e reconhecendo a importância da avaliação como um instrumento de aprimoramento do Sistema Único de Saúde, enfatiza-se a necessidade de avaliar em que medida o componente acessibilidade, fundamental para a APS, vem sendo alcançado. É nessa direção que o presente estudo propôs como objetivos:

Objetivo geral:

- Avaliar, na perspectiva da Atenção Primária à Saúde (APS), as condições de acessibilidade ao diagnóstico e tratamento da tuberculose em serviços de saúde do município de Campina Grande/PB.

Objetivos específicos:

- ✓ Identificar as potencialidades e fragilidades de acessibilidade às ações de controle da tuberculose nos serviços de Atenção Básica.
- ✓ Avaliar pontos de concordância e discordância de acessibilidade ao diagnóstico e tratamento segundo diferentes informantes (doentes, profissionais de saúde e gestores).

Referencial Teórico

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Atenção Primária no Contexto dos Sistemas de Saúde

No contexto de reformas existentes no sistema de saúde brasileiro, a Atenção Primária à Saúde (APS) surge como essencial para melhoria das condições de saúde da população, tendo em vista a complexidade com que se encontra o sistema de saúde que vem exigindo uma redefinição e redirecionamento nos papéis do setor saúde.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, denominada Conferência de Alma Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) / Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), em 1978, em Alma Ata, na Rússia, representou um marco de influência nos debates sobre o rumo das políticas de saúde no mundo, reafirmando a saúde como direito humano fundamental (OMS, 1979). Essa conferência tinha

como estratégia a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de atingir um alto nível de saúde no ano 2000, conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”. Com isso, desencadeou-se uma série de atividades que tiveram um grande impacto sobre o pensamento a respeito da Atenção Primária à Saúde. (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 meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (WHO, 1978 *apud* STARFIELD, 2002)

Nesta direção, foram estabelecidos como essenciais na APS os seguintes elementos: a educação em saúde; o saneamento ambiental, especificamente água e alimentos; programas de saúde materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; o tratamento apropriado das doenças e lesões mais comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização da medicina tradicional (STARFIELD; MENDES, 2002).

Entretanto, a experiência acumulada, especialmente no continente americano, nos processos de instrumentação da Atenção Primária à Saúde gerou problemas de conceituação, e, por conseqüência, de implementação, pois, enquanto países industrializados já haviam alcançado as metas acordadas em Alma Ata, outros países em desenvolvimento ainda estavam longe de atingi-las (MENDES, 2002).

Algumas interpretações traduzem a APS como uma série de atividades, outras como um nível assistencial, como uma estratégia de organização da atenção à saúde ou, ainda, como uma filosofia (MACINKO; ALMEIDA; OLIVEIRA, 2003; STARFIELD, 2002; VUORI, 1987). Segundo Mendes (2002) estas concepções desencadearam diferentes formas de organização dos serviços de saúde, orientadas por três interpretações principais da APS: atenção primária seletiva; nível primário do sistema de serviços de saúde; estratégia de organização do sistema de serviços de saúde.

A primeira forma de APS é entendida como um programa específico destinado a populações e regiões marginalizadas, com recursos de baixa densidade tecnológica, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referência para outro nível de maior complexidade tecnológica. Já a segunda é entendida como o modo de organização e funcionamento da porta de entrada, enfatizando a resolutividade dos serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, de forma a reduzir os custos econômicos e a atender as necessidades da população no que concerne ao primeiro nível de contato.

Dentre as diversas correntes interpretativas, a que mantém consonância com os conceitos de APS, é definida por Mendes (2002) como *estratégia de organização do sistema de sistema de serviços de saúde* a partir de uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS dentro de um sistema integrado de serviços de saúde, com alguns componentes estruturantes no processo de organização dos serviços de saúde.

Mendes (2002) ainda assinala que as diversas configurações dos sistemas de serviços de saúde podem ser agregadas, basicamente, em duas opções: os sistemas fragmentados, ainda fortemente hegemônicos, ou os sistemas integrados de serviços de saúde. Nos sistemas fragmentados, os diversos serviços se configuram em um conjunto de pontos isolados de atenção à saúde, frequentemente representados como uma estrutura piramidal, expressando sua organização hierárquica, por níveis de atenção, fundamentados por um conceito equivocado de complexidade. Para o autor, essa imagem pode sugerir uma banalização da APS por apresentá-la como de menor complexidade que os demais níveis. Nos sistemas integrados, por sua vez, não há hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de diferentes densidades tecnológicas.

Starfield (1992, 2002) ressalta que historicamente as próprias definições de atenção primária dificultaram a medida de seu impacto na saúde da população, tornando assim um desafio que pode ser superado pelo exame dos elementos estruturais e processuais da atenção básica. Para essa autora, entre os elementos estruturais, quatro definem o potencial da atenção primária: acesso, elenco de serviços, população adscrita e continuidade (ou atenção contínua). Quanto aos elementos processuais incluem a utilização de serviços e o reconhecimento das necessidades de saúde da população.

Mendes (2002) e Starfield (2002) enfatizam que uma atenção primária à saúde de qualidade deve seguir, em sua totalidade, seis princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária. O primeiro contato é conhecido como porta de entrada e implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema para os quais se procura atenção à saúde. A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de cuidados e seu uso ao longo do tempo. A integralidade implica na prestação de serviços pela equipe de saúde ajustados às necessidades da população adscrita. A coordenação contempla a facilidade em acessar os demais níveis de atenção e a integração com os serviços de outros setores sociais. O enfoque familiar considera o indivíduo em seu contexto familiar e o conhecimento integral de seus problemas de saúde. A orientação para a comunidade diz respeito ao conhecimento dos prestadores sobre as necessidades dos usuários e o envolvimento na comunidade.

Macinko, Almeida e Oliveira (2003) acrescentam a estes componentes, a formação profissional, por considerarem importante que os profissionais de saúde sejam capacitados para atuarem na atenção primária segundo estas dimensões. Estes autores propõem um modelo teórico da Atenção Básica que tenta incorporar essas diferentes dimensões enfatizando, também as características e funções essenciais da Atenção Básica e as suas relações com os outros elementos dos sistemas de saúde e demais setores relacionados, cuja principal intenção é promover a saúde. Ainda sugerem combinar a definição de Starfield (2002), orientada aos serviços de saúde, com uma noção mais ampla da atenção básica que reflete o conceito comunitário e multissetorial da atenção primária, como concebido nos países em desenvolvimento.

No Brasil, as primeiras ações em direção à estruturação da APS, datam de 1982 com a institucionalização das Ações Integradas de Saúde (AIS). Essa institucionalização buscou reorientar o modo de desenvolvimento da produção de serviços médico-sanitários, enfatizando o atendimento ambulatorial, que passou a se realizar através das unidades sanitárias públicas, as quais compõem o que se convencionou chamar de rede básica ou de serviços de atenção primária, que era constituída pelos Centros e Postos de Saúde (CASTELLANOS, 1977; MOULAIN *et al*, 1985). Segundo esses autores, tradicionalmente estas unidades organizaram-se a partir de uma concepção que lhes atribuía funções próprias ao campo da saúde pública, desenvolvendo prioritariamente ações de caráter coletivo, utilizando uma linguagem acessível e de fácil entendimento. Sua estrutura capacitava-se a desenvolver programas de puericultura, pré-natal, controle de doenças endêmicas e outras

atividades voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Ressalta-se que, no Brasil, a terminologia utilizada para designar Atenção Primária à Saúde é denominada de Atenção Básica.

Nessa perspectiva, em 1999, o Ministério da Saúde define Atenção Básica como sendo ações de caráter individual ou coletivo, desenvolvidas no primeiro nível de atenção dos sistemas de serviços, voltadas para a promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação (BRASIL, 1999b). Posteriormente, no ano de 2006, ele amplia o conceito de Atenção Básica, caracterizando-a como:

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

Pode-se dizer que esta definição contempla os elementos da definição de Atenção Primária elaborada por Starfield (2002) que estão em conformidade com o conceito de APS proposto em Alma Ata, tais elementos são: acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar e orientação para a comunidade.

Neste sentido, considerando que o Brasil encontra-se em processo de consolidação da Estratégia Saúde da Família, é válido ressaltar que o conhecimento destes componentes é de extrema importância e serve como referenciais para o processo de avaliação da atenção básica no Brasil.

Embora se reconheça a importância desses componentes, este estudo elegeu o componente estrutural “acesso”, fundamental para avaliar o desempenho dos serviços de saúde.

2.2 Avaliação dos Serviços de Saúde

2.2.1 Contextualização

A avaliação representa uma atividade bastante antiga desde os primórdios da humanidade (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997). A prática da avaliação sempre foi utilizada pelo ser humano de modo informal na rotina da sua vida através de percepções altamente subjetivas, baseadas em evidências coletadas formalmente no instinto, na experiência, na generalização ou na falta de procedimentos sistemáticos (WORTHEN *et al*, 1997).

Foi somente em 1930, através de programas na área de educação que a avaliação adquire um caráter sistemático, e a partir daí vem exercendo influência no planejamento e avaliação (WORTHEN *et al*, 1997).

Após a Segunda Guerra Mundial é que surge a avaliação de programas públicos, em virtude da necessidade de melhoria da eficácia da aplicação de recursos pelo Estado. No final da década de 50, a avaliação estava sendo exercida pelos países de primeiro mundo. Foi durante os anos 60 que ocorreu a expansão das atividades de avaliação de programas, financiada pelo governo federal americano. Foram aplicados métodos de avaliação nas áreas da saúde e educação social, de forma a otimizar com eficácia a utilização dos recursos financeiros, naquela ocasião priorizada para apoio a estas políticas sociais (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997). Segundo esses autores, a discussão desencadeada por políticos conservadores, financiadores e pela população em geral sobre a validade de aplicação de recursos em programas sociais, reorientou, a partir de 1970, o foco da avaliação destes programas para sua efetividade. Os autores ainda acrescentam, que a diminuição do crescimento econômico e o papel do Estado no financiamento dos serviços de saúde tornavam indispensável o controle dos custos do sistema de saúde, não sendo, portanto, questionada a acessibilidade aos serviços de qualidade. Desde, então, a avaliação passou a ser incorporada como parte do planejamento e gerenciamento de programas sociais nos países industrializados, com ênfase na comprovação da efetividade e responsabilidade fiscal.

Atualmente a avaliação vem sendo vista em uma perspectiva transdisciplinar, utilizando teorias, conceitos e instrumentos de diversas outras áreas de conhecimento, não apenas para demonstrar a efetividade e os resultados de uma intervenção, mas de contribuir na tomada de decisões para a reorganização das ações avaliadas e para a produção de um fluxo contínuo de interações para a produção de competências visando o enfrentamento da situação

e dos problemas identificados, tendo como benefício final o cliente/usuário do serviço/programa ou projeto e não exclusivamente quem solicitou a avaliação (TANAKA; MELO, 2000).

No Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que define, como princípios a universalidade, a equidade, a integralidade, a regionalização e hierarquização, e com a descentralização da gestão administrativa, novas estratégias vêm sendo implantadas na promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. A municipalização das ações e serviços vem exigindo cada vez mais o emprego de métodos de avaliação para subsidiar a redefinição de diretrizes e estratégias para efetivação do atual sistema de saúde (OLIVEIRA *et al*, 2008; FERREIRA, 2004).

Neste sentido, desafios contemporâneos que se colocam na avaliação em saúde são ainda maiores. De um lado, identificam-se dificuldades inerentes à estrutura e ao modo de produção da ciência e da tecnologia em saúde, por outro, embora sejam reconhecidos os avanços no campo, evidenciam-se sua curta trajetória e suas lacunas, principalmente em relação à análise de efeitos e de eficiência, próprias do estágio ainda incipiente de desenvolvimento do campo da avaliação no país (MATIDA; CAMACHO, 2004).

No que concerne à atenção básica à saúde no Brasil, ressalta-se problemas relacionados à estrutura física dos serviços, suficiência e perfil dos profissionais de saúde e acesso oportuno aos recursos e efetividade de políticas e ações de saúde (BRASIL, 2001). Apesar de avanços político-administrativos, reconhecem-se dificuldades para adequar o modelo assistencial aos princípios reformadores com maior equidade no acesso e na integralidade das práticas (CONILL, 2002).

Diante das barreiras e dificuldades estruturais enfrentadas, iniciativas de avaliação de serviços e programas, voltados tanto para o campo das tecnologias em saúde, seja na área específica das ações e controle e prevenção de doenças, vêm sendo abordadas nos estudos científicos brasileiros (MATIDA; CAMACHO, 2004). Cada vez mais se torna imprescindível implementar atividades de avaliação voltadas ao Programa de Controle da Tuberculose (PCT) como forma de subsidiar os gestores dos programas a tomar decisões acertadas.

Na área de controle da TB, observa-se que, durante muitos anos, a avaliação esteve voltada para avaliar o impacto das ações de controle empregadas pelo PCT, utilizando um conjunto de indicadores epidemiológicos e operacionais que permitem determinar a tendência secular da doença, sua magnitude, transcendência, sendo escassos os estudos de avaliação que

priorizem componentes estruturais. Neste sentido, este estudo toma como recorte o componente estrutural “acessibilidade” que é fundamental para inserção na estrutura do serviço, e importante indicador de impacto da Atenção Primária à Saúde.

2.2.2 A avaliação e suas definições

A avaliação possui uma diversidade de conceitos e significados. Essa variedade de definições relaciona-se com a complexidade do objeto “avaliação em saúde”, que pode desdobrar-se em tantas quantas forem as concepções sobre saúde e práticas de saúde. Devido à diversidade de conceitos, muitas vezes torna-se um grande problema para aqueles que procuram estudar este tema de forma sistemática (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Neste sentido, Contandriopoulos *et al* (1997) afirmam que a tarefa de tentar conceituar “avaliação” é construída a partir do referencial do próprio avaliador em que se concentram diversas práticas, cujo escopo abrange desde julgamentos mais subjetivos até métodos e técnicas de maior objetividade, além de certa indefinição quanto ao papel do avaliador.

Buscando maior compreensão da temática em estudo, várias definições de avaliação têm sido apresentadas no decorrer deste referencial teórico na tentativa de organizar e facilitar o sentido da avaliação dos serviços de saúde.

Para alguns autores os termos avaliação, investigação ou mensuração tem o mesmo significado. Outros definem a avaliação como sendo um julgamento profissional. Há autores que definem avaliação como o acesso da dimensão para o qual se pode alcançar objetivos específicos, como também há os que comparam avaliação com auditoria ou com diversas variantes no controle da qualidade. Outra definição adotada por um grupo de teóricos é que avaliação é o ato de coletar e promover informação para possibilitar a tomada de decisão (WORTHEN *et al*, 1997).

Um dos autores que mais se destacou nas diferentes abordagens da avaliação foi Donabedian (1980), que concebeu a tríade “estrutura-processo-resultados” e tem sido a mais amplamente utilizada nos serviços de saúde, a partir do referencial teórico sistêmico, sendo direcionado para aferição da qualidade do cuidado médico. Assim, a “estrutura” corresponderia à avaliação dos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais; o “processo” corresponderia ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes; e os “resultados”, por sua vez, seriam as mudanças

verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio.

Nessa perspectiva Donabedian (1984) conceitua avaliação como sendo “um processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância, efetividade e impacto das atividades, tendo em vista seus objetivos”.

Já Pabon (1985) define avaliação como “medir um fenômeno ou o desempenho de um processo, comparar o resultado obtido com os critérios estabelecidos, e fazer uma análise crítica considerando-se a magnitude e a direção da diferença”.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1989), a avaliação é definida como "um meio sistemático de se aprender empiricamente e de se utilizar as lições aprendidas para melhoria das atividades realizadas e para o desenvolvimento de um planejamento mais satisfatório, mediante uma seleção rigorosa entre as distintas possibilidades de ação futura".

Para Contandriopoulos *et al* (1997) a avaliação consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, com o objetivo de auxiliar a tomada de decisão. Esse julgamento poderá ser resultado da aplicação de critérios e normas, o que o caracterizaria como uma avaliação normativa, construído a partir de um procedimento científico, caracterizando assim a pesquisa avaliativa. Em 2006 o autor amplia o seu conceito de avaliação, definindo como:

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

Neste sentido, tendo em vista a diversidade de conceitos relacionados à avaliação, existe consenso entre autores da atualidade, a exemplo de Takeda e Talbot (2006); Bosi e Uchimura (2006); Felisberto (2006), dentre outros, com relação ao fato de que avaliar significa emitir um juízo de valor sobre uma intervenção ou um de seus componentes com o objetivo de tomada de decisões.

Embora a existência dos inúmeros significados e conceitos de avaliação, este estudo não tem o propósito de analisar toda a diversidade de abordagens referidas na literatura, mas, sim, elevar sua discussão partindo do conceito de Contandriopoulos (2006; 1997) e autores citados, que entendem a avaliação como tomada de decisões.

Considerando a avaliação como um processo contínuo, deve-se adotar um modelo que priorize a coerência com o planejamento e a programação dos serviços de saúde, permitindo desta forma o acompanhamento dos problemas e facilitando o processo de tomada de decisão, visando ao seu enfrentamento (FERREIRA, 2004).

Atualmente, quando o Sistema Único de Saúde encontra-se em fase de consolidação, busca-se conhecer suas “fortalezas” e debilidades. Nesse contexto, um dos desafios é a prática da avaliação nas instituições como forma de contribuir para tomada de decisões fortalecendo a estruturação do sistema, bem como o desenvolvimento de suas ações (TAKEDA; TALBOT, 2006).

Os autores que trabalham a avaliação na perspectiva da tomada de decisão apontam alguns limites, que vão desde a falta de tradição em avaliar até a pouca compreensão por parte de alguns atores do que é o Sistema Único de Saúde. Dentre eles Felisberto (2006), acrescenta, a ausência ou insuficiência da explicitação das diretrizes políticas e da definição estratégica que orientam a avaliação, a fragmentação e a diversidade de orientações presentes nos processos de avaliações, a ênfase em variáveis relacionadas ao processo e avaliações de resultados pontuais e/ou espacialmente restritas. Assim sendo, Contandriopoulos (2006) ressalta que o grande desafio para a avaliação é conseguir incorporar nas suas estratégias os pontos de vistas de atores em diferentes posições, a fim de fornecer às instâncias de decisão as informações de que precisam para fazer um julgamento o mais amplo possível.

Tanaka (2006) descreve a concepção de avaliação como um processo sistemático em que possa medir, comparar, emitir um juízo de valor para tomar uma decisão, considerando esta como a capacidade de mobilizar recursos de qualquer natureza, seja financeiro, humano, ou material. Ao aceitar esses componentes como sendo a essência da avaliação, deve-se começar por identificar, quais, onde e quando os atores sociais do SUS tomam decisão. Neste sentido o autor reafirma a convicção de que a identificação clara de quem tem a capacidade de mobilizar recursos e conseqüentemente para quem a avaliação se destina é essencial para a tomada de decisão. Assim, defende que a institucionalização da avaliação em saúde, seja de forma ampla, ou direcionada estrategicamente para a atenção básica, iniciando por meio da identificação das decisões tomadas pelos distintos atores no cotidiano de trabalho. Desta

forma Takeda e Talbot (2006, p.569), também concordam com institucionalização da avaliação e que esta deve estar articulada a gestão, bem como a outros campos de intervenção social:

Avaliar é uma responsabilidade e as instituições não podem se furtar de exercê-la. Institucionalizar a avaliação significa incorporá-la ao sistema, possibilitando monitorar a capacidade dos serviços em responder às necessidades em saúde; acompanhar os efeitos das intervenções; identificar e corrigir problemas; enfim, retroalimentar equipes de saúde, gestores, políticos e comunidades. (...) é uma forma de participação da construção e aperfeiçoamento do SUS. É uma oportunidade dos diferentes atores (provedores de serviços em saúde, políticos, gestores, população, universidades e demais instituições de aprendizagem) participarem da configuração que se quer dar ao SUS, sendo ao mesmo tempo um processo de aprendizagem e de controle social.

Nessa perspectiva Takeda e Talbot (2006) destacam alguns aspectos relevantes para institucionalização da Avaliação da APS:

- ✓ **Clara definição dos objetivos da avaliação** – implica em avaliar a Atenção Primária conhecendo as necessidades da população, seja resolvendo (cerca de 85% das situações) de acordo com a frequência que as situações ocorrem e não com o seu grau de complexidade, ou seja referindo aos demais níveis de atenção. Avaliar a APS significa avaliar as características particulares da atenção primária, enfocando a questão: em que medida o primeiro contato, a integralidade, a longitudinalidade e a coordenação estão sendo alcançados? (TAKEDA e TALBOT, 2006).
- ✓ **Conhecimento do que é APS e o reconhecimento da forte ligação entre APS e equidade em saúde** - refere-se que a APS é responsável por cerca de 85% das necessidades em saúde da população, e que em caso de falha deste sistema, compromete a atenção secundária que sofre em decorrência dos problemas próprios da atenção primária, gerando assim, menor qualidade e maiores custos. Políticos, gestores, provedores dos serviços e população devem conhecer claramente os elementos operacionais da APS, seus significados, indicadores de avaliação, vantagens e limitações de cada um em termos do alcance dos princípios do SUS e de melhores resultados em saúde (TAKEDA e TALBOT, 2006)..
- ✓ **Criação de uma "inteligência" em APS** – neste sentido entende-se essa inteligência como a disponibilidade de informação essencial para a tomada de decisões. e que esta informação sobre o sistema, seus processos e resultados tenha como base as experiências locais, regionais, nacionais, como as evidências encontradas na literatura. Tomadores de

decisões sejam políticos, gestores, clínicos (entendidos como qualquer integrante da equipe de saúde: médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas, etc.), agentes comunitários de saúde, ou a população devem ter a seu dispor a melhor informação (TAKEDA e TALBOT, 2006).

Além destes aspectos que contribuem para esta realidade, os autores ainda mencionam: revisão das bases de dados nacionais criadas pelo PSF e sua integração e incorporação do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), fazendo que sejam analisadas todas as dimensões da APS e do SUS; a análise dos indicadores de APS e dos estabelecidos no Pacto de Atenção Básica permitindo entender as particularidades e fornecendo informações consistentes para apoiar a tomada de decisões; como também a existência de capacitações envolvendo equipes técnicas para aquisição de competências avaliativas, seja de gestores, da mídia, reforçando o uso de recursos já disponíveis.

Cumprе assinalar, que segundo Felisberto (2006, p.554),

a inclusão da avaliação na rotina da atenção básica é considerada ação norteadora da área de saúde. Defende o princípio que o ato de avaliar só agrega valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional. Aborda-se também a necessidade de se utilizar um conjunto de ferramentas tais como a decisão político-institucional, recursos financeiros, mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos, adaptado às necessidades específicas decorrentes do processo de descentralização da gestão da atenção básica vis-à-vis as demais diretrizes e princípios do SUS.

Assim, a incorporação da prática de avaliação nas instituições cumprem os objetivos básicos de subsidiar o planejamento e instrumentalizar a gerência dos serviços de saúde.

Para operacionalização do processo avaliativo pode-se tomar como eixo de análise várias dimensões da APS, anteriormente citadas. Neste estudo priorizou-se a acessibilidade, que segundo Ferreira (2004) é o meio pelo qual se pode verificar a relação entre as necessidades e aspirações da população em termos de ações de saúde e a oferta de recursos para satisfazê-las.

Vale ressaltar, que o emprego das terminologias acessibilidade e acesso se apresentam de forma variada na literatura. Para uma melhor compreensão dos termos referidos é necessário destacar alguns aspectos que dizem respeito aos seus conceitos e a elementos implicados no acesso ao diagnóstico e tratamento da TB.

Acesso é um conceito complexo, que varia entre autores e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto. Alguns autores como Donabedian (1973) empregam o termo acessibilidade no sentido de caráter ou qualidade do que é acessível, enquanto outros como Houaiss e Villar (2001) preferem o termo acesso significando o ato de ingressar, ou seja, entrar nos serviços. Donabedian (2003) utiliza os dois termos para indicar com que grau de facilidade as pessoas obtêm cuidados de saúde.

De acordo com Hortale, Pedrosa e Rosa (2000) o acesso depende ao mesmo tempo da combinação de recursos humanos e físicos disponíveis e dos sistemas administrativos e financeiros que determinam quais indivíduos receberão os serviços que os recursos permitem oferecer e em que condições. Os autores listam alguns fatores de globalidade (tipo de atenção requerida a partir da necessidade do usuário que está dentro da área de cobertura do serviço), as dificuldades impostas pela especialização em algumas áreas, os critérios de acesso e ingresso, a alocação de mão-de-obra, a distância, o horário de funcionamento e a qualidade de atendimento.

Segundo Starfield (2002); Travassos, Oliveira e Viacava (2006); Travassos e Castro (2008) o acesso é um conceito multidimensional, em que cada dimensão exprime um conjunto de características da oferta que facilitam ou limitam a capacidade das pessoas usarem os serviços de saúde quando necessitam. Outros autores ressaltam que existem três dimensões que também constituem como barreira de acesso: disponibilidade, capacidade de pagar e aceitabilidade. Informação é um elemento fundamental pertencente às três dimensões e que possibilita que as pessoas façam suas escolhas (THIEDE e MCINTYRE, 2008). Aliado a isso, Travassos e Castro (2008) referem que a disponibilidade ou presença física dos serviços e recursos humanos constituem a barreira de acesso mais importante, uma vez que representa condição necessária à utilização, todavia, apenas a disponibilidade de recursos não implica garantia de acesso. A seguir os autores (p.219) descrevem as principais barreiras que expressam características da oferta, que de modo inter-relacionado podem facilitar ou impedir a utilização dos serviços de saúde pela população:

- Barreiras geográficas – refletem a resistência que o espaço impõe ao deslocamento dos potenciais usuários dos serviços de saúde. A avaliação do padrão espacial de localização dos serviços e dos usuários deve incorporar, além do espaço físico, a noção do espaço e de relações. Da ótica do espaço físico, em geral, quanto maior a distância, menor a utilização de serviços de saúde. As medidas de distância que incorporam os custos de deslocamento em termos de tempo e de custos financeiros são mais adequados para avaliar a fricção do espaço. Entretanto, mesmo sem incorporar os meios disponíveis para superar os obstáculos, a distância linear é a medida de espaço mais facilmente obtida.

- Barreiras financeiras – representam importantes obstáculos à utilização de serviços de saúde. Estudos empíricos sugerem a existência de uma relação negativa entre o aumento nos preços dos serviços de saúde e a utilização dos serviços. A utilização dos serviços diminui a medida que a participação financeira direta dos pacientes na compra dos serviços aumenta. As pessoas mais pobres são mais sensíveis: utilizam menos serviços em resposta às barreiras financeiras do que as mais ricas, em particular, no caso de consultas ambulatoriais.
- Barreiras organizacionais – expressam as características da organização dos serviços e do tipo da qualidade dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis que facilitam ou limitam a sua utilização. Conveniência do horário de funcionamento dos serviços, tempo de espera para ser atendido, tipo de profissional disponível (especialidade, idade, gênero), existência de medidas de acolhimento e de política de humanização e qualidade técnica do cuidado são características organizacionais que podem impactar o acesso. A descentralização da gestão dos serviços de saúde e o Programa Saúde da Família são exemplos de mudanças organizacionais que visam à redução de barreiras de acesso. Participação comunitária é um outro elemento que, quando incorporado aos sistemas de saúde, pode reduzir barreiras de acesso.
- Barreiras de informação – informações sobre o sistema de saúde, os serviços de saúde e as doenças e suas alternativas terapêuticas atuam como facilitadoras da utilização dos sistemas de saúde. Informação em saúde impacta tanto na percepção de saúde das pessoas como no seu acesso aos serviços de saúde. No entanto cabe ressaltar, que o nível de informação das pessoas não resulta apenas de ações desenvolvidas pelo setor saúde, mas também do capital cultural das famílias, do grau de escolaridade e do acesso aos vários meios de informação atualmente disponíveis.

Assim sendo, Ferreira (2004) ressalta que acessibilidade quando entendida como um dos componentes imprescindíveis à avaliação resulta de uma combinação desses fatores acima descritos. Ainda acrescenta que a acessibilidade em seu sentido mais restrito, visando determinar o grau de ajuste entre as características de uma determinada unidade básica de saúde, apresenta, como principal entrave a sua análise, a forma de organização dos serviços de saúde. Apesar dessas dificuldades, qualquer definição de um sistema de assistência à saúde deve considerar as dimensões da acessibilidade a fim de que os avanços teóricos, relativos à organização setorial transformem-se em práticas no interior dos serviços.

Para o usuário, o diagnóstico e tratamento retardado, representam uma grande perda, uma vez que, no processo saúde-doença, um pequeno intervalo de tempo pode fazer a diferença entre a vida e a morte, ou entre a reabilitação total e a seqüela definitiva. Isso sem contar que, na maioria das vezes, a dificuldade de acesso atinge o usuário na hora de sua maior fragilidade, ou seja, no momento da doença, fazendo-o, além de suportar o sofrimento inerente ao seu estado, padecer com a dúvida de conseguir ou não tratamento adequado em tempo hábil.

No que concerne à suspeita e ao diagnóstico de casos de tuberculose, é fundamental que sejam disponíveis um conjunto de ações, 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, condições de armazenamento do material colhido/ fluxo e retaguarda laboratorial/ acesso a exames complementares (RX de tórax, PPD, anti-HIV).

Quanto ao tratamento de TB, é necessário que os usuários tenham a garantia de acompanhamento e tratamento pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) e, disponibilidade de estoque de medicamentos específicos para os doentes inscritos no programa de TB, realização de tratamento supervisionado nas unidades de saúde ou no domicílio quando indicado, visitas domiciliares ao doente de TB quando necessário, disponibilidade de benefícios (cesta básica, vale transporte) como incentivos ao tratamento supervisionado.

Espera-se que, ao se estabelecer uma relação de acesso, como base estrutural no controle da TB com ênfase na longitudinalidade dos serviços, significará uma oportunidade para expansão das atividades favorecendo a qualidade da atenção e assistência prestada aos doentes de TB e proporcionando uma contribuição significativa segundo sua necessidade e oferta de serviços na rede de cuidados.

Metodologia

3. METODOLOGIA

3.1 Caracterização do Estudo

O atual projeto insere-se na pesquisa intitulada “Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da tuberculose em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil”, aprovado e financiado pelo CNPq / MS-SCTIE-DECIT – nº 25/2006 409035/ 2006-8, coordenado pela área de estudos operacionais da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose- REDE-TB. Trata-se de pesquisa epidemiológica, seccional (inquérito), avaliativa de abordagem quantitativa. Tais investigações produzem “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base em avaliação individual, tendo grande utilidade para realização de diagnósticos comunitários (ALMEIDA FILHO, ROUQUAYROL, 2006).

3.2 Cenário da Investigação

Elegeu-se como local de estudo o município de Campina Grande, considerado um dos municípios prioritários pelo Ministério da Saúde para o controle da TB. Foram utilizados os seguintes critérios de seleção: possuir área geograficamente delimitada com Equipes de Saúde da Família com cobertura maior que 50% da população; apresentar elevado número de casos de TB, DOTS implementado no sistema de saúde há, pelo menos, quatro anos; razoável organização de serviços de atenção básica e desenvolvimento de ações de controle da TB.

3.2.1 Informações Gerais sobre o Município

Campina Grande está localizada na mesorregião do Agreste Paraibano, a 130 km de distância da Capital João Pessoa. Tem uma população de 371.060 habitantes (IBGE/2007) e uma área territorial de 621 km². Possui três distritos rurais: Galante, São José da Mata e Catolé de Boa Vista. Limita-se com os municípios de Massaranduba e Lagoa Seca ao Norte; ao Sul com Fagundes, Queimadas e Boqueirão, a Oeste, com Boa Vista e ao Leste com Assis Chateaubriand e Ingá (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE, 2003).

No campo da educação, Campina Grande apresenta uma condição singular para uma cidade do interior da Região Nordeste. Possui universidades públicas, dentre elas, o campus-sede da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e o da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e instituições privadas como: Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas (FACISA), Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Faculdade Maurício de Nassau, Centro de Educação Superior Reinaldo Ramos (Faculdade CESREI) e a Faculdade de Campina Grande (FAC-PB).

No campo da saúde, Campina Grande faz parte do 3º Núcleo Regional de Saúde, unidade integrante da divisão geopolítica administrativa do Estado. Está habilitada na forma de Gestão Plena de Sistema Municipal desde 1998, sendo um entre os oito municípios habilitados no Estado nesta modalidade de gestão. (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE, 2006).

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado, o município tem a seguinte configuração: Sede de Módulo Assistencial para 10 municípios, Micro-Regional, Município Pólo e Macro-Regional para 98 municípios. Sendo assim, no âmbito da Proposta do PDR Estadual o município se apresenta como um importante pólo de assistência à saúde

de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE, 2006).

A Secretaria Municipal de Saúde foi criada em 1988, e atualmente, apresenta a seguinte estrutura organizacional:

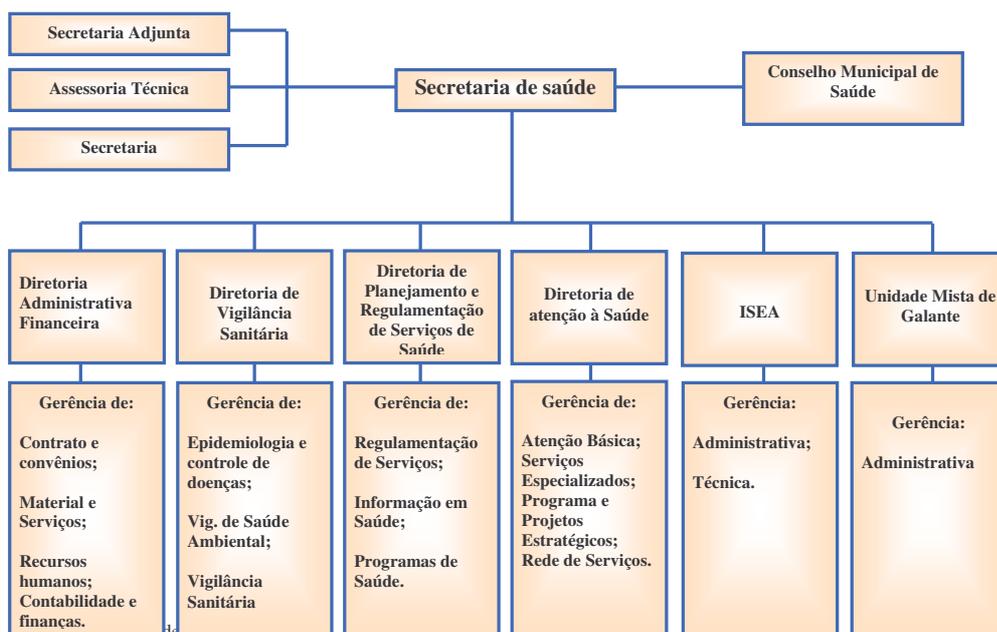


FIGURA 1 – Organograma Funcional da Secretaria Municipal de Saúde, Out. 2008.

A rede municipal de serviços de saúde é formada por um conjunto de instituições públicas, privadas e filantrópicas, que desenvolve ações assistenciais desde o nível básico até o nível terciário, com a composição de sua rede ambulatorial de serviços caracterizada no Quadro 4:

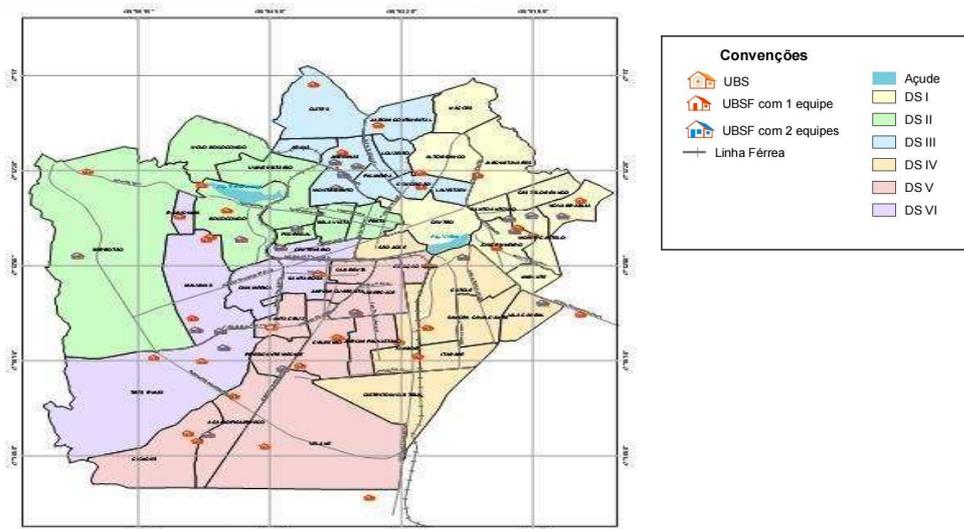
DESCRIÇÃO	Total
Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF)	64
Unidades Básicas de Saúde (UBS)	02
Unidade Mista	01
Centros de Saúde	07
Policlínica	01
Unidade de Fisioterapia	01
Centro de Referência ao Portador de Necessidades Especiais (CRANESP)	01
Clínica de Psicologia	01
Centro de Atenção Psicossocial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

Farmácias Populares	04
Hospitais Públicos	03
Hospitais Filantrópicos	02
Hospitais Privados	05
TOTAL	104

FONTE: Secretaria Municipal de Saúde/ Relatório de Gestão 2007

QUADRO 4: Rede Municipal de Serviços de Saúde, Campina Grande/PB, Out. 2008.

Como porta de entrada da APS, no âmbito da Atenção Básica, o município possui 85 Equipes de Saúde da Família (ESF), o que equivale a uma cobertura de 77% da população, como também 3 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A maioria das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) é formada por 1 (uma) ESF, todavia, algumas apresentam 2 (duas) equipes. Ressalta-se a participação do município em 1994 na experiência pioneira da estratégia Saúde da Família (SF), que surgia em 14 municípios do país, e pelo início da implantação dos Distritos Sanitários em 1998. O município é constituído por 6 distritos sanitários de saúde, sendo que, em cada um deles, existe 1(um) centro de saúde (Figura 2).



FONTE: Secretaria de Planejamento (SEPLAN)

FIGURA 2: Mapa de Cobertura da estratégia Saúde da Família por Distrito Sanitário de Saúde, Campina Grande/PB, Out. 2008.

3.2.2 O Programa de Controle da Tuberculose no Município de Campina Grande - PB

3.2.2.1 Características Gerais:

Em Campina Grande, o Programa de Controle da Tuberculose foi implantado no município em 1998. Até esse ano, as ações de diagnóstico, tratamento e controle da doença eram centralizadas no Ambulatório de Referência. A estratégia DOTS foi implantada no ano de 1999 articulada com a expansão da estratégia Saúde da Família (SF). As ações de controle da TB são desenvolvidas pelas 85 ESF e por 01 (um) Ambulatório de Referência em TB, único existente no município. Durante o período desta pesquisa, esse setor funcionava agregado à estrutura do Centro de Saúde Catolé, localizado no Distrito Sanitário IV. Atualmente, foi transferido para uma área mais central da cidade, junto ao Serviço Municipal de Saúde (Casa de Saúde), localizado no Distrito Sanitário II. A referência estadual para encaminhamento de pacientes é o Hospital Clementino Fraga, em João Pessoa, distando 130km.

A Coordenação do PCT está subordinada à Gerência de vigilância epidemiológica e controle de doenças, por sua vez subordinada à Diretoria de vigilância sanitária e esta ao Secretário Municipal da Saúde. A função de coordenação da vigilância epidemiológica é exercida por uma odontóloga, e a coordenação do PCT é exercida por uma pedagoga.

Segundo a coordenadora de vigilância epidemiológica, em outubro de 2006, todos os profissionais médicos e enfermeiros foram capacitados para desenvolverem as ações de controle da TB. O problema da rotatividade impede a permanência destes profissionais nas ESF, sendo este fator uma das dificuldades para operacionalização das ações de controle da doença por essas equipes.

3.2.2.2 Situação Operacional

O Ambulatório de Referência municipal para a TB funciona durante cinco dias da semana, no período de segunda à sexta, no turno manhã. A equipe de saúde é composta por uma médica (pneumologista), uma enfermeira, uma assistente social e uma auxiliar de enfermagem. O atendimento médico é realizado em apenas três dias da semana.

As Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) funcionam no período de segunda à sexta, nos turnos manhã e tarde, com equipe formada pelos profissionais: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde (ACS). Algumas unidades dispõe de profissionais odontólogos e assistente social. As ações de controle da TB são desenvolvidas basicamente pelos médicos, enfermeiros e ACS.

Para o diagnóstico de TB, o doente com suspeita da doença, desloca-se até a UBSF ou vai ao Ambulatório de Referência. Na UBSF, é atendido pela equipe, é avaliado e encaminhado ao Ambulatório de Referência para realização da baciloscopia e/ou Raios X de tórax quando necessário, mediante a solicitação feita pelo enfermeiro e/ou médico. Ressalta-se que a coleta de escarro é realizada apenas no Ambulatório de Referência, pois a secretaria não disponibiliza de suporte técnico para a coleta ser realizada na UBSF. O tempo médio de recebimento do resultado é em torno de 8 dias.

Ressalta-se que é comum o usuário com sintomas de TB procurar diretamente o Ambulatório de Referência como primeiro contato e sem encaminhamento da UBSF. Um dos fatores relacionados a isso, é o estigma ocasionado pela TB, fazendo com que os doentes prefiram ser tratados fora do território onde residem. Neste caso, os doentes ao chegarem ao Ambulatório de Referência, são avaliados pela equipe, que solicita os exames necessários, os quais são realizados neste mesmo setor. Os casos confirmados de TB são encaminhados para serem acompanhados pelas ESF das UBSF mais próximas às residências dos doentes.

É importante mencionar que para os serviços de Raios-X, o Ambulatório de Referência disponibiliza apenas 20 (vinte) exames mensais, sendo freqüente a demora no recebimento do resultado. A coleta de material para a cultura do escarro é realizada apenas no Ambulatório de Referência. Neste caso, os doentes acompanhados nas UBSF são encaminhados para esse Ambulatório, em que a coleta do material é feita e encaminhada e para laboratório em João Pessoa. O resultado, retorna aproximadamente, após 45 dias.

Quanto ao tratamento, a maioria dos doentes que são acompanhados nas UBSF e no Ambulatório de Referência faz tratamento auto-administrado. O Tratamento Supervisionado (TS) é desenvolvido por um pequeno número de ESF, sendo realizado na UBSF pelo (a)

enfermeiro (a) e/ou no domicílio pelo ACS. No Ambulatório de Referência, o TS é realizado pela assistente social. Quanto à medicação, a secretaria de saúde disponibiliza o serviço “motoboy” que faz o abastecimento da mesma de acordo com a demanda exigida na UBSF e no Ambulatório de Referência. Essa medicação será fornecida aos doentes durante a consulta. Vale salientar que o doente de TB não recebe incentivos como cesta básica e café da manhã. Apenas o doente que realiza tratamento supervisionado no Ambulatório de Referência é disponibilizado vale-transporte, e eventualmente, um lanche quando se desloca para esse ambulatório para se medicar.

3.3 Universo do Estudo

A população do estudo foi selecionada por conveniência, sendo constituída por três grupos de informantes-chave: doentes, profissionais de saúde e gestores (Quadro 5). Os doentes foram selecionados adotando-se os seguintes critérios: diagnóstico de tuberculose no período de julho de 2006 a setembro de 2007; idade igual ou superior a 18 anos; ser residente no município de Campina Grande; e que estava em tratamento ou já havia sido tratado nas UBSF e/ou Ambulatório de Referência, e não ser presidiário. A amostra totalizou 106 doentes.

O segundo grupo constituiu-se por profissionais que desenvolviam ações de controle da TB nas UBSF e/ou Ambulatório de Referência, os quais responderam o questionário sobre as unidades nas quais trabalhavam, totalizando 34 entrevistados. Nas UBSF, foram entrevistados médicos e enfermeiros, enquanto que no Ambulatório de Referência, além destas duas categorias, foi entrevistada 1 (uma) assistente social.

O terceiro grupo constituiu-se por 15 gestores, eleitos segundo o tempo de função estando, pelo menos, um ano no cargo. Foram entrevistados coordenador do PCT, estratégia SF, PACS, gerente de vigilância epidemiológica, diretor de Atenção Básica, diretor do Ambulatório de Referência, gerentes dos distritos sanitários.

DOENTES	PROFISSIONAIS	GESTORES	TOTAL
n = 106	n = 34	n = 15	n = 155

QUADRO 5: Descrição da amostra do estudo, Campina Grande, Outubro, 2008.

3.4 Instrumento e Coleta de Dados

Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento que foi estruturado do estudo multicêntrico, elaborado por Macinko e Almeida (2006) e adaptado por Villa e Ruffino-Netto (2007), contendo indicadores de avaliação de acesso ao diagnóstico e tratamento da TB, além de contemplar as outras dimensões de avaliação dos serviços de saúde. Ressalta-se que o mesmo 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 (OPAS/OMS, 2006). Este instrumento 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, segundo três contextos: doentes, profissionais de saúde e gestores (Anexos A, B, C).

Os três questionários abrangem as mesmas dimensões, sendo que, para este estudo, foram selecionadas dez (10) questões, das quais três (3) relacionam-se ao acesso ao diagnóstico e sete (7) ao tratamento da tuberculose. O questionário dos doentes é composto de 89 questões (Anexo A), das quais o presente trabalho utilizou as questões de numeração 17, 23 e 24 como indicadores de acesso ao diagnóstico da TB; e as questões 25, 29, 30, 31, 32, 33, 34, como indicadores de acesso ao tratamento. O questionário dos profissionais de saúde, por sua vez, é composto de 94 questões (Anexo B), das quais a 17, 18 e 22 são referentes ao diagnóstico da TB e a 26, 30, 31, 32, 33, 34, 35 referentes ao tratamento; E por fim, o questionário dos gestores apresenta 104 questões (Anexo C) sendo extraídas as respostas de numeração 27, 28 e 32 referentes ao acesso ao diagnóstico, e as de numeração 36, 40 41, 42, 43, 44, 45, ao tratamento.

As variáveis relacionadas ao acesso ao diagnóstico foram: dificuldade de deslocamento, agilidade na obtenção de consulta, procura de serviço de saúde na proximidade de casa. Quanto às variáveis referentes ao tratamento destacam-se: agilidade na obtenção de consulta, necessidade de transporte, gasto com transporte, falta de medicamentos, demora na consulta, visita domiciliar e tratamento na proximidade de casa.

Os entrevistados responderam cada pergunta do questionário segundo escalas de classificação variadas como, dicotômicas, de múltipla escolha com resposta única e de somatória (escala de *Likert*). Os entrevistadores explicaram para os informantes que cada

resposta tinha um significado numérico (nunca = 1; quase nunca = 2; as vezes = 3; quase sempre = 4; sempre = 5), que também correspondia ao número de vezes (em %) que o evento perguntado aconteceu, numa semana típica. Portanto, os valores de 1 a 5 registraram o grau de relação de preferência (ou concordância) das afirmações. A figura 3 apresenta uma síntese esquemática da construção dos indicadores.

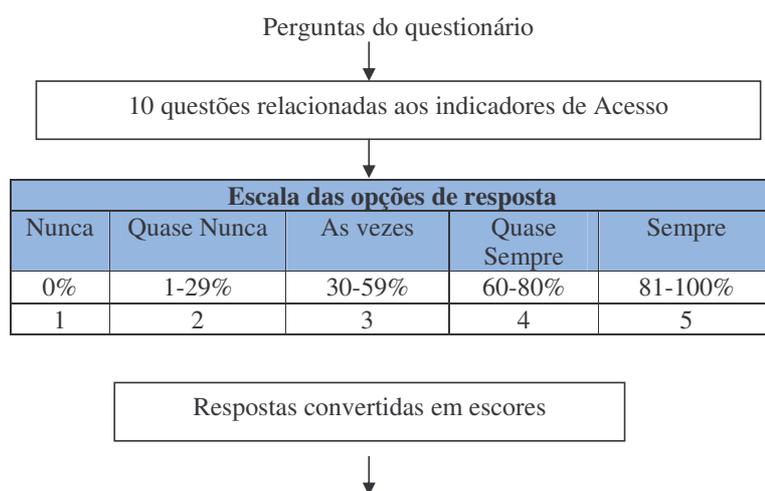


FIGURA 3 - Síntese esquemática da construção dos indicadores.

Ressalte-se que, a coleta de dados, utilizou-se um diário de campo para o registro de informações observadas durante as entrevistas. Para cada entrevistado (doente, profissional de saúde e gestor) explicou-se as diferentes opções de resposta, apresentando-se um pequeno cartão com a escala das opções graficamente representadas. A coleta de dados ocorreu nos meses de julho e outubro de 2007. Os instrumentos foram encaminhados à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP (responsável pela coordenação do projeto) para digitação em banco de dados.

3.5 Etapas percorridas para o Trabalho de Campo:

3.5.1 Preparação para o Trabalho de Campo

Para a execução do trabalho de campo foram realizados contatos prévios com o Secretário de Saúde do município, Gerente de Atenção Básica, Gerente de Vigilância

Epidemiológica, com o propósito de obter permissões para realização da pesquisa no município (Anexo D). Na ocasião foram discutidos o conteúdo e a finalidade do projeto.

3.5.2 O Trabalho de Campo

O trabalho de campo foi desenvolvido em três momentos:

No primeiro momento foi realizado um treinamento com 2 (dois) entrevistadores contratados para esse fim e que tinham experiência na área de saúde. Foi feito um pré-teste inicial com os próprios pesquisadores para ajustes e sugestões de modificações do questionário, e logo após, um pré-teste final com os doentes para o ajuste final do instrumento.

No segundo, realizou-se um levantamento de informações junto à gerente de vigilância epidemiológica e coordenação do PCT do município a fim de tomar conhecimento sobre a operacionalização do trabalho das equipes do Ambulatório de Referência e estratégia SF, como também obter informações acerca da quantidade de equipes que desenvolvem ações de TB, quantidade de doentes por unidades, localização das unidades de saúde, disponibilidade de visita dos pesquisadores às equipes e aos domicílios dos usuários, localização dos usuários por bairros, dentre outros. Essas informações foram anotadas em um diário de campo utilizado pelo pesquisador.

No terceiro momento foi elaborada uma agenda de visitas aos participantes do estudo, tendo as seguintes etapas: 1) foi realizada uma reunião com os gestores para agendamento das entrevistas; 2) foram reunidos os profissionais do Ambulatório de Referência. Quanto aos profissionais da estratégia SF foram mantidos contatos prévios por telefone explicando o objetivo do estudo e agendadas visitas às unidades de trabalho para realização das entrevistas. A respeito dos doentes acompanhados pelas ESF, foram realizados contatos prévios com as UBSF solicitando que os profissionais agendassem com os doentes o dia mais viável para o pesquisador conversar sobre a pesquisa, seja na UBSF ou na residência do doente. Após aceitação por parte do doente, o pesquisador sugeriu a possibilidade de a entrevista ser realizada naquele momento. Em caso de não ser entrevistado no mesmo dia, era marcado outro horário para o pesquisador retornar. Para as entrevistas em domicílio, as unidades de saúde disponibilizaram a presença do ACS para acompanhar o pesquisador. Quanto aos doentes do Ambulatório de Referência, a maioria das entrevistas foi realizada nos dias

marcados de retorno dos doentes à consulta médica. Algumas entrevistas foram realizadas em domicílio, por opção dos doentes, uma vez que para eles havia melhor comodidade.

Ressalte-se que em cada estabelecimento visitado, foi apresentado o termo de autorização dos gestores para a realização da pesquisa no município. Para todos estes participantes foram explicados os objetivos e a finalidade da pesquisa. Após aceitação para participar, por parte dos doentes, profissionais e gestores foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo E), solicitando a colaboração voluntária, garantindo o anonimato e o sigilo das informações, assegurando o direito de retirar o consentimento do entrevistado em qualquer fase da pesquisa.

Algumas facilidades e dificuldades que surgiram no decorrer da coleta de dados:

Facilidades: reunião com os gestores e profissionais de saúde, autorização dos mesmos para realização do estudo, disponibilidade de uma sala nos estabelecimentos para realização das entrevistas, existência de telefone fixo nas instituições, receptividade dos entrevistados com os pesquisadores, presença do ACS durante as entrevistas dos doentes acompanhados pelas ESF, o qual facilitou o trabalho do pesquisador.

Quanto às **dificuldades**, destacam-se: não disponibilização dos endereços dos doentes pela Secretaria de Saúde, limitações do acesso a alguns estabelecimentos de saúde e domicílios dos doentes; não comparecimento por parte de alguns doentes no dia marcado para entrevista; doentes alcoolizados no dia que havia agendado a entrevista; áreas descobertas pela estratégia SF; endereços errados fornecidos pelos doentes aos profissionais do Ambulatório de Referência, alguns doentes que estavam sendo tratados não tinham número de notificação; demora no tempo de realização da entrevista ao doente devido ao elevado número de questões do instrumento de coleta de dados.

3.6 Análise dos Dados

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

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

Para comparar o acesso ao diagnóstico e tratamento segundo os diferentes informantes, os dados foram submetidos ao teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis (Teste H), que é uma ANOVA não-paramétrica a um critério de classificação. Para os informantes que apresentaram diferenças nos indicadores foi realizado o teste de comparação múltipla, Teste de Dunn (z-prime),- (SIEGEL E CASTELLAN,1988, p.213-215). O nível de significância estatística adotado em todos os testes foi de 5% de probabilidade (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

Foram realizados dois testes de comparação de médias: o primeiro Teste de Kruskal-Wallis (Teste H) que identifica a existência de diferença entre os três grupos; o segundo, teste de comparação múltipla, Teste de Dunn (z-prime), mostra quais são as diferenças entre os três grupos: Doentes, Profissionais e Gestores. Utilizou-se as letras D, P,G, para identificar os grupos, respectivamente. Quando $D = P = G$, significa relação de concordância entre os grupos. Quando $D \neq P$ significa que os informantes doentes e profissionais não concordam. O mesmo segue quando $D \neq G$ e $P \neq G$.

Considerou-se níveis **satisfatórios** de acessibilidade quando o indicador apresentou valor maior ou igual a 4, **regulares** abaixo de 4 e acima ou igual ao valor 3 e **insatisfatórios** se escores abaixo do valor 3.

3.7 Aspectos Éticos

A pesquisa a qual se vincula este projeto foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/SP atendendo às orientações inerentes ao protocolo de pesquisa contido na Resolução 196/96 CNS e aprovada em 21 de março de 2007, conforme o protocolo nº 0762/2007 (Anexo F). O pesquisador garantiu o anonimato e a confidencialidade dos dados disponibilizados pela pesquisa proposta.

Resultados e Discussão

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Retomando o objetivo do estudo “analisar o acesso ao diagnóstico e tratamento de tuberculose nos serviços de atenção básica do município de Campina Grande-PB”, segundo a percepção dos doentes, profissionais de saúde e gestores, optou-se por apresentar os resultados dos elementos pesquisados - acesso ao diagnóstico e ao tratamento - sequencialmente, dado o reconhecimento de que as informações se complementam e ampliam a compreensão dos pesquisadores, doentes, profissionais, gestores e demais atores envolvidos no controle da TB.

Vale salientar que os resultados não foram analisados diferenciando os serviços de saúde pelos quais os doentes entrevistados estavam sendo assistidos. Contudo, é importante destacar que da totalidade de doentes participantes (106), 74 (70%) estavam sendo acompanhados pelo Ambulatório de Referência e 32 (30%) pela estratégia Saúde da Família (SF). Considerando que, os indicadores de acesso investigados não poderão ser comparados entre tais serviços, incorre-se na impossibilidade de reconhecer se os melhores resultados podem estar relacionados e/ou concentrados em apenas uma unidade pesquisada.

Os resultados são apresentados em forma de tabelas, contemplando valores absolutos e relativos a cada indicador de acesso investigado. Os indicadores de acesso ao diagnóstico e tratamento foram determinados segundo o valor médio encontrado pela somatória de todas as respostas segundo informante entrevistado, e dividido pelo total de respondentes do segmento.

A acessibilidade foi classificada segundo os valores obtidos dos indicadores. Considerou-se níveis **satisfatórios** de acessibilidade quando o indicador apresentou valor maior ou igual a 4, **regulares** abaixo de 4 e acima ou igual ao valor 3 e **insatisfatórios** se escores abaixo do valor 3.

A Tabela 1 expressa as respostas dos entrevistados sobre as dificuldades de deslocamento dos doentes até os serviços de saúde na fase inicial da TB; e a Tabela 1.1 a comparação entre os indicadores dos entrevistados. Constatou-se que 51,9% dos doentes entrevistados referiram “nunca” apresentar dificuldades para se deslocar até os serviços e que 36,8% referiram a opção “sempre”. Quanto aos profissionais, 26,5% referiram a opção “nunca” e nenhum respondeu a opção “sempre”. Quanto aos gestores as opções “sempre” e “nunca” não foram indicadas.

TABELA 1 – Acesso ao diagnóstico: distribuição percentual das respostas dos entrevistados sobre a dificuldade de deslocamento dos doentes a(o) UBSF/Ambulatório de Referência no início da TB. Campina Grande-PB, 2007.

DESCRIÇÃO	Doentes		Profissionais		Gestores	
	n	%	n	%	n	%
Sempre	39	36,8	-	-	-	-
Quase sempre	4	3,8	6	17,6	6	40,0
Às vezes	5	4,7	8	23,5	6	40,0
Quase nunca	3	2,8	11	32,3	3	20,0
Nunca	55	51,9	9	26,5	-	-
TOTAL	106	100,0	34	100,0	15	100,0

Fonte: EERP/USP

Quanto aos valores obtidos para o indicador “dificuldade do doente em se deslocar até a UBSF”, evidencia-se concordância entre Doentes (D), e Profissionais (P) que sinalizam acessibilidade regular, discordando dos Gestores (G) cujos valores caracterizam acessibilidade insatisfatória (Tabela 1.1).

TABELA 1.1 -Indicador de “dificuldade de deslocamento do doente até a (o) UBSF/Amb. de Referência no início da TB” segundo os informantes entrevistados.

Doente (n=106) Média ± DP	Profissional (n=34) Média ± DP	Gestor (n=15) Média ± DP	Significância(p) Teste H	Teste Comparação Múltipla
3,29 ± 1,89	3,67 ± 1,07	2,80 ± 0,77	0,2552	D = P P ≠ G D ≠ G

Fonte: EERP/USP

Satisfatória ≥ 4; *Regular*: 4 < *Indicador* ≤ 3; *Insatisfatória* : *Indicador* < 3

É válido ressaltar, que por ocasião da entrevista ao doente, foi perceptível pelo entrevistador, que a dificuldade de deslocamento estava relacionada ao acesso geográfico, uma vez que os domicílios dos doentes eram distantes dos serviços procurados, como também foram identificadas limitações físicas para os mesmos se locomoverem até os serviços.

A esse respeito, Oliveira, Carvalho e Travassos (2004) discorrem que as barreiras representadas pela distância têm impacto diferenciado de acordo com o nível de complexidade da demanda existente nos serviços, tornando, assim, os deslocamentos em busca dos serviços especializados, normalmente mais longos do que aqueles que demandam níveis de atenção mais simples. Para estes autores, a investigação das desigualdades no acesso aos serviços de saúde deve, portanto, considerar o padrão de localização destes serviços, e a variação nas distâncias que os indivíduos com problemas de saúde semelhantes devem percorrer para obter atendimento.

Martins (2006), em pesquisa envolvendo a acessibilidade aos serviços de saúde realizada no município de Uberaba – MG, constatou que a proximidade da residência ou trabalho foi declarada pela maioria dos pesquisados como motivos que influenciaram na procura dos serviços. Em seu estudo destacaram-se as expressões referidas pelos entrevistados: “é mais perto”, “aqui é mais fácil”, “é ponto central”, “o acesso é mais fácil”, “trabalho perto”, “tenho parentes que moram perto”. Assim sendo, Prado, Fuiimori e

Ciancarullo (2007) ressaltam a importância da organização dos serviços adequados à estratégia Saúde da Família, que trabalha com o princípio da territorialização facilitando o acesso do usuário até a unidade de saúde.

Destaca-se que, em Campina Grande, as ações de diagnóstico e tratamento da tuberculose continuam centralizadas no Ambulatório de Referência, sendo este serviço mais procurado pelos doentes para o diagnóstico e tratamento da TB. Este fato constitui uma das fragilidades de acesso ao diagnóstico e tratamento da TB, refletida pela desorganização dos serviços de saúde, que não consideram os critérios de estabelecimento de base territorial. De acordo com Ferreira (2004), esses critérios viabilizariam o processo de programação local, dimensionando o impacto das ações sobre os níveis de saúde e criando vínculos de responsabilidade com a população adscrita.

Segundo Mendes (1993a), Barcellos e Rojas (2004), o território deve ser compreendido como um espaço muito além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde, é o *locus* onde se verifica a interação população-serviços no nível local. Caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, os quais, para sua resolução, devem ser compreendidos e visualizados espacialmente por profissionais e gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa em permanente construção.

No que concerne às dificuldades físicas que os entrevistados apresentam para ir até os serviços, é provável que estejam associadas à fraqueza corporal, muitas vezes relacionada ao emagrecimento causado no início da doença como também a outros sintomas de TB, podendo gerar indisposição, dificultando o deslocamento até os serviços. Em estudo realizado por Vendramini et al (2002) em Ribeirão Preto/SP constataram que o emagrecimento constante foi um dos sinais que mais chamou a atenção dos participantes do estudo, e que este emagrecimento está associado à fraqueza corporal, tais como perda de forças, perda de apetite, cansaço e falta de ânimo.

Destaca-se que alguns fatores contribuem para tornar o organismo frágil dos doentes com sintomas de TB, envolvendo baixa imunidade, a desnutrição, o alcoolismo, a fragilidade social, exposição a situações de risco, aspectos comportamentais associados a tratamentos prolongados, como também o uso de drogas imunossupressoras que constitui um elevado

risco em pessoas já infectadas que passam a estar mais sujeitas ao emagrecimento (BRASIL, 2002a).

A Tabela 2 refere-se à obtenção de consulta médica pelo doente para descoberta do diagnóstico de TB, e a Tabela 2.1, à comparação entre os indicadores dos entrevistados. Constata-se que 50% dos doentes entrevistados referiram sempre obter uma consulta nestes serviços no prazo de 24 horas. Quanto às respostas dos profissionais, essa opção foi mencionada por 20,6%. Ressalte-se que nenhum profissional se referiu à opção “nunca”. No que concerne aos gestores apenas 13,3% mencionaram a opção “sempre”. Sabe-se que, após o início dos primeiros sintomas de TB, quanto mais rápido o doente obtenha atendimento, reduz o tempo para o diagnóstico, bem como o início do tratamento, permitindo o rompimento da cadeia de transmissão do bacilo, como também evitando a redução da autonomia do usuário.

TABELA 2 - Acesso ao diagnóstico: distribuição percentual das respostas dos entrevistados sobre a obtenção de consulta médica pelo doente com sintomas de TB na (o) UBSF/Ambulatório de Referência no prazo de 24hs para descoberta do diagnóstico. Campina Grande-PB, 2007.

DESCRIÇÃO	Doentes		Profissionais		Gestores	
	n	%	n	%	n	%
Nunca	8	7,5	-	-	1	6,7
Quase nunca	5	4,7	8	23,5	4	26,7
Às vezes	13	12,3	4	11,8	3	20,0
Quase sempre	27	25,5	15	44,1	5	33,3
Sempre	53	50,0	7	20,6	2	13,3
TOTAL	106	100,0	34	100,0	15	100,0

De acordo com os valores obtidos para o indicador “obtenção de consulta médica pelo doente no prazo de 24 horas para descoberta do diagnóstico” segundo os informantes entrevistados (Tabela 2.1), evidencia-se que Doentes (D) sinalizam acessibilidade satisfatória (média superior a 4), discordando de Profissionais (P) e Gestores (G) cujos valores caracterizam acessibilidade regular.

TABELA 2.1 - Indicador de “obtenção de consulta médica pelo doente no prazo de 24h para descoberta do diagnóstico”, segundo os informantes entrevistados.

Doente (n=106) Média ± DP	Profissional (n=34) Média ± DP	Gestor (n=15) Média ± DP	Significância(p) Teste H	Teste Comparação Múltipla
---------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------

4,06 ± 1,23	3,61 ± 1,07	3,20 ± 1,21	0,0024	D ≠ P D ≠ G P = G
-------------	-------------	-------------	--------	-------------------------

Fonte: EERP/USP

Satisfatória ≥ 4 ; Regular: $4 < \text{Indicador} \leq 3$; Insatisfatória : $\text{Indicador} < 3$

Embora esse indicador seja sinalizado pelos doentes como satisfatório, deve-se considerar que 70% dos entrevistados eram acompanhados pelo Ambulatório de Referência, sugerindo que predominantemente tal informação relaciona-se à obtenção de consulta médica neste serviço. Tal fato permite inferir que apesar de funcionar no período de segunda à sexta, no turno manhã e atendimento médico é feito apenas 3 vezes na semana, número insuficiente de profissionais, e ser referência para municípios circunvizinhos, a unidade especializada responde satisfatoriamente às necessidade dos doentes. Por outro lado aponta fragilidades no processo de descentralização das ações de controle da TB para o âmbito da atenção básica no município estudado.

Foi observado pelo pesquisador, durante ao período de coleta de dados, que os profissionais do Ambulatório de Referência se sentem “atribulados” com a sobrecarga de trabalho para atender um elevado número de doentes que poderia estar sendo acompanhado pelas ESF. Em contrapartida, é exigida dos profissionais da estratégia Saúde da Família uma variedade de atividades programáticas com excessiva normatização, o que resulta em pouco envolvimento com as ações de controle da TB e transferência de responsabilidade para o Ambulatório de Referência. Segundo Franco (2006), a organização da rede básica de saúde do SUS é excessivamente normatizada e a estratégia SF reflete isso, quando opera sob a lógica das ações programáticas e determina horários específicos para atender certo tipo de clientela, as fichas e senhas, a disponibilidade de certos procedimentos, que emperram aos trabalhadores, que se vêem constrangidos na lógica de produzir o cuidado. Assim sendo, Campos (2000) propõe um sistema de gestão descentralizado e democrático que prevê a delegação de autonomia para as equipes de saúde. Estas equipes teriam responsabilidades na elaboração de diretrizes, metas e programas de trabalho através de um método de gestão colegiada, baseada na idéia de co-gestão, em que todos participam do governo e não somente os dirigentes.

Nessa perspectiva, Merhy e Onocko (1997) descrevem que os novos fazeres e práticas dos profissionais se materializam em “tecnologias de trabalho” para produzir saúde. Para esses autores, a tecnologia é entendida como o conjunto de conhecimentos e ações aplicadas à produção de algo. Os autores denominam “tecnologias duras e leve-duras” quando o

conhecimento pode estar materializado em máquinas e instrumentos, ou, em recursos teóricos e técnicas estruturadas, respectivamente, lugares próprios do trabalho morto. Por outro lado, esse conhecimento pode estar disperso nas experiências e nos modos singulares de cada profissional de saúde operar seu “trabalho vivo em ato”, como na produção de relações, tão fundamentais para o trabalho em saúde, que é, essencialmente, um trabalho intercessor.

Essa função criativa e criadora, que pode caracterizar os serviços de saúde, a partir das relações singulares, é operada por tecnologias leves, território onde se inscreve o trabalho vivo em ato. São através das tecnologias leves que os profissionais estabelecem relações entre si e que acontece o trabalho em equipe, abrindo a possibilidade de cada profissional usar o seu potencial criativo e criador na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado. Isto só será possível por conquista ou por política institucional, que cada trabalhador utilize o máximo de sua potência para resolver efetivamente os problemas de saúde dos usuários. Para os autores, o "trabalho vivo em ato" é aquele que ocorre no mesmo momento em que o trabalho se realiza..

Pesquisa realizada por Andrade (2006) sobre o envolvimento dos gestores de 6(seis) municípios prioritários para o controle da TB na Paraíba, constatou que o compromisso político dos gestores para com a implantação e sustentabilidade do DOTS e a transferência das atividades técnicas e gerenciais para a periferia do sistema de saúde, foram os principais aspectos apontados pelos coordenadores de PCT e profissionais de ESF entrevistados. Para a referida autora, a forma de envolvimento dos gestores em viabilizar as ações do PCT, é decisiva na organização da atenção ao controle da TB, responsabilidade esta que se materializa na transferência das ações gerenciais e técnicas.

Monroe et al (2008) ressaltam o papel essencial da coordenação do PCT no incentivo, organização, viabilização, supervisão contínua e monitoramento da situação da TB para a reorganização da atenção à doença no contexto da Atenção Básica à Saúde. Para os autores é necessário a designação de profissionais capacitados para assumirem o gerenciamento e a condução desse processo no nível municipal. Ainda destacam que é fundamental a conscientização, o envolvimento, a integração e a articulação permanente dos responsáveis pelo controle da TB nos diversos níveis do sistema de saúde para a viabilização de políticas, planejamento, avaliação e adequação em conjunto das estratégias e tecnologias adotadas principalmente no nível municipal, que é onde ocorre, de fato, a implementação das políticas.

Um dos princípios do SUS é a resolutividade do atendimento, que está associada à forma como estão estruturados os serviços de saúde do município para atender às

necessidades da população que busca esses serviços. Segundo Oliveira et al (2008), a resolutividade é definida como a exigência de quando o indivíduo vai à procura do atendimento ou quando surge um problema que represente impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente tenha capacidade de enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de complexidade exigida. Ressalta-se que o controle da TB requer uma ação permanente, sustentada e organizada, com um sistema em que a porta de entrada pode estar situada tanto em um nível de menor complexidade como de maior complexidade, contanto que o doente, quando necessário seja assegurado o direito de fluir para os níveis de maior complexidade (BRASIL, 2002).

Cumprе assinalar que, de acordo com Ramos e Lima (2003), a procura de um serviço de saúde pela população, além de depender do acesso geográfico, depende da forma como os usuários são recebidos pela unidade, e da capacidade desses serviços na resolução dos problemas de saúde. Assim sendo, os referidos autores ainda acrescentam que as experiências dos usuários em relação à recusa de atendimento para “procura do dia” e da baixa resolutividade dos serviços, têm levado a uma inversão do sistema, possibilitando um aumento da procura dos serviços de urgência e emergência com problemas de saúde que poderiam ser resolvidos no âmbito da atenção básica.

Em estudo realizado por Trad et al (2002) com usuários da estratégia Saúde da Família de cinco municípios baianos, constatou-se que a maioria dos depoentes se referiram à necessidade de atendimento em fins de semana e à noite, uma vez que é comum a prática de acordar de madrugada para conseguir atendimento. A literatura mostra que os turnos de funcionamento influem na decisão sobre qual serviço utilizar (FEKETE, 1992; RAMOS, LIMA, 2003; STARFIELD, 2002; TRAVASSOS, MARTINS, 2004). Martins (2006) ao analisar avaliação da acessibilidade dos serviços de atenção primária de Uberaba-MG, atestou que seus entrevistados enfatizaram a necessidade da disponibilidade do serviço funcionando durante as 24 horas do dia.

Segundo Almeida et al (1998), os serviços devem estar disponíveis a qualquer momento, de forma oportuna, e em caráter contínuo, prestando atendimento a uma demanda real que tenha um sistema de referência que garanta um melhor acesso até o nível de assistência que se quer. A isso os autores denominam de acessibilidade funcional. Ressaltam ainda, a importância da acessibilidade cultural, em que é necessário que não haja conflitos entre padrões técnicos e administrativos dos serviços e os hábitos, os padrões culturais e costumes das comunidades em que são prestados.

A Tabela 3 apresenta as respostas dos entrevistados, referente ao indicador “ procura do doente à UBSF mais próxima de casa no início dos sintomas da TB”, e a Tabela 3.1, a comparação entre os indicadores dos entrevistados. Evidencia-se pequena variação percentual entre os informantes quanto à opção “sempre”. Doentes, profissionais e gestores, afirmaram que os doentes “sempre” procuram à UBSF mais próxima de casa, representados por 26,4%, 32,3% e 20,0%, respectivamente. A opção “nunca” não foi assinalada por profissionais e gestores, divergindo expressivamente das respostas dos doentes, em que 51,9% mencionaram.

TABELA 3 – Acesso ao diagnóstico: distribuição percentual das respostas dos entrevistados sobre a procura da UBSF mais próxima de casa pelo doente no início dos sintomas de TB. Campina Grande-PB, 2007.

DESCRIÇÃO	Doentes		Profissionais		Gestores	
	n	%	n	%	n	%
Nunca	55	51,9	-	-	-	-
Quase nunca	10	9,4	3	8,8	1	6,7
Às vezes	10	9,4	5	14,7	5	33,3
Quase sempre	3	2,8	15	44,1	6	40,0
Sempre	28	26,4	11	32,3	3	20,0
TOTAL	106	100,0	34	100,0	15	100,0

Fonte: EERP/USP

A Tabela 3.1 mostra discordância entre os três informantes quanto ao indicador “procura pela UBSF mais próxima para tratamento de TB”. Para os Doentes (D), tal indicador alcançou níveis insatisfatórios de acessibilidade, enquanto que para os Gestores (G) acessibilidade regular e para os Profissionais (P) acessibilidade satisfatória.

TABELA 3.1 - Indicador de “procura da UBSF mais próxima de casa pelo doente no início dos sintomas da TB”, segundo os informantes entrevistados.

Doente (n=106) Média ± DP	Profissional (n=34) Média ± DP	Gestor (n=15) Média ± DP	Significância(p) Teste H	Teste Comparação Múltipla
2,42 ± 1,71	4,00 ± 0,92	3,73 ± 0,88	< 0,0001	D ≠ P D ≠ G P ≠ G

Fonte: EERP/USP

Satisfatória ≥ 4 ; Regular: $4 < \text{Indicador} \leq 3$; Insatisfatória : $\text{Indicador} < 3$

Os indicadores sinalizam que parte dos doentes não adota a UBSF como porta de entrada do sistema, reiterando os dados comentados na Tabela 2. Durante a presença do pesquisador nos estabelecimentos de saúde no período pesquisado, foi perceptível um elevado número de doentes que procuravam constantemente o Ambulatório de Referência, sem ter passado por um primeiro contato nas UBSF. A procura espontânea por serviços especializados pode ser indicativo de insuficiente organização da rede de serviços. A conformação da Unidade de Saúde da Família (USF) como porta de entrada do sistema deve integrar cuidados básicos e especializados tendo como pressuposto comunicação sistemática entre os serviços, mediada pelo fluxo de referência e contra-referência. Os resultados do estudo mostram atuação paralela dos serviços, onde a atenção básica não funciona como “filtro” obrigatório para atenção especializada, sendo esta acessada diretamente pelo usuário.

Por outro lado, parece que tal fato não é reconhecido pelos profissionais de saúde, pois assinalaram como um indicador de acessibilidade satisfatória. Sugere-se existência de desconhecimento por parte desses atores quanto à ocorrência do agravo em sua área de atuação. Embora o município conte com 77% da população coberta pela estratégia Saúde da Família, questiona-se o modo como as ESF incorporaram os princípios da territorialização, e as formas como se estabelecem as relações horizontais com outros serviços.

De acordo com Pereira e Barcellos (2006), a territorialização é um dos pressupostos básicos de trabalho da estratégia SF. Para tais autores, essa tarefa contempla três sentidos diferentes e complementares: o de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; o de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nestas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com os centros de referência.

Franco (2006) ressalta que, nos serviços de saúde, há uma multiplicidade de redes operando em conexões entre si, em diversas direções e sentidos, construindo linhas de produção do cuidado. Para esses autores as redes constituem a micropolítica do processo de trabalho e se estruturam a partir de um determinado território, onde há um dinâmico fluxo permanente de trabalhadores entre si, e destes com os usuários, e estes fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos e subjetivos. Acrescentam ainda que esses trabalhadores pertencem uns aos outros enquanto equipe que opera mesmo na informalidade; pertencem também a uma rede maior que faz fluxos conectivos com outras equipes e unidades

de saúde e tem suas conexões expandidas para o território da área da unidade ou equipe e o domicílio do usuário.

O Ministério da Saúde, ao preconizar a descentralização dos serviços de atenção básica, estabelece que as ações de diagnóstico e tratamento da TB sejam desenvolvidas na unidade de saúde mais próxima aos domicílios dos doentes, ficando os centros de referência para os casos que não sejam resolvidos em nível de atenção básica. Pacheco e Takahashi (2004) ressaltam que a realização do diagnóstico por outros serviços de saúde que não sejam numa Unidade Básica de Saúde tem associação com a demora na busca por esses serviços, aumentando a possibilidade de disseminação do bacilo na comunidade.

Convém lembrar que, em 1994, o município de Campina Grande foi dividido em 6 distritos sanitários (FERNANDES; MAIA, 2004). Segundo Guedes, Péret e Lira (1996), a estratégia SF e os distritos sanitários foram implantados no município que já detinha a gestão dos Centros de Saúde pertencentes ao Sistema Estadual, desde janeiro de 1990. Vale ressaltar que, em cada distrito sanitário, está localizado um centro de saúde, no entanto, em apenas 1(um) desses centros (Centro de Saúde Catolé), funciona o Ambulatório de Referência para TB, sendo o mesmo localizado em área não central da cidade.

Segundo Mendes (1993b), a distritalização é uma das estratégias conhecidas de descentralização dos serviços de saúde, que tem como premissa básica a mudança no modelo de assistência à saúde gerada pelas transformações nas práticas sanitárias aplicadas nos espaços dos distritos sanitários. Fernandes e Maia (2004) enfatizam sobre a experiência de implantação dos distritos sanitários de Campina Grande. Tais autores observaram que a mesma parece muito mais orientada por uma demarcação de um espaço físico territorial do que pela forma de organização dos serviços de saúde e de transformação das práticas sanitárias. Aliado a isso, Santos (2002) acrescenta que, em Campina Grande, a assessoria ou supervisão do nível central para a sede do distrito e da sede distrital para o nível local não existe de forma planejada. O elo existente é mais decorrente da contabilidade de dados operacionais do que de assessoria, monitoramento e avaliação para a melhoria da eficiência e eficácia e para uma melhor qualidade e humanização dos serviços, contradizendo, por um lado, os princípios da administração e gerência e inviabilizando a organização do serviço.

Apesar de o presente trabalho não estar direcionado para analisar a dimensão elenco de serviços é importante mencionar que o procedimento de coleta de escarro, exame prioritário para o diagnóstico da TB, é realizado apenas no Ambulatório de Referência, pela existência de laboratório neste serviço. Quando solicitado o exame pelas ESF, o caso suspeito e/ou

doente tem que se deslocar até Ambulatório de Referência para que seja feita a coleta. Este fator constitui um ponto negativo para o acesso ao diagnóstico de TB, pois a baciloscopia do escarro é o método prioritário para o diagnóstico da doença, uma vez que permite descobrir o doente bacilífero.

Cabe à gestão, a responsabilidade de organização dos serviços de TB no município, investindo na capacidade da estratégia SF, dá resposta à oferta dos serviços demandados. Acrescente-se, ainda, a necessidade de expansão dos serviços de TB para os demais centros de saúde, de forma que haja uma sinergia entre estratégia SF e serviços de referência, construindo, assim, quem sabe, um modelo mais equânime e adequado à realidade de cada distrito sanitário e que venha a ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento da TB.

A Tabela 4 apresenta as respostas dos entrevistados referentes à “obtenção de consulta médica pelos serviços no prazo de 24 horas, caso o doente sinta-se mal devido à medicação”, e a Tabela 4.1, a comparação dos indicadores entre os entrevistados.

Constatou-se que 55,7% dos doentes afirmaram “sempre” conseguir uma consulta médica durante este período. Quanto aos profissionais essa opção foi mencionada por 58,8%; em contrapartida, apenas 13,3% dos gestores mencionaram que sempre os doentes conseguem uma consulta médica no prazo de 24 horas. Vale ressaltar que nenhum dos profissionais e gestores entrevistados se referiu à opção “nunca”. Sabe-se que, no início do tratamento, é muito comum o aparecimento de reações adversas aos medicamentos, portanto, requerendo cuidados e atenção especial da equipe de saúde, para que não comprometa a adesão ao tratamento, evitando assim, o abandono do mesmo.

TABELA 4 – Acesso ao tratamento: distribuição percentual das respostas dos entrevistados referente à obtenção de consulta médica no prazo de 24h em caso de o doente sentir-se mal por causa da medicação ou da TB. Campina Grande-PB, 2007.

DESCRIÇÃO	Doentes		Profissionais		Gestores	
	n	%	n	%	n	%
Nunca	10	9,4	-	-	-	-
Quase nunca	4	3,8	-	-	1	6,7
Às vezes	20	18,9	3	8,8	5	33,3
Quase sempre	13	12,3	11	32,3	7	46,7
Sempre	59	55,7	20	58,8	2	13,3
TOTAL	106	100,0	34	100,0	15	100,0

Fonte: EERP/USP

Quanto aos valores obtidos para o indicador “obtenção de consulta médica em caso do doente sentir-se mal” (Tabela 4.1), evidencia-se concordância entre Doentes (D) e Profissionais (P), sinalizando acessibilidade satisfatória; discordando de Gestores (G) cujos valores caracterizam acessibilidade regular.

TABELA 4.1 - Indicador de “obtenção de consulta médica pelo doente caso se sintam mal devido à medicação ou à TB”, segundo os informantes entrevistados.

Doente (n=106) Média ± DP	Profissional (n=34) Média ± DP	Gestor (n=15) Média ± DP	Significância(p) Teste H	Teste Comparação Múltipla
4,00 ± 1,33	4,50 ± 0,66	3,67 ± 0,82	0,0198	D = P D ≠ G P ≠ G

Fonte: EERP/USP

Satisfatória ≥ 4 ; Regular: $4 < \text{Indicador} \leq 3$; Insatisfatória : $\text{Indicador} < 3$

Estudos realizados por Maciel et al (2005), em um Hospital Universitário do Espírito Santo – ES, citam que, entre as principais dificuldades relatadas pelos doentes de tuberculose durante o tratamento, está o mal-estar à ingestão de medicamentos; pois 76% dos doentes que abandonaram o tratamento foi devido aos efeitos colaterais causados por esses medicamentos.

Na Paraíba, um outro estudo sobre acesso, realizado por Marcolino (2007) com profissionais da estratégia SF do município de Bayeux-PB, constatou que 92,7% dos doentes de TB conseguem uma consulta médica no prazo de 24 horas. Observa-se que, dada à heterogeneidade da organização dos serviços de saúde, encontra-se realidades distintas. Em pesquisa realizada por Almeida e Macinko (2006) no município de Petrópolis/RJ, foi analisado o acesso em Unidades Básicas de Saúde da Família e em Unidades Básicas de Saúde tradicionais. Esses autores encontraram que a maioria dos doentes informou uma maior facilidade de obter uma consulta médica no prazo de 24 horas nas UBSF do que nas UBS tradicionais. Ainda constataram que usuários da UBS informam ter melhor acesso durante os finais de semana e no final da tarde. Almeida e Macinko (op.cit) ressaltam que isso pode ser devido ao fato de as unidades tradicionais incluírem alguns centros de saúde que ficam abertos durante os finais de semana e funcionarem até mais tarde. Tomando por base a pesquisa desses autores, ressalta-se que a realidade sobre a acessibilidade no presente estudo diverge da encontrada em Petrópolis. A maioria do atendimento em Campina Grande é

centralizado no Ambulatório de Referência. Este setor não disponibiliza atendimento nos fins de semana, e nem as UBSF. Ressalta-se que há várias hipóteses de procura de serviços caso o doente se sinta mal por conta dos efeitos do medicamento ou da TB: ou procura os serviços públicos hospitalares e pronto-socorro, ou os serviços privados.

Segundo Cebrian e Alvarez (1969), analisando a realidade no Peru, registraram dificuldades ocasionadas pelo funcionamento diurno dos ambulatórios. Os autores alertam para a necessidade dos serviços de saúde adotarem medidas que facilitem o acesso dos doentes e favoreçam o atendimento com qualidade, contribuindo, assim, para a adesão do doente ao tratamento.

Esses resultados apontam para a necessidade de uma investigação efetiva sobre a forma como estão organizados os serviços de saúde, considerando a sua capacidade estrutural, as formas de articulação da atenção básica com os serviços de referência, a organização do processo de trabalho, a qualificação dos profissionais, o elenco de serviços, dentre outros fatores. Assim, será possível identificar os principais problemas, para que através desses tornar viáveis as soluções. Além do mais é necessário refletir sobre a criação de horários alternativos para o atendimento dos doentes, seja na UBSF e/ou Ambulatório de Referência para que venha ampliar a cobertura do atendimento e atender as necessidades de saúde dos doentes. Por outro lado, faz-se necessário que os serviços de saúde considerem as demandas da população, entendendo o território como base de planejamento estratégico.

A Tabela 5 expressa as opiniões dos entrevistados concernentes à necessidade de “uso de transporte motorizado para o doente ir às consultas da (o) UBSF/Ambulatório de Referência durante o tratamento da TB”, e a Tabela 5.1, a comparação entre indicadores dos entrevistados. Constatou-se que 64,2% dos doentes entrevistados referiram “sempre” utilizar transporte motorizado para se deslocar ao serviço de saúde, e apenas 29,2% mencionaram “nunca” utilizá-lo; em contrapartida, apenas 2,9% dos profissionais referiram “sempre” e 64,7% “nunca”. Ressalta-se que nenhum gestor afirmou a opção “sempre”, e 6,7% se referiram à “nunca”. Estes dados evidenciam que a dificuldade de transporte constitui grande fragilidade no acesso dos doentes de TB aos serviços tanto para o diagnóstico como para o tratamento da TB.

TABELA 5 – Acesso ao tratamento: distribuição percentual das respostas dos entrevistados referentes à necessidade do doente utilizar transporte motorizado, para ir a (o) UBSF/Amb.de Referência consultar sobre o problema de TB. Campina Grande-PB, 2007.

DESCRIÇÃO	Doentes		Profissionais		Gestores	
	n	%	n	%	n	%
Sempre	68	64,2	1	2,9	-	-
Quase sempre	1	0,9	2	5,9	6	40,0
Às vezes	2	1,9	5	14,7	7	46,6
Quase nunca	4	3,8	4	11,8	1	6,7
Nunca	31	29,2	22	64,7	1	6,7
TOTAL	106	100,0	34	100,0	15	100,0

Quanto aos resultados obtidos para o indicador “necessidade de uso de transporte motorizado para deslocamento do doente” (Tabela 5.1), observa-se concordância entre Doentes (D) e Gestores (G) cujo indicador alcançou valores de acessibilidade insatisfatória, divergindo consideravelmente dos Profissionais (P) que assinalaram acessibilidade satisfatória (média superior a 4).

TABELA 5.1 - Indicador de “necessidade de uso de transporte motorizado para o doente ir às consultas da (o) UBSF/Amb.de Referência”, segundo os informantes entrevistados.

Doente (n=106) Média ± DP	Profissional (n=34) Média ± DP	Gestor (n=15) Média ± DP	Significância(p) Teste H	Teste Comparação Múltipla
2,33 ± 1,84	4,29 ± 1,12	2,80 ± 0,86	< 0,0001	D ≠ P D = G P ≠ G

Fonte: EERP/USP

Satisfatória ≥ 4; *Regular*: 4 < Indicador ≤ 3; *Insatisfatória* : Indicador < 3

A localização em que estão situados os serviços de saúde vai determinar que tipos de recursos serão necessários para que a população receba atendimento. Caso estes recursos não estejam disponíveis, ou mesmo ao alcance dos doentes, o acesso aos serviços pode ser prejudicado, comprometendo o estado de saúde do doente.

Em estudo realizado por Prado, Fuiimori e Cianciarullo (2007) em duas unidades de saúde do município de São Paulo/SP, sendo uma com ESF, e outra sem ESF constataram que a maioria das famílias que buscavam atendimento nas unidades com ESF ia a pé, porém, uma parcela maior de famílias não assistidas por ESF precisava usar ônibus para se deslocar até à unidade.

Uma dos requisitos do Programa de Controle da Tuberculose é que o diagnóstico e tratamento da TB sejam feitos o mais próximo possível do domicílio do doente. No município estudado (Campina Grande), parece que os profissionais de saúde desconhecem a realidade da clientela assistida, ou mesmo, ignoram a existência de casos de TB residentes em sua área adscrita e que estão sendo acompanhados pelo Ambulatório de Referência. Por conseguinte, também desconhecem a necessidade dos doentes em despendere recursos para transporte, conforme demonstrado na Tabela 6.

Constatou-se que 50,0% dos doentes entrevistados afirmaram “sempre” gastar dinheiro com transporte; e 33,0% assinalaram a opção “nunca”. Converte, no entanto, na opinião dos profissionais em que 67,6% referiram que os doentes “nunca” precisam despendere recursos para deslocamento aos serviços de saúde. Para esta questão, na opinião dos gestores, predominou as resposta “quase sempre” (40%) e “às vezes” (46,7%).

TABELA 6 – Acesso ao tratamento: distribuição percentual das respostas dos entrevistados referentes ao gasto de dinheiro com transporte pelo doente quando este vai a(o) UBSF/Amb. de Referência para consultar o problema de TB. Campina Grande-PB, 2007.

DESCRIÇÃO	Doentes		Profissionais		Gestores	
	n	%	n	%	n	%
Sempre	53	50,0	1	2,9	-	-
Quase sempre	6	5,7	1	2,9	6	40,0
Às vezes	10	9,4	6	17,6	7	46,7
Quase nunca	2	1,9	3	8,8	1	6,7
Nunca	35	33,0	23	67,6	1	6,7
TOTAL	106	100,0	34	100,0	15	100,0

De acordo com os valores obtidos para o indicador “gasto com transporte deslocamento”, segundo os informantes entrevistados (Tabela 6.1), evidencia-se concordância entre Doentes (D) e Gestores (G), cujos valores demonstraram acessibilidade insatisfatória, divergindo consideravelmente dos Profissionais (P) que assinalaram acessibilidade satisfatória (média superior a 4).

TABELA 6.1 - Indicador de “gasto de dinheiro com transporte pelo doente para ir a (o) UBSF/Amb. Referência”, segundo os informantes entrevistados.

Doente (n=106) Média ± DP	Profissional (n=34) Média ± DP	Gestor (n=15) Média ± DP	Significância(p) Teste H	Teste Comparação Múltipla
---------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------

2,62 ± 1,81	4,35 ± 1,07	2,80 ± 0,86	< 0,0001	D ≠ P D = G P ≠ G
-------------	-------------	-------------	----------	-------------------------

Fonte: EERP/USP

Satisfatória ≥ 4; *Regular*: 4 < *Indicador* ≤ 3; *Insatisfatória* : *Indicador* < 3

O município de Campina Grande não disponibiliza aos doentes de TB recursos para auxiliar o deslocamento até os serviços, exceto os doentes que realizam tratamento supervisionado no Ambulatório de Referência. Neste caso, são disponibilizados 2 (dois) vale transportes: sendo um para o doente ir até o serviço e outro para retornar para casa. Caso o doente necessite realizar exame ou outro tipo de atendimento que não seja oferecido pelo Ambulatório de Referência, nem pelas UBSF, o mesmo tem que dispor de recursos próprios para deslocamento.

Nesta direção, Silva et al (2007) discorrem sobre o processo de descentralização do diagnóstico/tratamento, da busca ativa de sintomáticos respiratórios, do tratamento supervisionado e sobre a exigência de que atividades como a realização de exames também sejam descentralizadas. Esses autores alertam que é necessária melhor organização do serviço para que as atividades sejam efetivas e respondam à realidade local. Segundo Silva et al (op. cit.) a existência e disponibilidade de prestação de serviços não implicam uma garantia de acessibilidade para o doente, pois o acesso depende também dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso, como também da resposta às necessidades de saúde de uma determinada população.

Starfield (2002) acrescenta que os custos envolvidos com o deslocamento dos doentes, a localização dos serviços e a distância, considerando os meios de transporte destes e o tempo, estão relacionados ao componente do acesso denominado “acessibilidade geográfica”. A autora menciona ainda que qualquer barreira ao acesso terá impacto significativo sobre as populações economicamente menos favorecidas, aumentando os riscos em sua saúde.

De acordo com os estudos de Marcolino (2007) com profissionais da estratégia SF de Bayeux/PB, município prioritário, foi constatado que 76,8% dos seus pesquisados afirmaram que não existe nenhum tipo de auxílio-deslocamento para o doente realizar consultas na Unidade Básica de Saúde da Família, mostrando ser similar a esse estudo.

Diante destas constatações, Starfield (2002), baseada no conceito de acessibilidade financeira, defende que todos os serviços de saúde deveriam favorecer um acesso adequado

aos doentes, de modo que os pagamentos ou a contribuição para utilizar os serviços não constituem obstáculos. A autora denomina isso de acessibilidade financeira.

Em estudo realizado por Mendes e Fensterseifer (2004) com doentes de TB em um Centro de Saúde de Porto Alegre/RS, constataram que o custo de passagem para realização do tratamento e a falta de ajuda de custo foram os fatores associados ao maior abandono do tratamento. Já Gonçalves et al (1999) ressaltam que a falta de dinheiro para chegar até os serviços de saúde constitui um dos principais fatores relacionados ao não seguimento do tratamento pelo doente.

Vendramini et al (2002) identificaram em Ribeirão Preto/SP, que uma das fortalezas do tratamento supervisionado dos doentes de TB é a disponibilidade de outras formas de incentivo, caracterizada pelos benefícios de vale transporte, cesta básica e leite semanal.

Bergel e Gouveia (2005) afirmam que existe uma escassez de recursos financeiros e humanos e uma dificuldade operacional em se empregar a estratégia DOTS para a maioria dos pacientes que fazem tratamento da TB no Brasil. Sendo assim, urge a necessidade de maior organização e investimento na qualidade do serviço para facilitar o acesso ao diagnóstico e tratamento da TB. Sabe-se que a implantação da estratégia do tratamento supervisionado requer o compromisso governamental de continuidade das ações de controle da TB, que se traduz em investimentos para contratação de transporte de pessoas, insumos de laboratórios, incentivos para os doentes e outras necessidades. Assim sendo, os gestores devem estar atentos aos recursos disponíveis para o controle da TB no Pacto de Atenção Básica (PAB) e Programação Pactuada Integrada (PPI) e as respectivas metas pactuadas.

De acordo com a política de controle da TB, em agosto de 2002, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1474, reformulando o pagamento de procedimentos relativos ao controle da tuberculose e que passa a constituir-se em mais uma fonte de recursos do SUS para financiar as ações de controle da TB.

Segundo Assis, Villa e Nascimento (2002), os usuários delimitam o acesso à sua condição socioeconômica, pois consideram que a oferta de serviços públicos fica na dependência da capacidade de intervenção do Estado na organização da rede de atendimento. Os autores defendem que é preciso ainda considerar a localização geográfica dos serviços, a disponibilidade dos serviços e a articulação entre os serviços que compõem a rede, de acordo com as demandas e necessidades da população.

Nesse sentido, é importante a incorporação das matrizes básicas inerentes à construção de um novo modelo de atenção, que, de acordo com Mendes (2002), deve ser organizado através de uma rede horizontal integrada de pontos de atenção à saúde, organizada pela atenção primária à saúde, que presta uma assistência contínua a uma população definida e se responsabiliza pelos resultados econômicos e financeiros relativos a essa população. Assim sendo, para assegurar a continuidade da atenção, estes pontos de atenção à saúde devem estabelecer conexões entre si. Devem ser usados mecanismos que assegurem a referência e contra-referência entre os diferentes pontos de atenção.

Outros estudos apontam que não foi detectada diferença em relação à distância do domicílio do doente e o serviço de saúde como aspecto exclusivo para impedir o tratamento, verificando-se que alguns indivíduos se sentem mais confortáveis em se tratar longe do domicílio, devido ao estigma da doença (PAIXÃO, GONTIJO, 2007; CALDAS, QUEIROZ, 2000).

Todavia, a inexistência de auxílio-transporte não inviabilizaria realização do acompanhamento dos casos de TB em tratamento, caso as ESF tivessem conhecimento dos casos e adotassem como prática a visita domiciliar. A Tabela 7 refere-se à realização de visita domiciliar do profissional da (o) UBSF/Ambulatório de Referência que acompanha os doentes de TB; e a Tabela 7.1, a comparação entre os indicadores dos entrevistados.

Evidencia-se que 77,4% dos doentes afirmaram “nunca” receber visita do profissional da (o) UBSF/Ambulatório de Referência que acompanha o tratamento da TB. Essa opção não foi mencionada pelos profissionais e gestores. Quanto às respostas dos profissionais, 70,6% representam o somatório dos que escolheram as opções “sempre” e “quase sempre”. Tais opções nas respostas dos gestores somaram-se 86,6%. Esses dados indicam que a visita domiciliar constitui uma das fragilidades de acessibilidade do doente ao tratamento da TB. Sugere-se uma maior investigação, uma vez que as respostas dos profissionais e gestores divergem das respostas assinaladas pelos doentes.

TABELA 7 - Acesso ao tratamento: distribuição percentual das respostas dos entrevistados quanto à realização de visita domiciliar do profissional do(a) UBF/Amb.Referência que acompanha o tratamento do doente de TB. Campina Grande-PB, 2007.

DESCRIÇÃO	Doentes		Profissionais		Gestores	
	n	%	n	%	n	%
Nunca	82	77,4	-	-	-	-
Quase nunca	5	4,7	1	2,9	1	6,7
Às vezes	7	6,6	9	26,5	1	6,7
Quase sempre	4	3,8	12	35,3	11	73,3
Sempre	8	7,5	12	35,3	2	13,3
TOTAL	106	100,0	34	100,0	15	100,0

Fonte: EERP/USP

De acordo com os valores obtidos para o indicador “visita domiciliar de acompanhamento ao tratamento” (Tabela 7.1), evidencia-se discordância entre os três informantes investigados. Para os Doentes (D), tal indicador alcançou níveis insatisfatórios de acessibilidade, enquanto que, para os Gestores (G) a acessibilidade regular e, para os Profissionais (P), acessibilidade satisfatória.

TABELA 7.1 - Indicador de “visita domiciliar de acompanhamento ao tratamento”, segundo os informantes entrevistados.

Doente (n=106) Média ± DP	Profissional (n=34) Média ± DP	Gestor (n=15) Média ± DP	Significância(p) Teste H	Teste Comparação Múltipla
1,59 ± 1,23	4,03 ± 0,87	3,93 ± 0,70	< 0,0001	D ≠ P D ≠ G P ≠ G

Fonte: EERP/USP

Satisfatória ≥ 4 ; Regular: $4 < \text{Indicador} \leq 3$; Insatisfatória : $\text{Indicador} < 3$

Destaca-se que tal disparidade pode estar relacionada à procedência dos doentes entrevistados, uma vez que a maior parcela é acompanhada no Ambulatório de Referência. No município investigado, os doentes que são acompanhados nessa referida instituição recebem a visita domiciliar ocasionalmente, a qual é feita pela assistente social. Portanto, se não houver uma articulação e fluxo da informação entre os serviços, e mesmo a contra-referência do caso para a UBSF, possivelmente as ESF não serão informadas da existência dos casos. Por outro lado o elevado percentual mencionado pelos profissionais quanto à realização de visitas, pode estar direcionado aos casos que são tratados nas UBSF. Contudo, é sabido que para os doentes acompanhados pelas UBSF, as visitas constituíam atividades praticamente inerentes ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), sendo mais direcionadas às ações do tratamento supervisionado e da busca ativa de sintomáticos respiratórios.

Destarte, independente de ser ou não doente de TB, o mesmo já tem a visita como de rotina na comunidade. Estudo realizado por Muniz et al (2005), com ACS de Ribeirão Preto/SP informa que a busca ativa de casos no município ocorre de forma pontual, ou em demandas específicas, tais como, asilos, sanatórios, presídios ou cadeias. Também foram identificadas dificuldades na incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios na prática dos ACS, com trabalho focalizado nas condições agudas, e direcionado para a consulta médica curativa. Outras dificuldades foram notadas em relação ao modo de agir dos profissionais de saúde, pois se admite que haja falta de empenho, falta de envolvimento e falta de diálogo com o doente.

Segundo Schraiber (1999), quando a equipe é multiprofissional e os agentes apresentam autoridades desiguais, a tensão surge do embate entre a complementaridade e interdependência e busca da ampliação da autonomia técnica dos profissionais. Segundo Brasil (1999b) a importância do trabalho em equipe multiprofissional, tem como objetivo central a prestação de uma assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, requerendo processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social.

As atividades de controle da TB desenvolvidas pelos profissionais na atenção básica e estratégia Saúde da Família concernentes à visita domiciliar são descritas como: ao médico, cabe realizar a visita domiciliar em caso de necessidade, além da notificação dos sintomáticos respiratórios durante a visita na comunidade e no atendimento na unidade básica de saúde; ao enfermeiro cabe realizar visita domiciliar para acompanhar o tratamento, convocar o doente em caso de falta à consulta ou abandono do tratamento, além de realizar supervisão do trabalho do ACS; ao auxiliar de enfermagem cabe supervisionar o uso correto da medicação pelo paciente na visita domiciliar (BRASIL, 2002).

Segundo Vendramini et al (2002) são vários os benefícios concedidos através da visita domiciliária realizada pela equipe executora do tratamento supervisionado, além de garantir a adesão à terapêutica, oferecem a oportunidade de identificar outras necessidades de vida de cada família: sociais, econômicas, relacionamentos familiares, suas necessidades e sofrimentos; construção de elo afetivo, sentimentos e co-responsabilidade, apoio, garantia de outros tratamentos, encaminhamentos. Essas autoras ainda ressaltam que a visita domiciliar proporciona ao profissional conhecer o ambiente no qual o doente está inserido, suas

necessidades e singularidades, possibilitando novas oportunidades de interação com o doente e a família.

De acordo com Trad et al (2002) a visita domiciliar constitui uma nova fórmula de relação médico-paciente, indicando uma conduta de maior qualidade do profissional de saúde. Para Muniz, Villa, Pedersolli (1999) a visita domiciliar além de favorecer a terapêutica do tratamento supervisionado, faz o profissional ampliar sua capacidade de olhar e responder à realidade na qual se inserem. Para os referidos autores, o momento da visita favorece o desencadeamento de orientações quanto às medidas e aos comportamentos de saúde a serem adotados pela população. Neste sentido, pode-se entender que a visita domiciliar promove uma melhor qualidade na assistência aos doentes, através da prevenção de doenças e promoção da saúde.

A Tabela 8 refere-se à disponibilidade de medicamentos para o doente de TB durante o tratamento; e a Tabela 8.1, a comparação entre indicadores dos entrevistados.

TABELA 8 – Acesso ao tratamento: distribuição percentual das respostas dos entrevistados referente à disponibilidade de medicamentos para o doente de TB durante o tratamento. Campina Grande-PB, 2007.

DESCRIÇÃO	Doentes		Profissionais		Gestores	
	n	%	n	%	n	%
Sempre	-	-	-	-	1	6,7
Quase sempre	-	-	1	2,9	-	-
Às vezes	3	2,8	-	-	1	6,7
Quase nunca	6	5,7	2	5,9	-	-
Nunca	97	91,5	31	91,2	13	86,6
TOTAL	106	100,0	34	100,0	15	100,0

Fonte: EERP/USP

Evidencia-se que a maioria dos doentes, profissionais e gestores afirmaram nunca faltar medicamentos para TB durante o tratamento. Essa constatação é representada pelos percentuais 91,5%, 91,2% e 86,6% respectivamente.

Quanto ao respectivo indicador (Tabela 8.1), constata-se a concordância entre Doentes (D), Profissionais (P) e Gestores (G) indicando acessibilidade satisfatória.

TABELA 8.1 - Indicador de “disponibilidade de medicamentos para o doente de TB durante o tratamento”, segundo os informantes entrevistados.

Doente (n=106) Média ± DP	Profissional (n=34) Média ± DP	Gestor (n=15) Média ± DP	Significância(p) Teste H	Teste Comparação Múltipla
4,89 ± 0,40	4,85 ± 0,56	4,60 ± 1,12	0,7670	D = P = G

Fonte: EERP/USP

Satisfatória ≥ 4; *Regular*: 4 < *Indicador* ≤ 3; *Insatisfatória* : *Indicador* < 3

O Ministério da Saúde garante aos doentes de TB os medicamentos de forma gratuita durante todo o período que for necessário, sendo que os medicamentos para tratamento são fornecidos mensalmente por um período de seis meses. Tais medicamentos são: rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol, estreptomina e etionamida. A esse respeito, Santos (2007, p.93) acrescenta:

O acesso aos medicamentos vem sendo garantido com a aquisição e a distribuição nos quantitativos necessários (100 mil pacientes/ano), incluindo casos de tuberculose multirresistente. O processo foi avaliado por uma Comissão da Organização Mundial de Saúde que atestou a evidência de um grande progresso nas ações desenvolvidas. Ao mesmo tempo foi implantado o Sistema de Controle de Qualidade dos Medicamentos de tuberculose no Brasil.

Desta forma, presume-se que o acesso gratuito a medicamentos para TB é um dos fatores para a adesão dos doentes ao tratamento, uma vez que a maioria apresenta condição financeira desfavorável. Acrescenta-se a esse fato, a opinião de Mendes (2002, p. 66) ao ressaltar que “o item que mais agrava o bolso dos pobres é a aquisição de medicamentos, que chega a atingir 50% dos gastos privados das famílias com saúde, com forte pressão dos medicamentos de uso contínuo”.

Em Campina Grande, os doentes de TB que durante o tratamento são acompanhados pelas UBSF, recebem a medicação nessa mesma unidade. A secretaria de saúde do município dispõe do serviço de transporte “motoboy” que recolhe a prescrição dos medicamentos dos doentes nas unidades, levam para ser aviada na farmácia do município e voltam às UBSF para abastecer a farmácia local. Já os doentes que realizam acompanhamento no Ambulatório de Referência, durante as consultas, recebem a medicação nesse Ambulatório, que também é abastecido pelo mesmo processo.

Foi observado pelo pesquisador que durante a realização das entrevistas, o simples fato do doente de TB receber a medicação era motivo de satisfação com o atendimento. Uma

vez que a maioria destes doentes apresenta precárias condições socioeconômicas, a medicação gratuita constituía um fator positivo. Segundo Tanaka e Rosenberg (1990) em duas unidades de pronto atendimento do município de São Paulo/SP, observou-se que o fator mais importante atribuído pelos doentes de TB para resolução do problema que motivou a procura pelo serviço, foi a medicação recebida ou aplicada na própria unidade.

Assim sendo, Vendramini (2001) atribui essa valorização da medicação pelo doente como estando relacionado ao atendimento que o mesmo recebe dos profissionais, o qual é calcado na perspectiva biológica do paradigma flexneriano, em detrimento da compreensão social do processo saúde-doença. Essa realidade foi constatada em estudo realizado por Muniz (1999) que analisou a percepção da equipe executora responsável pelo tratamento supervisionado em um município paulista, e observou que a preocupação da equipe estava mais centrada na garantia da ingestão medicamentosa, como preconiza o Programa de Controle da Tuberculose.

Nesta perspectiva, Andrade (2006) acrescenta que não se deve apenas proporcionar o fornecimento de medicamentos para os doentes, mas também investir em outras ações que possam dar sustentabilidade ao tratamento do doente, como a qualificação dos profissionais que atuam nas equipes de saúde.

A análise dos resultados deste trabalho divergem da realidade de outro município prioritário da Paraíba, que Marcolino (2007) se propôs a analisar as ações de controle da TB desenvolvidas por Equipes Saúde da Família no município de Bayeux – PB. A autora constatou que apenas 64,6% de seus entrevistados mencionaram obter suprimento e oferta adequada de medicamentos para o tratamento da TB.

Segundo Mendes (2002), para superar a deficiência de medicamentos para atenção primária à saúde é necessário um conjunto de medidas como: a informatização do sistema de informação da assistência farmacêutica básica; o acesso dos municípios ao sistema nacional de registros de preços do Ministério da Saúde; a implantação de um sistema descentralizado de medicamentos básicos; a implantação de sistemas eficazes de monitoria e avaliação de assistência farmacêutica básica, a capacitação de farmacêuticos em cursos de especialização de assistência farmacêutica; o incentivo à implantação de farmácias comunitárias nos municípios; e a produção e difusão de normas de uso racional de medicamentos básicos.

A Tabela 9 expressa as respostas dos entrevistados quanto ao “tempo de espera dos doentes para consulta superior a 60 minutos”, e a Tabela 9.1, a comparação entre os

indicadores dos entrevistados. Constatou-se que 22,6% dos doentes mencionaram que a consulta “nunca” demora mais de 1 hora (60 minutos) e que 15,1% responderam a opção “sempre”. Quanto aos profissionais 35,3% afirmaram a opção “nunca” e 5,9% “sempre”. Referente aos gestores, as respostas concentraram-se entre 26,6% que afirmaram “quase sempre”, enquanto que 46,7% “às vezes” e 26,6% “quase nunca”. Ressalta-se que as opções “sempre” e “nunca” não obtiveram respostas dos gestores.

TABELA 9 – Acesso ao tratamento: distribuição percentual das respostas dos entrevistados referente ao tempo de espera superior a 60 minutos para o doente ser atendido quando este vai a (o) UBSF/Amb.Referência para consultar o problema de TB. Campina Grande-PB, 2007.

DESCRIÇÃO	Doentes		Profissionais		Gestores	
	n	%	n	%	n	%
Sempre	16	15,1	2	5,9	-	
Quase sempre	16	15,1	5	14,7	4	26,6
Às vezes	41	38,7	8	23,5	7	46,7
Quase nunca	9	8,5	7	20,6	4	26,6
Nunca	24	22,6	12	35,3	-	-
TOTAL	106	100,0	34	100,0	15	100,0

Fonte: EERP/USP

Os valores obtidos para o respectivo indicador “tempo de espera para consulta” (Tabela 9.1) demonstram acessibilidade regular para os três informantes investigados.

TABELA 9.1 - Indicador de “tempo de espera superior a 60 minutos para o doente ser atendido”, segundo os informantes entrevistados.

Doente (n=106) Média ± DP	Profissional (n=34) Média ± DP	Gestor (n=15) Média ± DP	Significância(p) Teste H	Teste Comparação Múltipla
3,08 ± 1,32	3,65 ± 1,28	3,00 ± 0,76	0,0705	D = P = G

Fonte: EERP/USP

Satisfatória ≥ 4 ; *Regular*: $4 < \text{Indicador} \leq 3$; *Insatisfatória* : *Indicador* < 3

Um maior tempo de espera para a consulta pode dificultar a adesão e continuidade do doente ao tratamento. Visto por este ângulo, Natal et al (1999) e Lima et al (2001) sinalizam que a demora do atendimento está diretamente relacionada à qualidade e organização do serviço. Esses autores, por exemplo, consideram que o tempo prolongado de espera aguardando consulta médica, desestimula o retorno do doente ao serviço e talvez a continuidade do tratamento, principalmente os casos que são assintomáticos, logo no início do tratamento. Já autores como Gouveia e Bergel (2005) ressaltam que uma longa espera também poderia dificultar a estratégia de retornos frequentes, uma vez que o doente teria que aguardar uma consulta com muito mais frequência, podendo ocasionar abandono do tratamento.

Deheinzelin et al (1996) discorrem que um estreitamento da relação médico-paciente, assim como melhor organização do atendimento, leva à redução no tempo de espera para consulta.

Apesar deste trabalho não analisar o processo de organização dos serviços, foi perceptível pelo entrevistador que o Ambulatório de Referência, além de não ter critérios de priorização de atendimentos, não dispõe de uma estrutura física adequada, apresentando-se com salas pequenas, ausência de uma sala de espera para acolhimento dos usuários, promovendo desconforto e estresse. Quanto às UBSF que faziam acompanhamento aos doentes de TB, a demanda programada favorecia a um menor tempo de espera para a consulta.

A Tabela 10 expressa as respostas dos entrevistados referente à “realização do tratamento do doente de TB na UBSF mais próxima de casa”, e a Tabela 10.1, a comparação entre os indicadores dos entrevistados.

Constata-se que 68,9% dos doentes afirmaram “nunca” fazer tratamento na unidade mais próxima ao seu domicílio. Contrariamente, 88,2% dos profissionais mencionaram que o tratamento dos doentes “sempre” é feito próximo de casa e nenhum deles respondeu a opção “nunca”. Quanto aos gestores, as respostas variaram entre 46,7% que responderam “às vezes”, igual percentual, para os que responderam “quase sempre”; ao lado de 6,7% que mencionaram a opção “quase nunca”. Ressalta-se que nenhum gestor mencionou as opções

“sempre” e “nunca”. Estes dados são indicativos da existência de fragilidade no acesso dos doentes ao tratamento da TB.

TABELA 10 – Acesso ao tratamento: distribuição percentual das respostas dos entrevistados sobre a realização de tratamento pelo doente de TB na UBSF mais próxima de casa. Campina Grande-PB, 2007.

DESCRIÇÃO	Doentes		Profissionais		Gestores	
	n	%	n	%	n	%
Nunca	73	68,9	-	-	-	-
Quase nunca	-	-	1	2,9	1	6,7
Às vezes	1	0,9	2	5,9	7	46,7
Quase sempre	10	9,4	1	2,9	7	46,7
Sempre	22	20,8	30	88,2	-	-
TOTAL	106	100,0	34	100,0	15	100,0

Fonte: EERP/USP

De acordo com os valores obtidos para o indicador “realização de tratamento pelo doente de TB na UBSF mais próxima de casa” (Tabela 10.1), evidencia-se discordância entre os três informantes investigados. Para os Doentes (D), tal indicador alcançou níveis insatisfatórios de acessibilidade, enquanto que para os Gestores (G) acessibilidade foi considerada regular e, para os Profissionais (P), satisfatória.

TABELA 10.1 - Indicador de “realização de tratamento pelo doente de TB na UBSF mais próxima de casa.”, segundo os informantes entrevistados.

Doente (n=106) Média ± DP	Profissional (n=34) Média ± DP	Gestor (n=15) Média ± DP	Significância (p) Teste H	Teste Comparação Múltipla
2,13 ± 1,72	4,77 ± 0,70	3,40 ± 0,63	< 0,0001	D ≠ P D ≠ G P ≠ G

Fonte: EERP/USP

Satisfatória ≥ 4 ; Regular: $4 < \text{Indicador} \leq 3$; Insatisfatória : $\text{Indicador} < 3$

Estes dados, também semelhantes aos referidos quando foi perguntado sobre a procura da UBSF mais perto de casa no início dos sintomas de TB, apontam para a ausência de um ponto de primeiro contato facilmente acessível na Atenção Básica à Saúde, o que implica a possibilidade de agravamento do estado de saúde do doente, como também maior tempo de retardo do tratamento. Sabe-se que quanto maior for o acesso aos serviços de atenção básica

de qualidade tanto no campo assistencial como no campo da promoção e proteção à saúde, menor será a utilização de serviços mais complexos pela população.

Terra (2007) aponta que os doentes na cidade de São Paulo não têm confiança na resolubilidade do trabalho nas unidades de saúde, uma vez que é comum percorrerem vários serviços até receber o diagnóstico completo. Outra questão apontada por Terra (op.cit) diz respeito ao fato de que as mudanças de gestão para gestão causam impacto importante na assistência, interrompendo a continuidade das práticas assistenciais. Gomes (2007) ressalta que uma das características identificadas nos depoimentos dos profissionais da estratégia SF do município de Bayeux/PB, sobre o cuidado à pessoa com TB foi a impessoalidade de alguns profissionais. Tal atitude que contradiz as recomendações da APS, com relação à promoção à saúde e às diretrizes da estratégia SF no tocante à necessidade de aproximação com o usuário e seu contexto de vida visando à construção de laços interpessoais de vínculo.

Os constituídos do presente estudo, acrescidos da baixa procura dos serviços de atenção básica, podem inferir a existência de problemas no território dos serviços, relacionados a sua organização, o que suscita a reflexão sobre em que medida estes serviços favorecem o acesso ao doente de TB ao tratamento. Neste sentido, Silva et al (2001, p.148) ressaltam que

É importante destacar que o conceito de território envolve, ainda, a noção de corresponsabilidade da população e da unidade de saúde sobre as ações de promoção da saúde dentro desse território. Assim, a participação das lideranças locais no processo de definição da área de abrangência, e no levantamento dos principais problemas de saúde da área definida, torna-se imprescindível para o sucesso das ações de vigilância à saúde.

Os autores ainda defendem que apropriação do território seja realizada por parte da equipe local e com a participação da população, e esta apropriação deve ser feita de forma contínua e não enquanto fato pontual.

O SUS propõe, em um dos seus princípios, a hierarquização dos serviços, e determina que esta funcione como uma rede integrada, priorizando a Unidade Básica de Saúde da Família como porta de entrada no sistema. Isso, de modo que os doentes só fossem encaminhados ao serviço de referência caso o problema não tivesse resolutividade naquele nível de complexidade (ARAÚJO e LEITÃO, 2005). Assim sendo, Almeida e Macinko (2006) alertam para a necessidade da criação ou o fortalecimento de mecanismos de integração da rede municipal dos serviços de saúde com centrais informatizadas de marcação

de atendimento especializado e de regulação de internações; estabelecer protocolos de atenção para evitar o uso desnecessário de procedimentos mais complexos; e estimular os especialistas a realizarem a contra-referência para as ESF, ampliando a comunicação entre as equipes e serviços de referência.

Apesar deste trabalho não objetivar analisar as repercussões do tratamento na vida do doente, foi observado que muitos entrevistados optavam realizar o tratamento no Ambulatório de Referência, ao invés das UBSF. Este fato pode ser explicado pela necessidade de preservação do seu anonimato devido ao estigma social ainda existente com a TB. Em estudo realizado por Silva et al (2007) com enfermeiros que atuam na estratégia SF do município de João Pessoa/PB, foi constatado que o estigma foi um dos aspectos tidos como negativos para adesão dos doentes ao tratamento supervisionado. A esse respeito, as referidas autoras ressaltam que é necessário a equipe lançar mão de recursos que visem a ampliação da capacidade de enfrentamento da doença e conseqüente redução do estigma social. Para tanto, é indispensável que a equipe seja capacitada para lidar com seus próprios temores e minimizar e/ou superar os aspectos estigmatizantes que ainda permeiam a família e indivíduos acometidos pela doença.

Diante disso, é fundamental que os profissionais de saúde desenvolvam ações de educação em saúde tanto individual como coletiva, considerando as características dos indivíduos, da família e da comunidade. Além disso, é importante incluir em suas atividades a participação em grupos comunitários no processo de transformação cultural e das práticas sanitárias, de modo a contribuir na mudança e reorientação de comportamentos, hábitos e costumes da população, desenvolvendo habilidades pessoais e mudanças nos modos e estilos de vida, uma vez que as ações educativas devem estar de acordo com a realidade local.

O Gráfico 1 apresenta a comparação entre os indicadores de acessibilidade segundo os informantes entrevistados. Em geral os três grupos estudados revelam uma situação de discordância em relação ao conjunto de indicadores abordados.

Os resultados mostram que os profissionais fizeram melhores avaliações que doentes e gestores em todos os indicadores, exceto para os indicadores 8 e 9 em que houve concordância entre os três informantes (“disponibilidade de medicamentos durante o tratamento do doente com TB”- acessibilidade satisfatória-, e “tempo de espera para consulta superior a 60 minutos” acessibilidade regular).

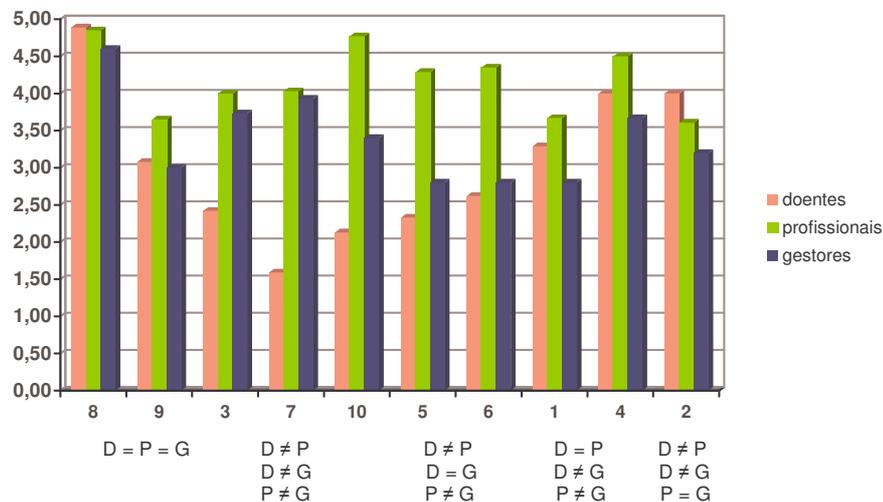


GRÁFICO 1 – Comparação entre os indicadores de acesso dos doentes, profissionais e gestores. Campina Grande-PB, 2007.

DESCRIÇÃO DOS INDICADORES:

Indicador 1: Dificuldade para o doente se deslocar até a (o) UBSF/Amb. Referência.

Indicador 2: Obtenção de consulta médica pelo doente no prazo de 24 h para descoberta da doença..

Indicador 3: Procura da UBSF mais próxima de casa pelo doente no início dos sintomas da TB.

Indicador 4: Obtenção de consulta médica no prazo de 24hs, caso o doente sinta-se mal devido à medicação ou à TB.

Indicador 5: Necessidade de uso de transporte pelo doente para ir às consultas da (o) UBSF/Amb. Referência.

Indicador 6: Gasto de dinheiro com transporte pelo doente para ir a(o) UBSF/Amb. Referência consultar.

Indicador 7: Realização de visita do profissional da UBSF/Amb. Referência que acompanha o tratamento do doente de TB.

Indicador 8: Disponibilidade de medicamentos durante o tratamento do doente de TB.

Indicador 9: Tempo de espera para consulta superior a 60 minutos.

Indicador 10: Realização de tratamento pelo doente de TB na UBSF mais próxima de casa.

Cabe ressaltar que os Doentes (D) classificaram os indicadores 3,7,10,5,6 como insatisfatórios, com valores inferior a 3. Tal constatação, indica esses doentes não procuram a unidade mais próxima de seu domicílio para diagnóstico e tratamento da tuberculose, exigindo gasto para deslocamento à unidade de referência. Esta situação é desconhecida pelos profissionais de saúde uma vez que os Doentes (D) identificam a visita domiciliar como um indicador de acessibilidade insatisfatória.

Observa-se ainda que dos dez (10) indicadores investigados, em apenas três (3) houve concordância entre Profissionais (P) e Gestores (G).

As divergências expressas nas respostas dos entrevistados referentes aos diversos indicadores investigados, sugerem que as ações de diagnóstico e tratamento da TB estão sendo desenvolvidas tomando por base uma lógica de sistema de saúde fragmentado, com ações pontuais, verticalizadas, traduzidas em diferentes relações de poder estabelecidas entre os trabalhadores e diferentes instituições, os quais não utilizam, em seu processo de trabalho, o uso de tecnologias leves baseadas no vínculo e envolvimento dos gestores e profissionais com as necessidades de saúde dos doentes. De um lado os gestores que delegam funções e metas a serem cumpridas pelos profissionais, de outro, os profissionais que se sentem sobrecarregados e despreparados para desenvolver suas atividades, que, até então, tem sido voltadas para o uso de tecnologias duras, leve-duras, através de um trabalho mecanizado, rotineiro e burocrático; sem contar com os doentes, que em sua maioria, além de estarem fragilizados pelas precárias condições socioeconômicas, não são correspondidos pelos serviços quanto às suas necessidades de saúde atendidas.

A esse respeito, Silva, Batistella e Gomes (2007) ressaltam que nem sempre serão coincidentes as visões dos gestores, profissionais de saúde e população. Os gestores geralmente estão preocupados com a relação custos/efetividade das ações, com a baixa capacidade operacional, limitações no financiamento, organização da atenção integral, etc.; os profissionais e trabalhadores que vêem como problemas as limitações de infra-estrutura, dificuldades administrativas e precarização do trabalho; e a população, como sujeitos individuais ou coletivos que buscam o atendimento integral de suas necessidades, que são mais amplas, relacionadas às condições de vida, ou mais específicas, referentes ao acesso às tecnologias, à humanização da atenção e ao desenvolvimento de sua autonomia.

A deficiência e/ou falta de planejamento das ações pelas equipes e pela gestão municipal, a falta de estratégias de ação bem estruturadas, que considerem o contexto sociohistórico da população, o fluxo desordenado da população nos diferentes serviços, dentre outros aspectos, contribuem para que a maioria dos indicadores de diagnóstico e tratamento da TB sejam avaliados pelos doentes como insatisfatórios. Campos (2002) resalta a importância do comprometimento dos trabalhadores com as instituições e com os pacientes, ou seja, o engajamento dos trabalhadores com a missão e os projetos institucionais. Segundo esse autor, os gestores deveriam assumir a responsabilidade de restaurar a ligação dos trabalhadores com o trabalho no serviço de saúde, sendo necessário, ao mesmo tempo, estímulo, liberdade criadora e a delegação ampliada de responsabilidades a esses profissionais, ou seja, garantir mais coeficientes de vínculo entre profissional e paciente.

Martins e Albuquerque (2007) defendem que o enfoque do trabalho deve atender às necessidades de saúde dos usuários bem como às dos trabalhadores da saúde, estimulando-os e tornando-os partícipes de todo o processo. Esses autores ainda destacam a importância do investimento nas tecnologias relacionais, de modo que o trabalhador seja partícipe daquela construção histórica. Aliado a isso, Monroe et al, (2008) discorrem que o envolvimento das Equipes de Saúde da Família pode ser estimulado através de capacitações, supervisões contínuas pela coordenação do PCT e estabelecimento de um fluxo de informações que garanta tanto a qualidade/fidedignidade dos dados como *o feedback* dos resultados produzidos pelos serviços de saúde, valorizando, assim, o trabalho dos profissionais que atuam.

Os dados apresentados apontam para a necessidade de desenvolvimento de uma atenção integral, que implique em mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde para que constituam equipe multiprofissional e entre profissionais de saúde e usuários e desenvolvam efetivamente a autonomia dos usuários. Assim sendo, Campos (2003) considera a co-gestão como um produto de interação entre pessoas que produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder de trabalhadores e usuários das organizações e defende a articulação dos objetivos institucionais – governo – aos saberes e interesses dos profissionais e usuários com a perspectiva de uma ação co-participativa. Fato que implica em investimento na reconstrução da cidadania e da subjetividade de indivíduos com dificuldades de defender a própria vida. Neste sentido, Pinheiro e Luz (2003) ressaltam a importância das instituições de saúde em assumir papel estratégico na absorção dos conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, na medida em que reúnem, num mesmo espaço, diferentes perspectivas, interesses e distintos atores sociais, profissionais de saúde, gestores e usuários.

Acredita-se que a educação permanente seria a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor saúde. Uma ação organizada na direção de uma política da formação pode marcar essas concepções na gestão do sistema de saúde, mas também demarca uma relação com a população, entendida como cidadãos de direitos. Desse modo, é possível fazer que reconheçam tanto a preocupação com a macropolítica de proteção à saúde, como com o desenvolvimento de práticas para a organização do cotidiano de cuidados às pessoas, registrando uma política da valorização do trabalho e do acolhimento oferecido aos usuários das ações e dos serviços de saúde. Isso tendo em vista a construção da acessibilidade e resolutividade da atenção e do sistema de saúde como um todo e o desenvolvimento da

autonomia dos usuários diante do cuidado e da capacidade de gestão social das políticas públicas de saúde (CECCIM, 2005).

Considerações Finais

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se nesse trabalho, avaliar na perspectiva da Atenção Primária à Saúde as condições de acessibilidade dos doentes de tuberculose ao diagnóstico e tratamento em serviços de saúde do município de Campina Grande/PB. Observou-se que o modo como se organiza o sistema de serviços de saúde repercute na acessibilidade às ações de diagnóstico e tratamento da TB, dificultando o atendimento dos doentes no âmbito da atenção básica.

Entre os dez indicadores de acessibilidade avaliados, cinco deles foram classificados pelos doentes como insatisfatórios (Média < 3): a necessidade de UBSF mais próxima de casa; de uso de transporte para deslocamento; o gasto de dinheiro com transporte; a realização de visita do profissional e o tratamento do doente na UBSF mais próxima de casa. Destaca-se que apenas o indicador “disponibilidade de medicamentos para o doente de TB” foi considerado satisfatório (Média \geq 4) por todos os entrevistados (doentes, profissionais e gestores).

Os dados analisados correlacionam-se às fragilidades de acessibilidade geográfica, econômica e organizacional. A acessibilidade geográfica constituiu-se um problema para a maioria dos doentes entrevistados, haja vista a predominância de doentes de TB sendo acompanhados no Ambulatório de Referência, fato que repercute em dificuldade de deslocamento, representada pela distância do domicílio ao serviço. O descumprimento deste requisito básico para consolidação da descentralização repercute diretamente em outra dimensão da acessibilidade, a econômica, visto que o fato dos doentes não receberem acompanhamento das ESF, exigem a utilização de transporte para busca de atendimento no Ambulatório de Referência, ocasionando custo financeiro para deslocamento.

Ressalta-se que os indicadores mencionados não foram identificados pelos profissionais entrevistados como barreiras de acessibilidade, necessitando, sobretudo, de uma investigação mais aprofundada, uma vez que estes indicadores apresentam elevado potencial na avaliação de desempenho dos serviços de saúde.

A estrutura pouco flexível que em geral conforma o modo de operar das Unidades Básicas de Saúde da Família parece impedir que os profissionais reconheçam os indivíduos em sua singularidade, e suas necessidades mais concretas. A maioria dos doentes vive fragilizada pelas precárias condições socioeconômicas, as quais são agravadas pelo fato de que mesmo contando com a presença das ESF no território em que residem, necessitam buscar atendimento em outro serviço, demandando gasto com deslocamento e maior tempo para diagnóstico e tratamento da doença.

Nesse contexto, cabe uma reflexão importante sobre o papel das Unidades Básicas de Saúde da Família no sistema de saúde e sua capacidade resolutiva. A atenção básica acessível nos termos que este estudo vem colocando, e que o próprio modelo de saúde requer, tem o importante papel de evitar demanda excessiva no Ambulatório de Referência, devendo este ser acessado apenas em situações para as quais não há resposta no nível de menor densidade tecnológica. Portanto, os resultados apontam fragilidades de acessibilidade organizacional uma vez que o acesso direto do doente ao serviço especializado evidencia que a Atenção Básica não tem se estabelecido como porta de entrada do sistema.

Entre os indicadores estudados, destaca-se que “a visita domiciliar do profissional” foi o que apresentou menor escore nas respostas dos doentes, os quais classificaram-na como acessibilidade insatisfatória. Os profissionais e gestores não identificaram problema de acessibilidade para esse indicador. Reconhece-se que tal divergência relaciona-se à deficiente comunicação entre os pontos de atenção do sistema de serviços de saúde do município e ao desconhecimento pelas ESF dos casos de TB em suas áreas adscritas. Interroga-se em que circunstância vem sendo realizada a visita domiciliar (prescrita como principal ferramenta de trabalho das ESF) e o modo como as equipes vêm utilizando o território na perspectiva de promover a apropriação dos serviços pelos doentes.

Torna-se evidente que, apesar do município de Campina Grande ter sido um dos pioneiros na implantação da estratégia Saúde da Família, com considerável cobertura pelas ESF, a descentralização das ações de controle da tuberculose é frágil, apresentando lacunas impostas por barreiras que dificultam a acessibilidade, como centralização do atendimento no Ambulatório de Referência; falta de incentivos para deslocamento dos doentes até os serviços e ausência de referência e contra-referência.

A partir das fragilidades apresentadas neste trabalho é possível apontar propostas para superação desses problemas:

- Sugere-se que as atividades sejam embasadas no conhecimento das necessidades dos doentes atendidos nos serviços e daqueles que habitam o território de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da Família, considerando o princípio fundamental da estratégia Saúde da Família: a garantia de acesso aos serviços, mediante à responsabilização da equipe de saúde com a comunidade adscrita, fazendo com que esta estratégia seja porta de entrada do doente no sistema de saúde, na garantia da continuidade dos cuidados, com enfoque na acessibilidade.

- Sugere-se estender os serviços de referência em TB para os demais Centros de Saúde do município, como também da rede de laboratórios, favorecendo a acessibilidade às ações de controle da doença. Sendo assim, os casos de TB não resolvidos pelas ESF seriam encaminhados para estes centros para que de forma articulada com as ESF, garantissem a resolutividade das necessidades de saúde do doente.
- É fundamental que as equipes trabalhem com diferentes tecnologias, como acolhimento, consultas individuais, grupos educativos, atendimento domiciliar, trabalhos comunitários, ações programáticas, ações de vigilância à saúde, dentre outras.
- A articulação entre o gestor municipal, gerentes de distritos, coordenação do PCT, coordenação de vigilância epidemiológica e diretores dos centros de saúde, deve ser utilizada como estratégia de ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento da TB. As questões relacionadas à acessibilidade devem ser tratadas considerando a sua complexidade. A construção do acesso é responsabilidade não só dos gestores e profissionais, mas também da comunidade organizada.
- A abertura de espaços para reflexão sobre a prática cotidiana é fundamental, evitando que os serviços desenvolvam atividades conforme o que cada profissional acredite que seja correto. É importante buscar a efetivação de pólo de educação permanente no município, como também a sensibilização das equipes nas ações de controle da tuberculose.
- A socialização das ações de controle da TB com outros segmentos sociais (Conselho Local, Conselho Municipal, Clube de Mães, Associação de Moradores, Empresas Públicas e Privadas, Universidades, dentre outros) favorece o interesse da sociedade em se prevenir ou controlar a doença.

Vale salientar que a estratégia Saúde da Família revelou-se como “estreita” porta de entrada para garantia da acessibilidade às ações e ao diagnóstico e tratamento da TB, merecendo ser avaliado com olhar mais crítico. Tal criticidade deve ter como ponto de partida as situações que fragilizam os indivíduos demandados de suas ações, e a representação que estes atores têm do contexto no qual estão inseridos, bem como as diferentes lógicas que norteiam as ações dos atores envolvidos na produção do cuidado em saúde, sejam doentes, profissionais de saúde ou gestores.

Os desafios incluem, além do avanço na organização de um sistema integrado de saúde que contemple os princípios da APS, o envolvimento, a integração e a articulação permanente dos gestores no incentivo, na viabilização e no monitoramento da situação da tuberculose para que seja dada, efetivamente, atenção à doença no contexto da Atenção Básica à Saúde, no município de Campina Grande.

6. REFERÊNCIAS

Referências

ALMEIDA, E. S. et al. **Distritos Sanitários: concepção e organização**. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, v.1, 1998.

ALMEIDA FILHO, N. de.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

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

ANDRADE, M. N. de. **O envolvimento dos gestores de saúde na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS nos municípios prioritários para o controle da tuberculose na Paraíba**. 2006.103f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

ALVES, R.; SANT’ANNA C.C.; CUNHA, A.J.L.A. Epidemiologia da tuberculose infantil na cidade do Rio de Janeiro, R.J. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: USP, v. 34, p.409-410, 2000.

ARAÚJO, M.A.L.; LEITÃO, G.C.M. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v.21, n.2, p.396-403, mar.abr.2005.

ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S.; NASCIMENTO, M.A.A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO, v.7, n.2, 2002.

BARCELLOS, C.; ROJAS, L.I. O território e a Vigilância da Saúde. **Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde** - Proformar – Unidade de aprendizagem I, Módulo III. Rio de Janeiro, 2004.

BERGEL, F.S.; GOUVEIA, N. Retornos frequentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: USP v.39, n.6, p.898-905, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Modelos assistenciais no SUS**. Brasília, 1990.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. **Controle da tuberculose:** diretrizes do plano de ação emergencial para municípios prioritários, 1997a.

_____. **Saúde da Família:** uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997b.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose**, Brasília: Ministério da Saúde, 1999a.

_____. Secretaria de Atenção Básica. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília, 1999b.

_____. Comitê técnico-Científico de Assessoramento à Tuberculose. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose:** manual de normas. 5. ed. Brasília, 2000.

_____. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**, Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) SUS 01/2002**. Disponível em: <http://agata.ucg.br/formularios/nepss/arqdoc/noas_sus2002.pdf#search=%20sus%202002%22>. Acesso em : 20 ago.2008.

_____. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. 5^o ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Cadernos de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose:** Ministério da Saúde, 2002b.

_____. 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, 2004.

_____. Portaria n^o 399/GM, 22/02/2006. **Pacto da Saúde 2006**. Brasília, 2006a.

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

BOSI, M. L.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**, Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, p. 87-117, 2006.

CAMPINA GRANDE. Segunda Conferência Municipal de Saúde. **Relatório Final**. Secretaria Municipal de Saúde, 1996, 16p.

CALDAS, A.J.M.; QUEIROZ, L.S. Causas de abandono ao tratamento de tuberculose em São Luis-MA. **Nursing, Revista Técnica de Enfermagem**. Ano 3, n.1, fev.2000.

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

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000, 236p.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In. MERHY e ONOCKO R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro; ABRASCO, v. 8, n. 2, 2003.

CASTELLANOS, J. Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria. **Bol. Of. Sanit. Panam**, v. 82, p. 478-92, 1977.

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.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v.18, supl. , p.191-202, 2002.

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

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

DEHEINZELIN, D. et al. Fatores preditivos de abandono de tratamento por pacientes com tuberculose. **Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade Médica de São Paulo**, v.51, n. 4, p.131-135, 1996.

DONABEDIAN A. **Aspects of medical care administration**, Boston: Harvard University Press, 1973.

_____. The definition of quality: a conceptual exploration. In: DONABIDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, v. 1, p.3-31, 1980.

_____. Enfoques básicos para la evaluación. In: **La calidad de la Atención Médica: Definición e Métodos de Evaluación**. La prensa Médica Mexicana, cap.3, p.97-157, 1984.

_____. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

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

FEKETE, M. C. **Estudo da acessibilidade da avaliação dos serviços de saúde**. Elaborado para o curso sobre Gerência em Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário. Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS/OMS no Brasil, Brasília, 1992.

FERNANDES, A.; MAIA, C. **Dos atores e dos cenários: municipalização da saúde em Campina Grande**. Campina Grande: EDUEPB, 2004, 148p.

FERREIRA, A. S. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 9, n.1, p.69-76, 2004.

FREIRE, D. N.; BONAMETTI, A. M.; MATSUO, T. Diagnóstico precoce e progressão da tuberculose em contatos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília: SVS/MS, v. 16, n. 3, p. 155-163, jul-set, 2007.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (Orgs.), **Gestão em Redes**, Rio de Janeiro, CEPES-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

FUNASA. **Guia de Vigilância Epidemiológica. Fundação Nacional de Saúde**. 5^o ed. Brasília, 2002.

GOMES, A. L. C. **Avaliação do desempenho das Equipes de Saúde da Família no controle da Tuberculose no município de Bayeux – PB: o vínculo e o processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde**. 2007.141p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

GONÇALVES, H. Corpo doente: estudo acerca da percepção corporal da tuberculose. In: DUARTE, L.F.; LEAL, O.F. (Org.) **Doença, sofrimento, pertubação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.105-120, 1998.

GUEDES D.G.M.; PÉRET, T.C.; LIRA, Z. B.G. Caminho percorrido na construção do sistema de saúde em Campina grande-PB. **Ciência, Cultura e Saúde**, João Pessoa: UFPB/HU, v.15, n.1, jan.dez, p. 65-70, 1996.

GUIMARÃES, Erinaldo Antônio Duarte. **A Estratégia Saúde da Família em Campina Grande: origem, implantação e seu papel na atenção básica de saúde**. 192f. 2006. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2006.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G., O acesso e a descentralização na análise de sistemas de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v.24, n.56, p. 57-66, set.dez. 2000.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

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

KOCHI, A. **Tuberculosis control: is DOTS the health breakthrough of the 1990s?** World Health Forum, Geneva, v. 18, p.3-4, 1997.

LIMA, D. S. **Plano de trabalho, em parceria com os gestores dos municípios prioritários de: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos e Cajazeiras a ser cumprido em 2005/2006.** João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde, 2005.

LUCCA, M. E. S. de. **Análise epidemiológica da tuberculose e co-infecção HIV/TB, em Ribeirão Preto – SP.** 2008. 133f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

MACIEL, E. L. N. ; SEIXAS, C. ; MORAES, E. P. de.; FREGONA, G.; DIETZE, R. O conhecimento de pacientes com tuberculose acerca de sua doença: um estudo de caso-controlado. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: UFRJ, v.13, n.3, p. 593-604, 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: FIOCRUZ, v. 27, n. 65, p. 243 – 256, set.dez. 2003.

MACHADO, G. L. B. **Descentralização do Programa de Controle de Tuberculose em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campina Grande-PB.** 2007. 63f. Monografia. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande/PB.

MARCOLINO, A. B. L. de. **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. 2007. 99f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

MARTINS, G. P. **Avaliação dos serviços de atenção primária á saúde no município de Uberaba:** acessibilidade, utilização e longitudinalidade da atenção. 2006.150f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

MARTINS, J. J. de.; ALBUQUERQUE, G. L. de. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá: UEM, v. 6, n.3, p. 351-356, jul.ago. 2007.

MATIDA, A. H.; CAMACHO, L. A. B. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 29, n.1, p. 37-47, jan.fev, 2004.

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

_____. **A construção social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário**, Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, Brasília: OPS, n. 10, p 7-19, 1993a.

_____. **Distrito Sanitário**. O Processo Social de Mudanças das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993b.

_____. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda para a saúde. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte: ESP, n.04, p. 4-26, 2004.

MENDES, A. M. de.; FENSTERSEIFER, L. M. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro: FNS/CENEPI, CNPS, abr. 2004, v. 12, n.1, p. 27-38, abr. 2004.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em Saúde**: um desafio para o público, São Paulo: HUCITEC, 1997.

MONROE, A. A. et al. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo: USP, v. 42, n.2, p. 262-267, jul. 2008.

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

MOULAIN, M. et al. **Orientação para organização de Centros de Saúde**: o planejamento local. Brasília, Centro de Documentação do MS, 1985.

MUNIZ, J. N. **O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção da equipe de saúde**. 1999.155f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MUNIZ, J. N. et al. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 10, n.2, p. 315-321, 2005.

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

NATAL. S.; VALENTE, J.; GERHARDT, G.; PENNA, M. L. Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro: SVS/MS, v.7, n.1, p.65-78, 1999.

OLIVEIRA D. C. de.; SÁ, C. P. de.; GOMES, A. M. T.; RAMOS, R. S.de.; PEREIRA, N. A.; SANTOS, W. C. R. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 24, n.1, p. 197-206, 2008.

OLIVEIRA, E. X. G. de.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Acesso à internação hospitalar dos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 20, supl. 2, p. 298-309, 2004.

OMS/OPAS/MS-BRASIL. **Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde**. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 215p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD;ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, 1989. **Evaluación de Servicios de la Salud Materno-Infantil**. Castaballeda, Venezuela, 24-28 de agosto de 1987. Washington D. C.: OMS/OPS, 1989.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD;ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. **Reunión regional de directores nacionales de programas de control de la tuberculosis**: informe final. Ecuador: Opas, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Alma Ata 1978 – Cuidados Primários de Saúde. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Brasil. OMS/UNICEF, 1979.

ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Situação epidemiológica da tuberculose na região das Américas**, 2004. Disponível em: <<http://www.paho.org>>. Acesso em : 05 jul.2008.

PABON, H. **Evaluación de Servicios de Salud**. 2.ed., Cali: XYZ, 1985.

PACHECO, K. M.; TAKAHASHI, R. F. **Vulnerabilidade de Programática à Tuberculose: Caracterização da Assistência sob a óptica de usuários e de profissionais e uma unidade Básica de Saúde**. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo/ EEUSP. São Paulo, 2004.

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

PAIXÃO, L. M. M. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo horizonte, Minas Gerais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo/SP: USP, v. 41, n.2, p. 205-213, 2007.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2, n.2, p. 47-55, jun.2006.

PINHEIRO, R; LUZ, M.T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO; 2003.

PRADO, S.R.L. de.; FUIIMORI, E.; CIANCIARULLO, T.I. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos. **Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis: UFSC**, v.16, n.3, p.399-407, 2007.

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

_____. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório da Diretoria da Atenção à Saúde 2006**. Campina Grande/PB, 2006, 250p.

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.

REIGOTA, R.M.S. dos.; CARANDINA, L. Implantação do tratamento supervisionado no município de Bauru/SP. Avaliação da tuberculose pulmonar, 1999/2000. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v.10, n.1, jan.jun.2002.

RUFFINO-NETTO, A. Programa de controle da tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, v.10,n.3, p.129-138, 2001.

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

RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T.C.S. **Tuberculose: Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil, históricos e peculiaridades regionais**. 1ª edição. São Paulo(SP): Instituto do Milênio REDE-TB, 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/REDE TB-USP, cap.5, p.141-166, 2006.

_____. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto Contexto Enfermagem**, v.16, n.4, p.712-718, 2007.

SANTOS, J. **Serviços de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Perspectiva de Gerentes, Profissionais e Usuárias de Unidades de Saúde em Campina Grande – PB**. 2002. 121f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2002.

SANTOS, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Revista de Saúde Pública**, v.41, supl.1, p.89-94, 2007.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Departamento de Atenção Básica BÁSICA. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: USP, v.34, n.3, p. 316-319, 2000.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, p.221-242, 1999.

SIEGEL, S.; CASTELLAN, N. J. **Nonparametric statistics for the behavioral sciences**. New York, McGraw-Hill, p.213-215, 1988.

SILVA, L.; FORMIGLI, V., Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v.10, n.1, p. 80-91, 1994.

SILVA, A. M. R.; OLIVEIRA, M. S. M. de.; NUNES, E. F. P. A. de.; TORRES, Z. F. A. Unidade Básica de Saúde e seu Território. In: ANDRADE, S. M. de.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. **Bases de Saúde Coletiva**. Londrina:UEL, p.145-160, 2001.

SILVA, A.C.O. de.; SOUSA, M.C.M. de.; NOGUEIRA, J.A. de.; MOTTA, M.C.S. da. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia: UFG, v.9, n.2, p.402-416, 2007.

SILVA, J. P. V.; BATISTELLA, C.; GOMES, M. L. de. Problemas, Necessidades e Situação de Saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. **O Território e o Processo Saúde-Doença**, Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 159-176, 2007.

STARFIELD B. **Primary care: concept, evaluation, and policy**. New York, Oxford: Oxford University Press, 1992.

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

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

TAKEDA, Silvia; TALBOT, Yves. Avaliar, uma responsabilidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO v. 11, n. 3, p. 569 – 571, jul.set. 2006.

TANAKA, O. U.; ROSEMBURG, C.P. Análise da utilização pela clientela de uma Unidade Ambulatorial da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo/SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: USP, v.24, n.1, p.60-68, fev. 1990.

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

TANAKA, O. Y. Caminhos alternativos para a institucionalização da avaliação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 11, n. 3, p. 571 – 572, 2006

TERRA, M. F. **O tratamento diretamente supervisionado (“DOTS”) como estratégia para adesão ao tratamento da tuberculose**: significados segundo profissionais de saúde da supervisão técnica de saúde do Butantã, São Paulo-SP. 2007. 168f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. **Information**, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 24, n.5, p.1168-1173, 2008.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. de.; SANTANA, E. M. de.; NUNES, M. O. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO, v.7, n.3, p.581-589, 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, v.20, sup.2, p. 190-198, 2004.

TRAVASSOS, C; OLIVEIRA, E. X. G. de; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 11, n.4, p.975-986, 2006.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.215-243, 2008.

UNGLERT, C. V. S., Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. (Org.) **Distrito Sanitário**, São Paulo: HUCITEC, p. 221-235, 1995.

VENDRAMINI, S. H. F. **O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção do doente**. 2001. 180f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

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

VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A. **Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da TB em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil**. Ribeirão Preto: MST –CNPq/MS-SCTIE-DECIT, 2007.

VUORI, H. Atención Primaria de Saúd en Europa: Problemas y soluciones. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 4, n.1, p.11-22, enero-febrero, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. What is DOTS? A Guide to Understanding the WHO-Recommended TB Control Strategy Known as DOTS, Geneva: WHO, 1999.

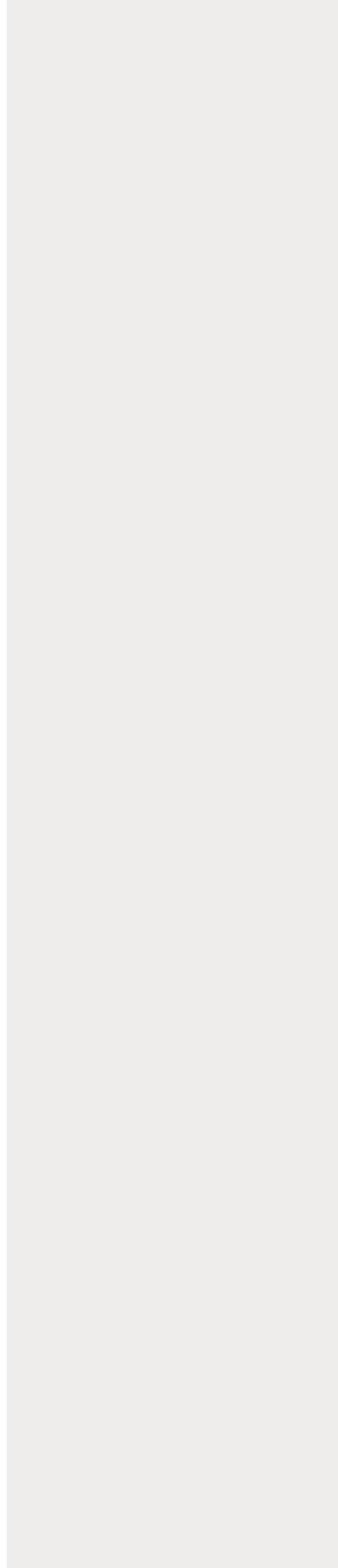
_____. **Global Tuberculosis Control**. WHO Report, 2002.

_____. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2007. Geneva; 2007. Disponível em www.who.int/tb/publications/global_report/2007/pdf/full.pdf. Acesso em 15 dez. 2007.

_____. **Global Tuberculosis Control**. Surveillance, Planning, Financing. WHO Report, 2008.

WORTHEN, B. et al. Evaluation's Basic Purpose, uses, and conceptual distinctions. In: **Program Evaluation - Alternativas Approaches and Practical Guidelines**. Second Edition, Logman, Inc. New York, p. 3-34, 1997.

ANEXOS



ANEXO A
QUESTIONÁRIO
DOENTES

I - DOENTES

Número do questionário: _____
Município: _____

Data da digitação dos dados: ____/____/____
 Digitador: _____

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

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

(Para ser aplicado aos doentes de TB)

Apresentação:

Bom dia!

Meu nome é...

Estou realizando uma pesquisa.

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

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

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

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

Atualizado em 20 de junho de 2007

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

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

Nome do Entrevistador:.....

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

Município:.....Estado:.....

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

B. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS SOBRE O DOENTE DE TB.			
10.a	Sexo do usuário	Feminino	0 ()
		Masculino	1 ()
10.b	Qual foi a última série escolar que o(a) Sr.(a) cursou?	Sem escolaridade	0 ()
		Ensino Fundamental (1º grau incompleto)	1 ()
		Ensino Fundamental (1º grau completo)	2 ()
		Ensino Médio (2º grau incompleto)	3 ()
		Ensino médio (2º grau completo)	4 ()
		Ensino superior (universitário) incompleto	5 ()
10.c	O local onde o(a) Sr.(a) vive é:	Própria	1 ()
		Alugada	2 ()
		Empréstimo	3 ()
		Instituição (asilar/ abrigo/outros)	4 ()
		Não tem moradia	5 ()

10.d	Tipo de Moradia		
	Alvenaria	1 ()	
	Madeira	2 ()	
	Material Reciclável	3 ()	
	Outros	4 () Especifique: _____	
10.e	O(A) Sr.(a) têm em sua moradia?		
		Sim	Não
	Água Encanada		
	Geladeira		
	Telefone (Cel. Ou Fixo)		
	Carro		
	Luz Elétrica		
	Banheiro dentro casa		
10.f	Número de cômodos da sua casa INCLUINDO o banheiro:		
	1 Cômodo	1 ()	
	2 Cômodos	2 ()	
	3 Cômodos	3 ()	
	4 Cômodos	4 ()	
	5 ou mais Cômodos	5 ()	
	4 ou mais pessoas	2 – 3 pessoas	1 pessoa
	1	2	3
10.g	Número de pessoas residentes em sua casa?		
10.h	Número de adultos maiores de 60 anos?		
10.i	Número de crianças (menores de 12 anos)?		

OBS: MOSTRAR E EXPLICAR AO ENTREVISTADO O CARTÃO DE RESPOSTAS: A-B-C**C. SAÚDE DO CASO CONFIRMADO DE TB.**

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

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

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5

12	Quando o(a) Sr.(a) precisa de algum controle de saúde preventivo (vacinar BCG, exames de escarro), vai ao posto/centro/unidade de saúde?					
----	--	--	--	--	--	--

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

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

E. ACESSO.

E.1. ACESSO AO DIAGNÓSTICO.

		5 ou mais vezes 1	4 vezes 2	3 vezes 3	2 vezes 4	1 vez 5
16	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, quantas vezes precisou procurar o posto/centro/unidade de saúde para conseguir atendimento?					
CARTÃO B		Sempre 1	Quase Sempre 2	Às vezes 3	Quase Nunca 4	Nunca 5
17	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, teve dificuldade para se deslocar até o posto/centro/unidade de saúde?					
18	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, teve dificuldades para pedir informação por telefone no posto/centro/unidade de saúde?					
19	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, teve dificuldades para marcar consulta por					

	telefone no posto/centro/ unidade de saúde?					
20	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, teve que deixar de trabalhar ou perder seu dia de trabalho ou compromisso para consultar no posto/centro/unidade de saúde?					

CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
21	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB, precisou utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir até ao posto/centro/ unidade de saúde?					
22	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB, gastou dinheiro com o transporte para ir até o posto/centro/unidade de saúde?					
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
23	Quando o Sr.(a) começou a ficar doente de TB conseguiu consulta no posto/centro/unidade de saúde para descobrir a doença no prazo de 24 horas?					
24	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB, procurou o posto/centro/unidade de saúde mais perto da sua casa?					

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

**OBS: AGORA VAMOS FALAR DO POSTO/CENTRO/UNIDADE ONDE O(A) SR.(A) TRATA A TB
E 2. ACESSO AO TRATAMENTO.**

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
25	Se o Sr.(a) passar mal por causa da medicação ou da TB, consegue uma consulta médica no prazo de 24 horas?					

26	O Sr.(a) consegue pedir informações por telefone no posto/centro/unidade de saúde?					
27	O Sr.(a) consegue marcar consultas por telefone no posto/centro/unidade de saúde?					

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

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

F. VÍNCULO.

CARTÃO C	Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
-----------------	-------	-------------	----------	--------------	--------

		1	2	3	4	5
35	Quando o(a) Sr.(a) vai ao posto/centro/unidade de saúde para a consulta de TB, é atendido pelo mesmo profissional?					
36	Se o(a) Sr.(a) tem alguma dúvida sobre o seu tratamento, consegue falar com o mesmo profissional do posto/centro/unidade de saúde que o atende?					

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
37	Quando o(a) Sr.(a) faz alguma pergunta ao profissional do posto/centro/unidade de saúde sente que ele entende?					
38	Quando o(a) Sr.(a) consulta o profissional do posto/centro/unidade de saúde conversa sobre outros problemas de saúde?					
39	O profissional do posto/centro/unidade de saúde dá tempo suficiente para que o(a) Sr.(a) fale suas dúvidas ou preocupações?					
40	O profissional do posto/centro/unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está fazendo o tratamento responde às suas perguntas de maneira clara?					
41	Durante seu atendimento o profissional do posto/centro/unidade de saúde anota as suas queixas no seu prontuário?					
42	O profissional do posto/centro/unidade de saúde explica sobre os medicamentos utilizados para o tratamento de TB?					
43	O profissional do posto/centro/unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamentos					

	que o(a) Sr.(a) está utilizando?					
44	Quando o(a) Sr.(a) tem algum problema de saúde ou outras necessidades (cesta básica, vale transporte...), com que frequência procura os seguintes profissionais do posto/centro/unidade de saúde?					
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
44 a	Médico					
44 b	Enfermeiro					
44 c	Auxiliar Enfermagem					
44 d	Agente Comunitário de Saúde/ACS					
44 e	Outros Profissionais					
CARTÃO A		Muito Ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom
		1	2	3	4	5
45	Qual é sua opinião sobre a equipe de saúde que o atende?					

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

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
46	Pote para exame de escarro para diagnóstico de TB?					
47	Teste da pele (prova tuberculínica)?					
48	Exame para HIV/AIDS?					
49	Pote para exame de escarro mensalmente para controle da TB?					
50	Consulta mensal de controle para o tratamento da TB?					
51	Cestas básicas ou vale alimentação?					
52	Vale transporte?					
53	Informação sobre a TB e seu tratamento?					
54	Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?					
55	Visitas domiciliares durante o tratamento?					
56	Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?					
57	Participação em grupos de doentes de TB no posto / centro / unidade de saúde?					
58	Tratamento Supervisionado? *					

* Obs.: Considerar: Nunca (Auto-Administrado); Quase Nunca (A cada 15 ou 30 dias); Às Vezes (1-2 vezes/semana); Quase Sempre (3-4 vezes/semana); Sempre (Todos os dias úteis da semana).

H. COORDENAÇÃO.						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
59	O profissional do posto/centro/unidade de saúde pega o prontuário/ficha do(a) Sr.(a) durante a consulta?					
60	Quando o(a) Sr(a) precisa dos resultados de seus exames, eles estão disponíveis no posto/centro/unidade de saúde?					
61	O(A) Sr.(a) é avisado sobre o agendamento da sua consulta de retorno no posto/centro/unidade de saúde?					

OBS: AGORA VAMOS FALAR SOBRE O ENCAMINHAMENTO DO (A) SR.(A) PARA OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE OU ESPECIALIDADES (serviço social, odontologia, fisioterapia, psicologia, médico especialista)						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
62	Quando o(a) Sr.(a) precisa consultar com algum especialista, é encaminhado por um profissional do posto/centro/unidade de saúde?					
63	Quando o profissional do posto/centro/unidade encaminha o(a) Sr(a) para outros serviços de saúde, ele discute ou indica os possíveis lugares de atendimento?					
64	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado ao especialista, o profissional do posto/centro/unidade de saúde ajuda a marcar a consulta?					
65	No momento do agendamento da consulta para o especialista, o(a) Sr.(a) recebe comprovante que a consulta foi marcada?					
66	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado ao especialista, o profissional do					

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

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

I. ENFOQUE NA FAMÍLIA.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
70	O profissional do posto/centro/unidade de saúde pede informações sobre suas condições de vida e da sua família (emprego, moradia, disponibilidade de água potável, saneamento básico...)?					
71	O profissional do posto/centro/unidade de saúde pede informações sobre doenças da sua família?					
72	O profissional do posto/centro/unidade de saúde pergunta se as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) têm tosse, febre...?					
73	Quando ficou doente de TB, o profissional do posto/centro/unidade de saúde entregou pote para exame de escarro a todas					

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

	as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?					
74	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conhecem as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?					
75	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre a sua doença?					
76	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre seu tratamento?					
77	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre outros problemas de sua saúde?					

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

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

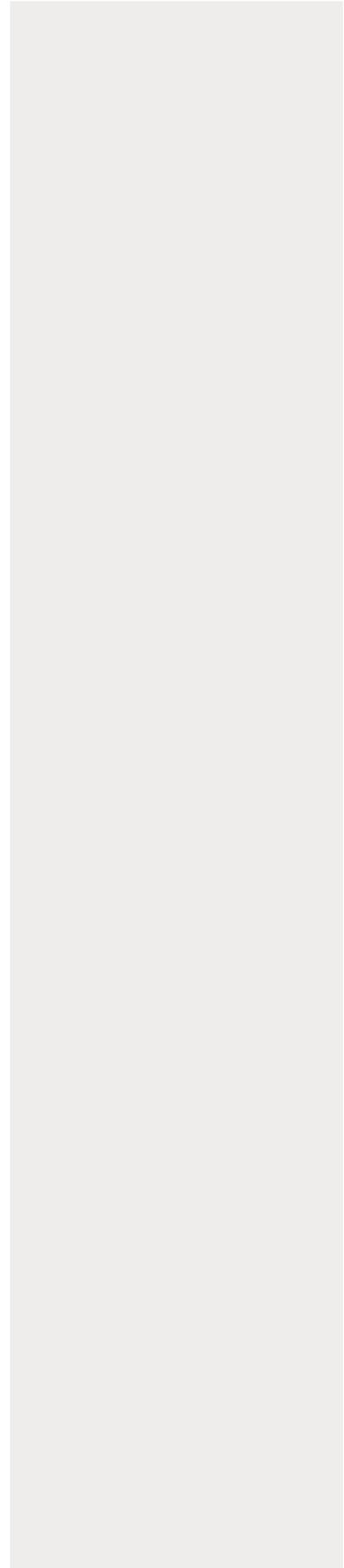
K. FORMAÇÃO PROFISSIONAL						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
83	O(A) Sr.(a) encontra um profissional no posto/centro/unidade de saúde para atendê-lo em dias úteis da semana?					
84	O(A) Sr.(a) recomenda este posto/centro/unidade de saúde a um(a) amigo(a)?					
85	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conseguem resolver seus problemas de saúde?					
86	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde são capazes de ajudar o(a) Sr.(a) para melhorar da TB?					
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre

		1	2	3	4	5
87	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?					
CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
88	O(A) Sr.(a) já se sentiu rejeitado pelos profissionais do posto/centro/unidade de saúde por ter TB?					
89	O(A) Sr.(a) já pensou em mudar de posto/centro/unidade de saúde por causa dos profissionais?					

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

Observações do entrevistador.

ANEXO B
QUESTIONÁRIO
PROFISSIONAIS



II. Profissionais de saúde

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

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

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

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

Atualizado em 01 de junho de 2007

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

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

A. INFORMAÇÕES GERAIS.		
1	Data	
2	Iniciais do Profissional	
3	Titulação (Especificar área)	
4	Ocupação:	
	Médico	1 ()
	Enfermeiro	2 ()
	Técnico de Enfermagem	3 ()
	Auxiliar de Enfermagem	4 ()
5.	Nome Serviço	
6.	Telefone	
7	Fax	
8	E-mail	
9	Endereço	
10	Cidade	
11	Número de anos que trabalha nesta função: _____ anos	
12	Tipo de Unidade (marque uma só resposta)	
	UBS	1 ()
	UBS / PACS	2 ()
	USF / PACS	3 ()
	Ambulatório de Referência	4 ()

B. PORTA DE ENTRADA.						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
13	Quando os usuários precisam de algum controle de saúde preventivo (vacinar BCG, exames de escarro), vem à unidade de saúde?					
14	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB procuram primeiro a unidade de saúde?					
15	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB procuram primeiro o pronto socorro / hospital?					
16	Quando os usuários precisam de uma consulta com algum especialista, primeiro procuram a unidade de saúde que realiza o tratamento de TB, para ser encaminhado?					

C. ACESSO						
C 1. ACESSO AO DIAGNÓSTICO.						
CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
17	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, têm dificuldade para se deslocarem até à unidade de saúde?					
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5

18	Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB conseguem consulta no prazo de 24 horas?					
----	---	--	--	--	--	--

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
19	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, conseguem obter informações por telefone na unidade de saúde?					
20	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, conseguem marcar consulta por telefone na unidade de saúde?					
21	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, conseguem ser atendidos sem perder o dia de trabalho ou compromisso?					
22	Para consulta de diagnóstico de TB os usuários procuram a Unidade da área adscrita (mais perto da casa dele)?					
CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
22	Para consulta de diagnóstico de TB os usuários precisam utilizar algum tipo de transporte motorizado para vir à unidade de saúde?					
23	Durante as consultas para diagnóstico da TB os usuários gastam dinheiro com transporte para vir à unidade de saúde?					
24	Quando os usuários apresentam os sinais/sintomas da TB, têm que esperar mais de 60 minutos na unidade de saúde para serem atendidos?					

C 2. ACESSO AO TRATAMENTO.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
25	Se os doentes em tratamento passarem mal por causa da medicação ou da TB, conseguem uma consulta médica no prazo de 24 horas?					
26	Durante o tratamento os doentes de TB conseguem obter informações por telefone na unidade de saúde?					
27	Durante o tratamento os doentes de TB conseguem marcar consulta por telefone na unidade de saúde?					
28	Durante o tratamento da TB, os doentes conseguem ser atendidos sem perder o dia de trabalho ou compromisso?					

CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
29	Os doentes de TB têm que utilizar algum tipo de transporte motorizado para se deslocar até a unidade de saúde?					
30	Os doentes de TB têm que pagar pelo transporte?					

CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
31	Durante os últimos 12 meses, houve falta de medicamentos para TB?					
33	Os doentes de TB esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?					
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
34	Os profissionais realizam visitas domiciliares aos doentes de TB?					
35	Todos os doentes de TB tratados nesta unidade de saúde pertencem à área adscrita?					

D. VÍNCULO.						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
36	Os doentes de TB são examinados pelos mesmos profissionais cada vez que consultam?					
37	Se os doentes de TB tiverem dúvidas sobre seu tratamento, conseguem falar com os mesmos profissionais que os atenderam?					
38	As dúvidas/questionamentos dos doentes de TB são compreendidos pelos profissionais que os atenderam?					
39	Quando os doentes de TB consultam, os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde ou necessidades?					
40	Os profissionais dão tempo suficiente para que os doentes de TB explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?					
41	Os profissionais respondem às perguntas dos doentes de TB de forma clara?					
42	As queixas dos doentes de TB são registradas nos prontuários?					
43	Os profissionais informam aos doentes de TB sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da doença?					

44	Os profissionais solicitam informações, sobre todos os medicamentos utilizados pelos doentes de TB?					
45	Na sua experiência, quando os doentes de TB, têm algum problema de saúde ou outras necessidades (cesta básica, vale transporte...), com que frequência procuram os seguintes profissionais?					
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
45 a	Médico					
45 b	Enfermeiro					
45 c	Auxiliar de Enfermagem					
45 d	Agentes Comunitários de Saúde/ACS					
45 e	Outros Profissionais					
46	O tratamento é aceito pelos doentes de TB?					

CARTÃO A		Muito Ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom
		1	2	3	4	5
47	Como o(a) Sr.(a) considera o atendimento da equipe de saúde aos doentes de TB?					

E. ELENCO DE SERVIÇOS.

Com que frequência a sua unidade oferece os seguintes serviços:

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
48	Pote para exame de escarro para diagnóstico?					
49	Exame para HIV / AIDS?					
50	Teste da pele (prova tuberculífrica)?					
51	Pote para exame de escarro para controle?					
52	Consulta de controle para o tratamento da TB?					
53	Entrega de cestas básicas ou vale alimentação?					
54	Entrega de vale transporte?					
55	Informação sobre a TB e seu tratamento?					
56	Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?					
57	Visitas domiciliares durante o tratamento?					
58	Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?					
59	Formação de grupos de doentes de TB na Unidade de saúde?					
60	Tratamento Supervisionado?*					

* Obs.: Considerar Nunca (Auto - administrado); Quase nunca (A cada 15 ou 30 dias); Às vezes (1-2 vezes/ semana); Quase Sempre (3-4 vezes/ semana); Sempre (Todos os dias úteis da semana).

F. COORDENAÇÃO.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5

61	Os profissionais utilizam os prontuários quando estão examinando os doentes de TB?					
62	Os resultados dos exames dos doentes de TB ficam disponíveis na unidade de saúde?					
63	Os doentes de TB são comunicados sobre os agendamentos das consultas de retorno na unidade de saúde?					
64	Quando os doentes precisam de uma consulta com algum especialista, são encaminhados por profissionais da unidade de saúde?					
65	Quando os doentes precisam ser referidos para outros serviços ou especialidades, os profissionais discutem com eles ou indicam os possíveis lugares de atendimento?					

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
66	Quando os doentes de TB são encaminhados para algum especialista, os profissionais da unidade de saúde ajudam a marcar a consulta?					
67	Quando é agendada a consulta dos doentes de TB para o especialista, é disponibilizado comprovante de que a consulta foi marcada?					
68	Quando os doentes de TB são referidos para outros serviços ou especialidades, os profissionais da unidade de saúde fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?					
69	Quando os doentes de TB retornam à unidade de saúde após a consulta com o especialista, trazem informações escritas sobre os resultados?					
70	Os profissionais da unidade de saúde discutem com os doentes de TB sobre os resultados das consultas com os especialistas?					
71	Os profissionais da unidade de saúde se preocupam com a assistência prestada pelos especialistas aos doentes de TB?					

G. ENFOQUE NA FAMÍLIA.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
72	Durante as consultas, os profissionais perguntam sobre as condições de vida dos doentes de TB e família (emprego, moradia, disponibilidade de água potável, saneamento básico...)?					

73	Durante as consultas, os profissionais pedem informações sobre enfermidades das pessoas que moram com os doentes de TB?					
74	Os profissionais realizam consultas nas pessoas que moram com os doentes de TB?					
75	Os profissionais realizam exames para investigação da doença nas pessoas que moram com os doentes de TB?					
76	Os profissionais conhecem as pessoas que moram com os doentes de TB?					
77	Os profissionais conversam com a família sobre o problema de saúde dos doentes de TB?					
78	Os profissionais falam com a família dos doentes de TB sobre a doença?					
79	Os profissionais conversam com a família dos doentes de TB sobre o tratamento da doença?					

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
80	Os profissionais conversam com a família dos doentes de TB sobre outros problemas de saúde?					

H. ORIENTAÇÃO PARA COMUNIDADE.

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

I. FORMAÇÃO PROFISSIONAL.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5

86	Os doentes de TB encontram um profissional na unidade de saúde para atendê-los em dias úteis da semana?					
87	Os doentes de TB atendidos nesta unidade de saúde recomendariam os serviços para um(a) amigo(a) ser atendido?					
88	Os profissionais conseguem resolver os problemas relacionados ao tratamento da TB?					
89	Os profissionais conseguem resolver os problemas de saúde dos doentes de TB e famílias?					

CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
90	Os doentes de TB sofrem discriminação pelos profissionais / trabalhadores de saúde, por causa da doença?					
91	Os doentes de TB mudam de unidade de saúde por causa dos profissionais que os atendem?					

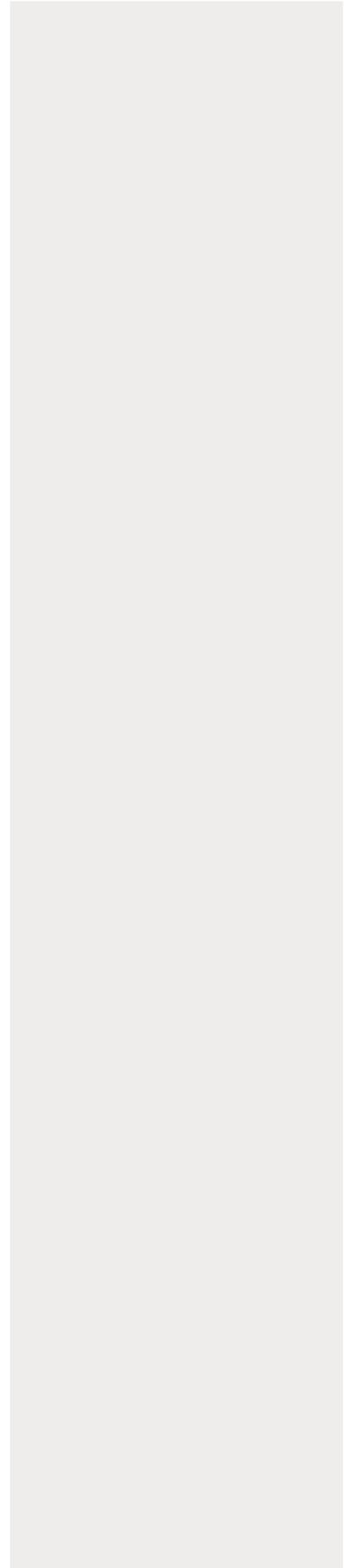
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
92	Os profissionais foram qualificados para atender TB?					
93	Os profissionais foram qualificados para atuarem segundo a diversidade cultural da comunidade?					
94	Os profissionais relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?					

Suas sugestões, comentários, e /ou dúvidas.

Agradecimento pela participação!

Observações do entrevistador

ANEXO C
QUESTIONÁRIO
GESTORES



III. Gestores

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

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

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

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

Atualizado em 20 de junho de 2007.

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

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

A. INFORMAÇÕES GERAIS.		
1	Data	
2	Iniciais do Profissional	
3	Titulação (Especificar área)	
4	Função:	
	Gerente/Diretor da Unidade	1 ()
	Coordenador do PCT	2 ()
	Coordenador de Vigilância em Saúde	3 ()
	Supervisores/Coordenador de PSF/PACS	4 ()
	Supervisores/Coordenador Vigilância Epidemiológica	5 ()
	Outro	6 () Especifique _____
5	Nome Instituição	
6	Telefone	
7	Fax	
8	E-mail	
9	Endereço	
10	Cidade	
11	Número de anos que trabalha nesta função:	_____ anos
12	Tipo de Unidade (marque uma só resposta)	
	UBS	1 ()
	UBS/PACS	2 ()
	USF/PACS	3 ()
	Ambulatório Referência	4 ()
	Nível Central	5 () Especifique _____

OBS: MOSTRAR E EXPLICAR AO ENTREVISTADO O CARTÃO DE RESPOSTAS: A-B-C						
B. A TB NA AGENDA MUNICIPAL						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
13	A TB é considerada como uma doença prioritária no quadro sanitário do município?					
14	A distribuição de recursos para TB, é realizada com base nas necessidades da população a ser atendida?					
15	São disponibilizados incentivos (cesta básica, vale transporte...) para os doentes de TB em tratamento?					
16	É mantida a regularidade da distribuição de incentivos (cesta básica, vale transporte...) para os doentes de TB em tratamento?					
17	Participa na discussão e definição de ações de saúde para controle da TB?					
1β	No repasse dos recursos financeiros para o município, são definidas linhas específicas para TB?					
1β	Participa da discussão e definição de aplicação de recursos para o controle da TB?					
2β	O município investe recursos próprios para TB?					

← Tabela formatada

← Formatado: Centralizado

← Formatado: Centralizado

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
21	Os recursos (potes, viatura, motorista, combustível, material de laboratório,...) são suficientes para atender as necessidades de controle da TB?					

CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
22	Os recursos financeiros destinados à TB são aplicados em outros programas/necessidades de saúde?					

C. PORTA DE ENTRADA.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
23	Quando os usuários precisam de algum controle de saúde preventivo (vacinar BCG, exames de escarro), vão ao posto/centro/unidade de saúde?					
24	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB procuram primeiro o posto/centro/unidade de saúde?					
25	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, procuram primeiro o pronto socorro/hospital?					
26	Quando os usuários precisam de uma consulta com algum especialista, primeiro procuram o posto/centro/unidade de saúde que realiza o tratamento de TB, para ser encaminhado?					

D. ACESSO

D 1. ACESSO AO DIAGNÓSTICO.

CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
27	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, têm dificuldade para se deslocarem até ao posto/centro/unidade de saúde?					

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
28	Quando os usuários procuram o posto/centro/unidade de saúde com sinais/sintomas de TB conseguem consulta no prazo de 24 horas?					

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5

29	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB conseguem obter informações por telefone no posto/centro/unidade de saúde?					
30	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB conseguem marcar consulta por telefone no posto/centro/unidade de saúde?					
31	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, conseguem ser atendidos sem perder o dia de trabalho ou compromisso?					
32	Para consulta de diagnóstico de TB os usuários procuram o posto / centro/unidade de saúde da área adscrita (mais perto da casa dele)?					
CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
33	Para consulta de diagnóstico de TB os usuários precisam utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir ao posto/centro/unidade de saúde?					
34	Durante as consultas para diagnóstico da TB os usuários gastam dinheiro com transporte para ir ao posto/centro/unidade de saúde?					
35	Quando os usuários apresentam os sinais/sintomas da TB, têm que esperar mais de 60 minutos no posto/centro/unidade de saúde para serem atendidos?					

D 2. ACESSO AO TRATAMENTO.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
36	Se os doentes em tratamento passarem mal por causa da medicação ou da TB, conseguem uma consulta médica no prazo de 24 horas?					
37	Durante o tratamento os doentes de TB conseguem obter informações por telefone no posto/centro/unidade de saúde?					
38	Durante o tratamento os doentes de TB conseguem marcar consulta por telefone no posto/centro/unidade de saúde?					
39	Durante o tratamento da TB, os doentes conseguem ser atendidos sem perder o dia de trabalho ou compromisso?					

Tabela formatada

Formatado: Centralizado

Formatado: Centralizado

Formatado: Centralizado

CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5

40	Os doentes de TB têm que utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir ao posto/centro/unidade de saúde?					
41	Os doentes de TB têm que pagar pelo transporte para ir ao posto/centro/unidade de saúde					
42	Durante os últimos 12 meses, houve falta de medicamentos para TB?					
43	Os doentes de TB esperam mais de 60 minutos no posto/centro/unidade de saúde para serem atendidos?					
		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
44	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde realizam visitas domiciliares aos doentes de TB?					
45	Todos os doentes de TB tratados no posto/centro/unidade de saúde pertencem à área adscrita?					

E. VÍNCULO.

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
46	Os doentes de TB são examinados pelos mesmos profissionais do posto/centro/unidade de saúde cada vez que consultam?					
47	Se os doentes de TB tiverem dúvidas sobre seu tratamento, conseguem falar com os mesmos profissionais que os atenderam?					
48	As dúvidas/questionamentos dos doentes de TB são compreendidos pelos profissionais que os atenderam?					
49	Quando os doentes de TB consultam no posto/centro/unidade de saúde os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde ou necessidades?					
50	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde dão tempo suficiente para que os doentes de TB explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?					
51	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde respondem às perguntas dos doentes de TB de forma clara?					
52	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde registram as queixas dos doentes de TB nos prontuários?					

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5

53	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde informam aos doentes de TB sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da doença?					
54	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde solicitam informações, sobre todos os medicamentos utilizados pelos doentes de TB?					
55	Na sua experiência, quando os doentes de TB têm algum problema de saúde ou outras necessidades (cesta básica, vale transporte...), com que frequência procuram os seguintes profissionais?					
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
55 a	Médico					
55 b	Enfermeiro					
55 c	Auxiliar de Enfermagem					
55 d	Ag. Comunitários de Saúde/ACS					
55 e	Outros Profissionais					
56	O tratamento é aceito pelos doentes de TB?					
CARTÃO A		Muito Ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom
		1	2	3	4	5
57	Como o(a) Sr.(a) considera o atendimento da equipe de saúde aos doentes de TB do posto/centro/unidade de saúde ?					

F. ELENCO DE SERVIÇOS.

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

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

* Obs.: Considerar Nunca (Auto - administrado); Quase nunca (A cada 15 ou 30 dias); Às vezes (1-2 vezes/ semana); Quase Sempre (3-4 vezes/ semana); Sempre (Todos os dias úteis da semana)

G. COORDENAÇÃO.						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
71	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde utilizam os prontuários quando estão examinando os doentes de TB?					
72	Os resultados dos exames dos doentes de TB ficam disponíveis no posto/centro/unidade de saúde?					
73	Os doentes de TB são comunicados sobre os agendamentos das consultas de retorno no posto/centro/unidade de saúde?					
74	Quando os doentes de TB precisam de uma consulta com algum especialista, são encaminhados por profissionais do posto/centro/unidade de saúde?					
75	Quando os doentes de TB precisam ser referidos para outro serviço ou especialidade, os profissionais do posto/centro/unidade de saúde discutem com ele ou indicam os possíveis lugares de atendimento?					
76	Quando os doentes de TB são encaminhados para algum especialista, os profissionais do posto/centro/unidade de saúde ajudam a marcar a consulta?					
77	Quando é agendada a consulta dos doentes de TB para algum especialista, é disponibilizado comprovante de que a consulta foi marcada?					
78	Quando os doentes de TB são referidos para outros serviços ou especialidades, os profissionais do posto/centro/unidade de saúde fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?					
79	Quando os doentes de TB retornam ao posto/centro/unidade de saúde após a consulta com o especialista, trazem informações escritas sobre os resultados?					
80	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde discutem com os doentes de TB sobre as consultas realizadas com os especialistas?					
81	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde se preocupam com a assistência prestada pelos especialistas aos doentes de TB?					

H. ENFOQUE NA FAMÍLIA.						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
82	Durante as consultas os profissionais do posto/centro/unidade de saúde perguntam sobre as condições de vida dos doentes de TB e família (emprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico...)?					
83	Durante as consultas os profissionais do posto/centro/unidade de saúde, pedem informações sobre enfermidades das pessoas que moram com os doentes de TB?					
84	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde realizam consultas nas pessoas que moram com os doentes de TB?					
85	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde realizam exames para investigação da doença nas pessoas que moram com os doentes de TB?					
86	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conhecem as pessoas que moram com os doentes de TB?					
87	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com a família sobre o problema de saúde dos doentes de TB?					
88	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde falam com a família dos doentes de TB sobre a doença?					
89	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com a família dos doentes de TB sobre o tratamento da doença?					
90	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com a família dos doentes de TB sobre outros problemas de saúde?					

Tabela formatada

Formatado: Centralizado

Formatado: Centralizado

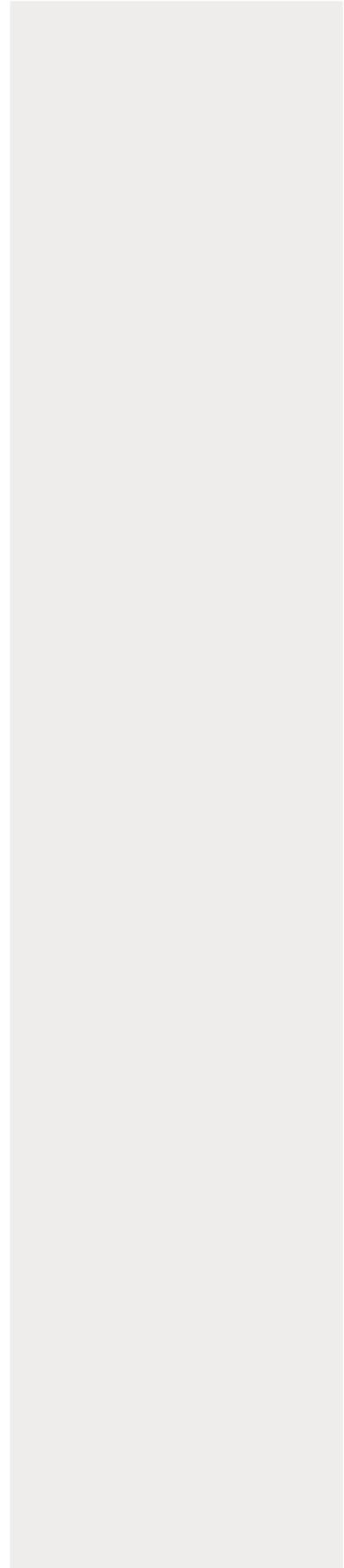
I. ORIENTAÇÃO PARA COMUNIDADE.						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
91	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde realizam entrevistas com os doentes de TB atendidos para saber se os serviços oferecidos estão respondendo às suas necessidades de saúde?					

CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
92	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde realizam propagandas/campanhas/trabalhos educativos, para informar a comunidade sobre TB?					
93	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde trabalham em parceria com outras instituições (igreja, associações de bairro, abrigos...) para identificar sintomáticos respiratórios?					
94	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde realizam busca de sintomáticos respiratórios na comunidade?					
95	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde solicitam a participação de um representante da comunidade para discutir o problema da TB?					

J. FORMAÇÃO PROFISSIONAL.						
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
96	Os doentes de TB encontram um profissional no posto/centro/unidade de saúde para atendê-los em dias úteis da semana?					
97	Os doentes de TB atendidos pelos profissionais do posto/centro/unidade de saúde recomendariam o uso do serviço para um amigo ser atendido?					
98	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conseguem resolver os problemas relacionados ao tratamento da TB?					
99	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conseguem resolver os problemas de saúde dos doentes de TB e família?					
CARTÃO B		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
100	Os doentes de TB sofrem discriminação pelos profissionais/trabalhadores do posto/centro/unidade de saúde por causa da doença?					
101	Os doentes de TB mudam de posto/centro/unidade de saúde por causa dos profissionais que os atendem?					
CARTÃO C		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre

		1	2	3	4	5
102	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde foram qualificados para atender TB?					
103	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde foram qualificados para atuar segundo a diversidade cultural da comunidade?					
104	Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?					
<p>Suas sugestões, comentários, e /ou dúvidas.</p>						
<p>Agradecimento pela participação!</p>						
<p>Observações do entrevistador</p>						

ANEXO D
TERMO DE
AUTORIZAÇÃO
DOS
GESTORES



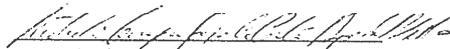
AValiação DAS DIMENSÕES ORGANIZACIONAIS E DE DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DA TB EM CENTROS URBANOS DE DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL

Eu METUSELA LAMEQUE JAFE DA COSTA AGRA DE MELLO
 RG: 1.230.306/1PB, autorizo a participação do Município: CAMPINA GRANDE
 Estado PB, assim como dos colaboradores por mim representados, dos profissionais de saúde, dos usuários dos serviços de saúde desde que aceitem em participar do estudo e esclareço que obtive todas as informações necessárias.

Estou ciente que:

- I) O município tem a liberdade de desistir ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, desde que comunique por escrito o pesquisador com antecedência de 15 (quinze) dias;
- II) Os resultados obtidos durante esta coleta serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas.

Local: Campina Grande, 25, de outubro de 2006.


 Assinatura do responsável
 Metuselá L. J. C. Agra de Mello
 SECRETÁRIO DE SAÚDE

Secretária de saúde do município
 (Cargo/ Função de gestão que exerce no município)

Dados do responsável	
Nome:	METUSELA LAMEQUE JAFE DA COSTA AGRA DE MELLO
Endereço:	R. ILSA S. Chateaubriand, 1376 - LIBERDADE
Contato:	Cargo: Secretário de saúde
Telefone: (33) 3315-5102 / 8502-4128	e-mail: <u>metusel@pmcg.pb.gov.br</u>

Pesquisadores Responsáveis pelo Projeto: Tereza Cristina Scatena Villa e Antônio Ruffino Netto
 Telefone: (16) 36023407
 FAX (16) 36333271
 Email: tite@eerp.usp.br, aruffino@fmrp.usp.br

Endereço para encaminhamento:

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Departamento Materno Infantil e Saúde Pública (DMISP)
 Avenida Bandeirantes, 3900, CEP 14040-902 – Campus Universitário – Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil

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

Eu SEMYRAMIS LIRA DANTAS
 RG: 1005513, autorizo a participação do Município: CAMPINA GRANDE
 Estado PB, assim como dos colaboradores por mim representados, dos profissionais de saúde, dos usuários dos serviços de saúde desde que aceitem em participar do estudo e esclareço que obtive todas as informações necessárias.

Estou ciente que:

- I) O município tem a liberdade de desistir ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, desde que comunique por escrito o pesquisador com antecedência de 15 (quinze) dias;
- II) Os resultados obtidos durante esta coleta serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas.

Local: Campina Grande, 25 de outubro de 2006

Semyramis Lira Dantas
 Assinatura do responsável

Gerente de Atenção Básica
 (Cargo/ Função de gestão que exerce no município)

Dados do responsável	
Nome:	<u>SEMYRAMIS LIRA DANTAS</u>
Endereço:	<u>R. ASSIS CHATEAUBRIANT</u>
Contato:	<u>8848-0091</u>
Telefone:	<u>3331-3405</u>
Cargo:	<u>Gerente Atenção Básica</u>
e-mail:	<u>semyramis-lira@ig.com.br</u>

Pesquisadores Responsáveis pelo Projeto: Tereza Cristina Scatena Villa e Antônio Ruffino Netto
 Telefone: (16) 36023407
 FAX (16) 3633271
 Email: tite@eerp.usp.br, aruffino@fmrp.usp.br

Endereço para encaminhamento:

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Departamento Materno Infantil e Saúde Pública (DMISP)
 Avenida Bandeirantes, 3900, CEP 14040-902 – Campus Universitário – Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil

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

Eu ELILIA MARIA POMBO DE FARIAS SANTIAGO

RG: 995.526 SSP PB, autorizo a participação do Município: C. GRANDE

Estado PARAÍBA assim como dos colaboradores por mim representados, dos profissionais de saúde, dos usuários dos serviços de saúde desde que aceitem em participar do estudo e esclareço que obtive todas as informações necessárias.

Estou ciente que:

I) O município tem a liberdade de desistir ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, desde que comunique por escrito o pesquisador com antecedência de 15 (quinze) dias;

II) Os resultados obtidos durante esta coleta serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas.

Local: C. GRANDE, 25 de OUTUBRO de 2006.

M. Santiago
Assinatura do responsável

GERENTE DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
(Cargo/ Função de gestão que exerce no município)

Dados do responsável	
Nome: <u>ELILIA MARIA POMBO DE FARIAS SANTIAGO</u>	
Endereço: <u>Rua DEIMEO GALVEIA - 145 - SÃO JOSÉ</u>	
Contato: <u>(83) 8827-7933</u>	Cargo: <u>GERENTE DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA</u>
Telefone: <u>(83) 3315-5124</u>	e-mail: <u>absilias@ig.com.br</u>

Pesquisadores Responsáveis pelo Projeto: Tereza Cristina Scatena Villa e Antônio Ruffino Netto

Telefone: (16) 36023407

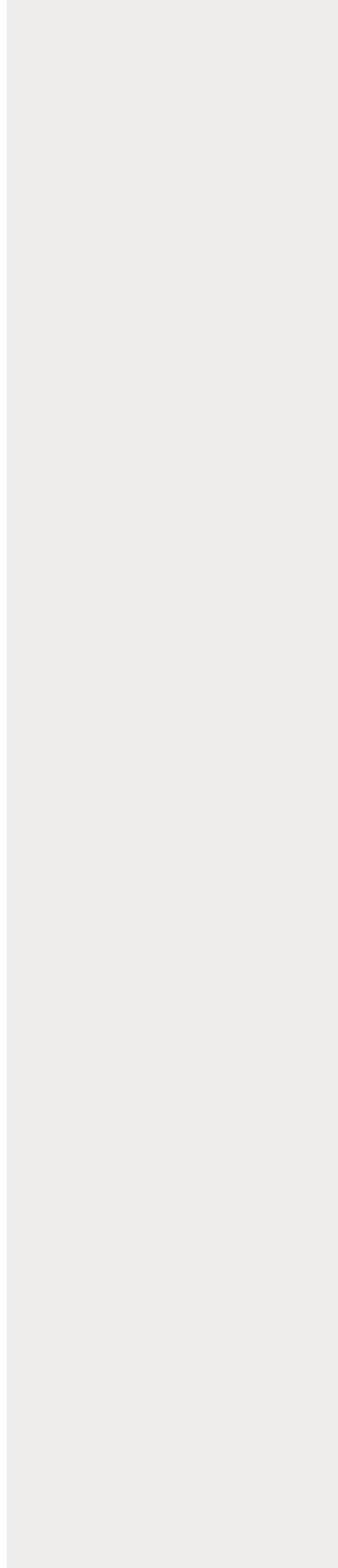
FAX (16) 36333271

Email: tite@eerp.usp.br, aruffino@fmrp.usp.br

Endereço para encaminhamento:

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Departamento Materno Infantil e Saúde Pública (DMISP)
Avenida Bandeirantes, 3900, CEP 14040-902 – Campus Universitário – Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil

ANEXO E
TERMO DE
CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

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

Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da instituição: _____.

Ela tem como objetivo avaliar o atendimento de tuberculose nos serviços de saúde do Município de Campina Grande - Estado da Paraíba.

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

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

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

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

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

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

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

Campina Grande, ____, de _____ de 2007

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

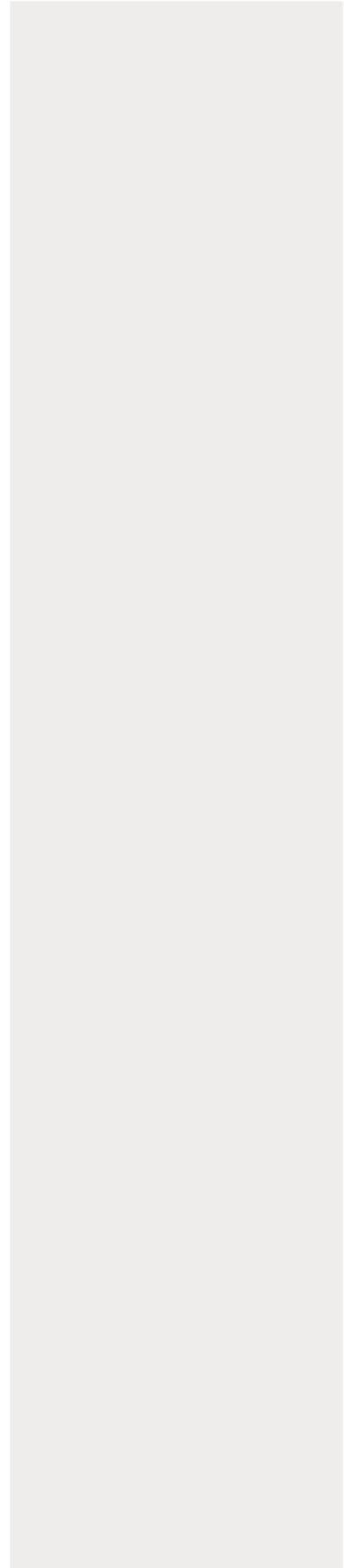
Certos de estar contribuindo com o conhecimento em Tuberculose para a melhoria da saúde da população contamos com a sua preciosa colaboração.

Atenciosamente

Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa

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

ANEXO F
CERTIDÃO DO COMITÊ
DE ÉTICA EM
PESQUISA





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

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3662-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3662-3362

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 054/2007

Ribeirão Preto, 22 de março de 2007

Prezada Senhora,

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

Protocolo: nº 0762/2007

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

Pesquisador: Tereza Cristina Scatena Villa

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

Atenciosamente,

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

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