

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

EDIVALDO JOSÉ TRINDADE MEDEIROS DA SILVA

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE ACESSIBILIDADE AO
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE, NO
CONTEXTO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, EM
MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DA PARAÍBA**

JOÃO PESSOA
2009

EDIVALDO JOSÉ TRINDADE MEDEIROS DA SILVA

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE ACESSIBILIDADE AO
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE, NO
CONTEXTO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, EM
MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DA PARAÍBA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Epidemiologia

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Jordana de Almeida Nogueira

João Pessoa
2009

EDIVALDO JOSÉ TRINDADE MEDEIROS DA SILVA

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE ACESSIBILIDADE AO
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE, NO
CONTEXTO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, EM
MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DA PARAÍBA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Epidemiologia

Aprovado em ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Jordana de Almeida Nogueira (Orientadora)
Universidade Federal da Paraíba - PB

Prof. Dr. Ronei Marcos de Moraes
Universidade Federal da Paraíba - PB

Prof^a. Dr^a. Lenilde Duarte de Sá
Universidade Federal da Paraíba - PB

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e pela capacidade de questionar.

Aos meus filhos, Yasmin Karine, Júlia caroline e Pedro Gabriel, e a minha esposa Amira Rose, por darem sentido à minha caminhada.

Aos meus pais Edivaldo Medeiros (*in memorian*) e Francisca Maurícia, por terem me criado com carinho e retidão.

À Prof^a Dr^a Jordana de Almeida Nogueira por ter sido o farol que me conduziu com experiência e sabedoria nesta jornada.

À Prof^a Dr^a Lenilde Duarte de Sá por ter acreditado e colaborado com este projeto, desde o primeiro instante em que a vi.

Ao Prof. Dr. Ronei Marcos de Moraes, pela paciência e cordialidade com que orientou a análise dos resultados.

Aos amigos da turma Arleusson Ricarte, Karen Mende e Nayanna Alencar, pelos momentos de alegria, incentivos e divisão de angústias.

Às funcionárias da Prefeitura de Santa Rita, Darci César, Patrícia Alves e Josilene Aquino, pela colaboração.

À Fundação de Apoio à pesquisa (FAPESQ) pelo apoio financeiro recebido.

E a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram com a execução deste trabalho.

RESUMO

SILVA, E.J.T.M. **Avaliação das ações de acessibilidade ao diagnóstico e tratamento da tuberculose, no contexto das equipes de saúde da família, em município da região metropolitana da Paraíba.** Dissertação de Mestrado. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba – João Pessoa, PB.

Estudo observacional seccional com abordagem quantitativa que teve como objetivo avaliar as condições de acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose (TB) no contexto das equipes de saúde da família no município de Santa Rita-PB. A casuística envolveu 100 (cem) profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Foram analisadas 24 perguntas, 9 relacionadas ao diagnóstico e 15 ao tratamento, segundo possibilidades preestabelecidas produzidas a partir de uma escala intervalar do tipo *Likert*. Os dados foram tabulados utilizando um programa de computador - *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 11.5 for Windows)*, sendo apresentados sob a forma de gráficos e analisados segundo uma medida de tendência central: a mediana. O grupo apresentou predomínio dos agentes comunitários de saúde (57%), seguidos por técnicos de enfermagem (22%), enfermeiros (18%) e médicos (3%). O tempo de serviço destes profissionais na unidade de saúde variou de 6 meses a 27 anos, com média de 6 anos. Com relação ao diagnóstico bacteriológico, 76% dos entrevistados responderam que o usuário tem que se deslocar sempre para outro local a fim de realizar a coleta do escarro e, para 20% dos entrevistados, a unidade nunca dispõe do pote para coleta do escarro, sendo 7 dias o tempo médio para entrega do resultado. Para 71% dos entrevistados, o teste tuberculínico nunca é realizado e apenas 46% assinalaram sempre ofertar a sorologia para o HIV. Quanto ao tratamento, 73% dos entrevistados responderam que os doentes conseguem consulta médica em até 24h; 72% dispõem regularmente de medicamentos para o tratamento, e apenas 18% contam com benefícios para os doentes. O tratamento supervisionado é realizado por 78% dos entrevistados, alcançando cobertura de 76% para tratamento na unidade de saúde da família. Em relação ao fluxo de informação entre os níveis do sistema de saúde, 69% dos entrevistados afirmaram que existem mecanismos formais definidos para transferência de informações sobre os usuários; para 87% sempre ocorre a participação do doente na tomada de decisão sobre o encaminhamento. A referência aos serviços especializados é realizada por escrito por 81% dos entrevistados, sendo que apenas 63% informam receber informações dos especialistas. Torna-se evidente que a descentralização das ações de controle da TB para o âmbito das ESF vem se estabelecendo, porém permanecem lacunas que inviabilizam a atenção continuada dos pacientes e familiares. Evidenciam-se, restrições impostas por aspectos organizacionais, que apontam para necessidade de adotar mecanismos gerenciais que ampliem a capacidade resolutive das equipes de saúde da família, e promovam eficiência na prestação de serviços.

Palavras-chave: Tuberculose; Acessibilidade; Saúde da Família

ABSTRACT

SILVA, E.J.T.M. **Evaluation of the actions of accessibility to the diagnose and treatment of tuberculosis, in the context of the health family teams, in a city of the metropolitan region of Paraíba.** Master degree essay. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba – João Pessoa, PB.

An Observation section study with quantitative approach that had the objective of evaluate the conditions of access to the diagnostic and treatment of the tuberculosis (TB) in the context of the teams of family health in the city of Santa Rita-PB. The case involved 100 (one hundred) health professionals, among doctors, nurses, nursing assistants and health community agents. 24 questions were analyzed, 9 related to the diagnostic and 15 to the treatment, according to possibilities already existing from one interval scale of the kind *Likert*. Data was organized using a computer software - *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, version 11.5 for Windows)*, being presented with graphics and analyzed according to a measure of central tendency: the median. The group presented predominancy of the health community agents (57%), followed by nursing technicians (22%), nurses (18%) and doctors (3%). The time of service of these professionals in the health unit varied from 6 months to 27 years, with an average of 6 years. About the bacteriological diagnostic, 76% of the interviewee answered that the user always has to go somewhere else to do the collection of secretion and for 20% of the interviewee, the unit never has a pot for collection of secretion, being 7 days the average time for the result. For 71% of the interviewed, the tuberculosis clinic exam is never done and only 46% said that they always offer the sorology for HIV. About the treatment, 73% of the interviewed answered that can have a medical appointment in up to 24h; 72% have regularly the medicines for the treatment, and only 18% count on the benefits for the sick ones. The supervised treatment is done by 78% of the interviewed, reaching a cover of 76% for the treatment in the health family unit. About the flow of information among the levels of the health system, 69% of the interviewed said that there are formal mechanisms defined for transference of information about the users; for 87% there is always the participation of the sick person in the decision making about the follow up. The reference to the specialized services is done written by 81% of the interviewed, but only 63% said to have received information of the specialists. It is evident that the decentralization of the actions of control of the TB for the environment of the health family teams has been established, although there are still gaps that make impossible the continuous attention of the patients and relatives. It is evident that restrictions imposed by organization aspects, point to the necessity of adopting management mechanisms that increase the solving capacity of the health family teams, and promote the effectiveness in the services.

Key-words: Tuberculosis; Accessibility; Family Health

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	- Atenção Básica
AIS	- Ações Integrais de Saúde
APS	- Atenção Primária à Saúde
CNCT	- Campanha Nacional Contra Tuberculose
DAB	- Departamento de Atenção Básica
DOTS	- Directly Observal Treatment Short Course
ESF	- Equipes de Saúde da Família
HIV	- <i>Human immunodeficiency virus</i>
MS	- Ministério da Saúde
NOAS	- Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	- Normas Operacionais Básicas
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONG	- Organização não Governamental
PAB	- Piso Assistencial Básico
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT	- Programa de Controle da Tuberculose
PIASS	- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNCT	- Plano Nacional de Controle da Tuberculose
PPI	- Programação Pactuada e Integrada
PROESF	- Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	- Programa Saúde da Família
SUS	- Sistema Único de Saúde
TB	- Tuberculose
TS	- Tratamento Supervisionado
USF	- Unidade de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Distribuição da população estudada de acordo com a função exercida.....	50
FIGURA 2	Frequência com que profissionais de saúde da família realizam busca por sintomáticos respiratórios - Santa Rita/ PB, 2008.....	53
FIGURA 3	Frequência com que o doente tem que se deslocar para outro local para realizar a coleta do escarro, de acordo com os entrevistados - Santa Rita/ PB, 2008.....	54
FIGURA 4	Frequência com que a Unidade de Saúde oferece pote para coleta do escarro, de acordo com os entrevistados - Santa Rita/ PB, 2008.....	55
FIGURA 5	Frequência com que o resultado do exame de laboratório retorna para a USF, de acordo com os entrevistados - Santa Rita/ PB, 2008.....	56
FIGURA 6	Frequência com que a Unidade de Saúde realiza Teste Tuberculínico (PPD), de acordo com os entrevistados - Santa Rita/ PB, 2008.....	59
FIGURA 7	Frequência com que os contactantes de TB realizam Radiografia de tórax, quando necessário, de acordo com os entrevistados - Santa Rita/ PB, 2008.....	60
FIGURA 8	Frequência com que os doentes com diagnóstico de TB realizam sorologia para HIV, de acordo com os entrevistados - Santa Rita/ PB, 2008.....	62
FIGURA 9	Frequência com que os doentes com TB podem conseguir uma consulta na Unidade de Saúde, de acordo com os entrevistados - Santa Rita/ PB, 2008.....	63
FIGURA 10	Frequência com que os doentes com TB podem conseguir uma consulta médica na Unidade de Saúde no prazo de 24 horas, de acordo com os entrevistados - Santa Rita/ PB, 2008.....	65
FIGURA 11	Frequência de oferta adequada de medicamentos pela USF para o tratamento de TB nos últimos 6 meses, de acordo com os entrevistados - Santa Rita/ PB, 2008.....	66
FIGURA 12	Frequência de oferta de benefícios pelo Município para o doente em tratamento de TB, de acordo com os entrevistados - Santa Rita/ PB, 2008.....	69
FIGURA 13	Frequência de tratamento supervisionado para TB no domicílio, quando necessário, de acordo com os entrevistados - Santa Rita/ PB, 2008.....	71
FIGURA 14	Frequência de tratamento supervisionado para TB na USF, quando necessário, de acordo com os entrevistados - Santa Rita/ PB, 2008.....	72

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Distribuição de casos de tuberculose no município de Santa Rita – PB, no período de 2000 a 2007.....	43
TABELA 2	Distribuição dos percentuais de cura e abandono no município de Santa Rita - PB no período de 2003 a 2007.....	43
TABELA 3	Distribuição da frequência absoluta e relativa (%) dos entrevistados segundo a categoria profissional	51
TABELA 4	Tempo, em dias, para entrega do resultado da baciloscopia (BAAR), de acordo com os entrevistados	57
TABELA 5	Tempo, em dias, para entrega do resultado da Radiografia de tórax, de acordo com os entrevistados	61
TABELA 6	Frequência dos resultados referentes ao fluxo e contra-fluxo de informações, segundo os entrevistados	75
TABELA 7	Valor de Mediana segundo os indicadores de acessibilidade ao diagnóstico, Santa Rita - PB, 2008.....	77
TABELA 8	Valor de Mediana segundo os indicadores de acessibilidade ao tratamento - Santa Rita - PB, 2008.....	78

LISTA DE QUADRO

QUADRO 1	Questões selecionadas do Instrumento revalidado pela Coordenação de Estudos Operacionais da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose - REDE-TB, para avaliação do Acesso ao Diagnóstico e Tratamento da TB.....	46
----------	---	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA.....	13
1.2	A TUBERCULOSE E AS POLÍTICAS PARA O SEU CONTROLE.....	14
1.3	DEFININDO O OBJETO DE ESTUDO.....	19
2	OBJETIVOS.....	22
2.1	OBJETIVO GERAL.....	23
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
3.1	UNIVERSALIDADE, EQUIDADE E INTEGRALIDADE NA GESTÃO DESCENTRALIZADA DO SUS.....	25
3.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA E O PROCESSO DE AVALIAÇÃO NA SAÚDE.....	35
4	ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	40
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	41
4.2	LOCAL DE ESTUDO.....	42
4.2.1	Caracterização do Município de Santa Rita.....	42
4.2.2	Situação da TB em Santa Rita.....	42
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	43
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	44
4.5	TRABALHO DE CAMPO.....	47
4.6	POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR.....	47
4.7	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	48
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	50
5.2	ACESSIBILIDADE AO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE.....	52
5.3	ACESSIBILIDADE AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE.....	63
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
	REFERÊNCIAS.....	84
	APÊNDICES.....	96
	ANEXOS.....	100

1. Introdução

1.1 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA

Em pouco mais de uma década de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), muitos avanços foram alcançados. Os problemas iniciais de sua implantação, inclusive os de ordem política e filosófica, foram superados e significativos avanços foram alcançados no tocante à sua organização e à descentralização de sua gestão nos âmbitos político administrativo e financeiro. Vive-se, hoje, um período de consolidação do SUS, onde a inclusão de um enorme contingente populacional anteriormente desassistido ou assistido restritamente, a fusão das redes assistenciais e as adequações de gerenciamento e de organização assistencial passaram a ser os principais desafios para seus gestores.

Para organizar os serviços e ações de saúde, ampliar a atenção e o acesso da população, o Ministério da Saúde (MS) adotou duas linhas de ações estratégicas e fundamentais: a ampliação da atenção básica (AB) e a organização regionalizada da assistência à saúde.

A ampliação da AB centra-se na identificação do conjunto de ações necessárias para prover uma atenção resolutiva e de boa qualidade aos problemas de saúde mais freqüentes na maior parte do território brasileiro, assegurando o acesso a essas ações à menor distância possível dos usuários.

A regionalização visa promover um planejamento integrado que permita a conformação de sistemas de saúde articulados e cooperativos, dotados de mecanismos de comunicação e de fluxos de relacionamento que garantam a otimização dos recursos disponíveis e o acesso dos usuários aos serviços de diferentes níveis de complexidade exigidos para a resolução de seus problemas de saúde.

Nesta direção, constata-se que, em termos gerais, as políticas de saúde têm sido orientadas na perspectiva de melhorar o acesso aos serviços. A descentralização das ações de saúde para o âmbito da AB vem exigindo que os gestores avaliem o efeito que a política de saúde tem sobre o acesso à atenção e a possibilidade de modificá-lo.

No que tange às ações de controle da Tuberculose (TB), há uma intensa discussão na comunidade global de que estas só serão possíveis quando o paciente

conseguir acessar as tecnologias disponíveis nos serviços de saúde. Todavia envolve aspectos que extrapolam a assistência à saúde. Neles atuam fatores socioeconômicos e culturais que interagem com aspectos intersetoriais, ligados à própria estrutura política de cada país.

Do ponto de vista econômico a acessibilidade deve ser garantida pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; geograficamente, pelo adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; culturalmente com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e funcionalmente, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população.

Não obstante, é pertinente reconhecer que a garantia de acessibilidade é deveras abrangente, complexa e resulta de uma combinação dos fatores acima descritos. Apesar de importantes, neste estudo não se tem a pretensão de discutir todos os aspectos que envolvem a acessibilidade. Toma-se como recorte a “avaliação das ações de acessibilidade ao diagnóstico e tratamento da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família em município da região metropolitana da Paraíba”, entendendo que este resulta da responsabilidade gerencial, cujo objeto de trabalho deve pautar-se no reconhecimento de que a oferta e o recebimento de serviços envolvem tanto ações por parte dos profissionais de saúde, como as necessidades da população.

1.2 A TUBERCULOSE E AS POLÍTICAS PARA O SEU CONTROLE

A TB é uma doença infecciosa, crônica e contagiosa, que se propaga pelo ar por meio de gotículas contendo o bacilo de Koch, as quais são expelidas por um doente bacilífero ao falar, espirrar e tossir, e que, ao serem inaladas, por outra pessoa, provocam a infecção tuberculosa e o risco de adoecimento (BRASIL, 2002a). Existem relatos da doença no organismo humano há mais de 10.000 anos (CONDE; SOUZA; KRITSKI, 2002). Mesmo após a descoberta do seu agente etiológico, o *Mycobacterium tuberculosis*, por Robert Koch, em 1882, SBPT (2002), e da estreptomomicina, primeiro quimioterápico eficaz no combate a TB, em 1950 (BLOOM; SMALL, 1998) ela ainda é responsável por altos índices de morbidade e

mortalidade, persistindo como problema mundial de saúde pública (WHO, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em 2006 ocorreram 9,2 milhões de casos no mundo, destes, 709 mil estavam co-infectados com HIV. A incidência e a prevalência foram, respectivamente, de 139 e 219 casos por 100.000 mil habitantes (WHO, 2008). Estes números já denunciam a negligência mundial com esta enfermidade, que é curável e tem no ser humano o seu único reservatório.

Fatores apontados como relevantes ao agravamento da TB no mundo referem-se ao crescimento das populações marginais, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (BOFFO et al, 2004; RUFFINO NETTO, 2000), ao envelhecimento da população, aos fluxos migratórios e aos sub-financiamentos de programas, com limitações financeiras para ações ambulatoriais de saúde (CORDEIRO, 2001). O aumento nas taxas pode ser justificado, também, pela perda do interesse em muitos problemas não resolvidos de imunidade, profilaxia, terapia e identificação microbiológica da tuberculose, além do descaso com as lições sobre resistência dos microorganismos aos antibióticos (OLIVEIRA; MARÍN-LEÓN; CARDOSO, 2004).

No continente americano a situação é um pouco melhor que a mundial, sendo a TB responsável por 4% das notificações. Em 2003, as Américas concentraram um total de 227.551 casos novos da doença, com uma taxa de 26 por 100.000 habitantes (VENDRAMINI et al. 2007) em 2006 houve um aumento nestes índices, sendo notificados 331.000 mil casos novos, perfazendo uma incidência de 37 por 100.000 com uma mortalidade de 4,5 por 100.000 habitantes (WHO, 2008).

A situação da TB no Brasil é preocupante, já que a tuberculose ocupa o 4º lugar em mortalidade, dentre as doenças infecto-contagiosas, e a 9ª causa em internações (SILVA, 2006). O Brasil, que possui uma população de 180 milhões de habitantes IBGE (2008), está no 16º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% dos casos de TB no mundo. Em 2006, segundo a OMS, foram notificados 94 mil novos casos de TB, com uma incidência de 50 casos para 100 mil habitantes (WHO, 2008). O percentual de cura dos pacientes tratados foi de 77%, ocorrendo abandono ao tratamento em 9% dos casos e 4,1% de óbitos (WHO 2008), Resultados aquém das metas estabelecidas pela OMS e pactuadas pelo governo brasileiro, de curar 85% dos casos estimados (BRASIL, 2004a). Estes indicadores refletem as condições sociais precárias da nossa população, relacionando-se com baixa renda

familiar, educação e condições de moradias precárias, desnutrição alimentar, alcoolismo e doenças infecciosas (BRASIL, 2002a). Situação agravada pela falta de compromisso político e inadequada administração dos Programas de Controle da Tuberculose (PCT) (VENDRAMINI et al. 2007).

Objetivando impulsionar as estratégias de enfrentamento da TB, em uma perspectiva de controle global, a OMS, em 1993, declarou um plano emergencial para o controle da TB (*Global TB Emergency*), defendendo a adoção da estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment Short Course*) (RAVIGLIONE, 2002). A estratégia “propõe a integração do cuidado da saúde primária e adaptação contínua de reformas dentro do setor saúde”. Constitui-se em 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 (WHO, 2007).

Em 1998, a TB passou a ser prioridade na agenda do cenário internacional, sendo criado e legitimado pela OMS, o *Stop TB Partnership*, cujo propósito era o controle e eliminação da doença, definindo como metas para o ano de 2015 a redução em 50% das taxas de prevalência e morte por TB em relação aos níveis de 1990, e para o ano de 2050 alcançar uma incidência mundial inferior a um caso por milhão de habitantes/ano (WHO, 2008).

Com a publicação da Declaração de Amsterdã em 2000, os governos dos países com altas taxas de TB reiteraram o compromisso de priorizar esforços, privilegiando a estratégia DOTS, ampliando o acesso, garantindo recursos financeiros e humanos, monitorando e avaliando as ações dos programas, distribuindo medicamentos e apoiando parcerias com Organizações Não Governamentais (ONG).

No Brasil, a estratégia DOTS foi proposta oficialmente no ano de 1998, pelo Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), período no qual o MS definiu a TB como prioridade entre as políticas governamentais de saúde, estabelecendo diretrizes para as ações e fixando metas para o alcance de seus objetivos. O PNCT propôs a expansão das ações de controle da TB 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 (TS) e/ou auto-administrado, proteção dos saudáveis, alimentação e análise das bases de dados para tomada de decisão (BRASIL, 2002b).

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

Em 2000, com a incorporação do Programa Nacional de Controle da TB (PNCT) pelo Departamento de AB do MS, estabelecem-se novas diretrizes de trabalho, com vistas à incorporação das ações de controle da TB no âmbito da atenção primária. Este processo impôs reorganização das ações de controle da TB nos níveis locais, descentralizando-se o planejamento e a execução de maior parte das ações para as ESF.

Como resposta à preocupante situação da TB no Brasil, em 2003 o MS inseriu a TB na agenda de prioridades das políticas públicas brasileiras. Em 2004 o PNCT, com a assistência técnica da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), iniciou o processo de elaboração da proposta ao Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária. Este fundo disponibilizou ao Brasil US\$ 27.240.000,00 para investimentos em 11 regiões metropolitanas de maior número de casos. Este projeto, proposto para ser viabilizado em cinco anos, definiu como objetivos a expansão do TS-DOTS, mobilização social, expansão do diagnóstico laboratorial com controle de qualidade e da co-infecção TB-HIV (BRASIL, 2007).

Em fevereiro de 2006, foi assinado o compromisso do Pacto pela Vida pelos gestores das três esferas do SUS. Das seis prioridades pactuadas, uma delas se consistiu no fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, incluindo a TB. Com o compromisso de Governo Federal assinado por

ocasião do estabelecimento das Metas de Desenvolvimento do Milênio, junto a outros 190 países, foi proposto para o período de 1990 a 2015, reduzir pela metade as taxas de incidência. Segundo o MS do Brasil, a previsão é de que estas metas sejam alcançadas antes de 2015, pois nos últimos sete anos ocorreu uma importante aceleração nas quedas das taxas de incidência e mortalidade por TB no Brasil. No período de 1999 a 2006, a taxa de incidência caiu 25% e a de mortalidade caiu 32%. Segundo o MS (BRASIL, 2006b) os principais fatores para essas melhoras são à priorização do controle da TB, estabelecida pelo MS em 2003, o engajamento dos gestores estaduais e municipais, além da participação da sociedade civil. A título de ilustração, o orçamento do PNCT passou de US\$5,5 milhões em 2002 para US\$51 milhões em 2007.

A descentralização dos serviços de saúde e o aporte financeiro empregados na última década trouxeram inegáveis avanços para os municípios brasileiros, os quais passaram a executar e organizar os serviços de saúde no âmbito da atenção primária, centrados na família e na comunidade, integrados com os vários níveis de atenção e operacionalizados pela estratégia de saúde da família (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004). Porém, devido às dimensões continentais do País, a assimetria na distribuição de recursos humanos e financeiros e a concentração da rede de serviços nas capitais estaduais, o processo de descentralização pode ter acentuado a fragmentação e o isolamento dos serviços de saúde em alguns municípios brasileiros, sendo fator dificultador para a coordenação das ações (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004).

Considerando os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), para o ano de 2006, a Região Nordeste ocupou o 2º lugar em percentual de casos de TB por região brasileira, concentrando 28,46% dos casos (SOUZA, LIMA; FORMIGA, 2008). No que concerne à incidência de casos, o Nordeste apresentou uma taxa de 43,09/100.000 habitantes, ocupando o terceiro lugar entre as regiões brasileiras.

No estado da Paraíba, tendo como referência o ano de 2006, os percentuais de cura, abandono e óbito foram respectivamente: 80%, 7,6% e 2,9%, conforme dados do SINAN (SOUZA; LIMA; FORMIGA, 2008). Estas taxas encontram-se inferiores as recomendadas pelo PNCT, que são as de atingir 85% de cura e reduzir o abandono para menos de 5% dos casos.

Tendo em vista os indicadores apresentados questiona-se como vêm se organizando as ações de controle da TB no contexto das equipes de saúde da família, considerando os elementos que favorecem as condições de acessibilidade ao diagnóstico e tratamento da doença.

1.3 DEFININDO O OBJETO DE ESTUDO

A delimitação do tema deste estudo partiu de discussões no Grupo de Estudo e Qualificação em Tuberculose na Paraíba, Grupo TB/PB, que se encontra vinculado com a Área de Estudos Epidemiológicos e Operacionais da Rede Brasileira de Pesquisa em TB – GEOTB-REDE TB. Este grupo é formado por uma equipe multidisciplinar, no qual os pesquisadores destacam-se pela produção de conhecimento sobre a TB e o sistema de atenção à saúde, o TS, a adesão ao tratamento da TB na visão do doente e da família e a epidemiologia da doença. O conhecimento gerado visa orientar e subsidiar o planejamento das ações de controle da TB pelas ESF, gestores municipais e instituições formadoras de profissionais de saúde.

Ressalva-se que a temática central abordada na presente pesquisa parte de um projeto intitulado “Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho das equipes de saúde da família no controle da tuberculose em dois municípios da região metropolitana da Paraíba”, inserido na linha de pesquisa sobre “Estudos representativos do estado da Paraíba, sobre as práticas de trabalho no PSF na perspectiva da multidisciplinaridade e intersetorialidade”, cadastrado ao MS/CNPq/FAPESQ- TC 078/07.

Estudos avaliativos realizados por integrantes do Grupo TB/PB e pesquisadores da REDE/TB, que abordam o problema da TB no âmbito da APS, têm apontado fragilidades organizacionais do sistema de serviços de saúde, as quais vêm determinando dificuldades de acesso ao diagnóstico e tratamento da doença.

Oliveira (2008) ao estudar o componente “acessibilidade às ações de diagnóstico e tratamento da TB no contexto dos serviços de saúde do município de Campina Grande–PB”, destacou fragilidades de acessibilidade geográfica, econômica e organizacional. A acessibilidade geográfica constituiu-se em um

problema para a maioria dos doentes entrevistados, haja vista a predominância de doentes de TB sendo acompanhados no Ambulatório de Referência. O descumprimento deste requisito básico para consolidação da descentralização repercute diretamente a outra dimensão da acessibilidade, a econômica, visto que, o fato dos doentes não receberem acompanhamento das ESF, exigem a utilização de transporte e despesas para deslocamento. Quanto ao componente organizacional, identificou-se que a AB não tem se estabelecido como porta de entrada; o sistema de referência e contra-referência não funciona adequadamente e as ESF não têm se apropriado dos casos de TB existentes em sua área de abrangência.

Marcolino (2007) ao estudar as dimensões de acesso e elenco de serviços em relação às ações de controle da TB no contexto das ESF de Bayeux-PB, evidenciou que algumas ações previstas para serem realizadas pelas ESF como coleta de escarro para diagnóstico, Vacinação BCG e Teste Tuberculínico ainda permanecem centralizadas em algumas Unidades de Saúde, dificultando o acesso ao diagnóstico e comprometendo a atenção continuada dos usuários.

Andrade (2006) ao avaliar o envolvimento dos gestores na sustentabilidade da estratégia DOTS nos municípios prioritários da Paraíba evidenciou que o acesso ao diagnóstico da TB é prejudicado face à centralização laboratorial para realização de exames. Não obstante identifica-se deficiência no sistema de referência e contra-referência laboratorial, o que interfere na capacidade de resposta às necessidades e demandas da população atendida pelas ESF.

Arcêncio (2008) ao analisar a acessibilidade dos doentes ao tratamento de TB em município do interior do estado de São Paulo, verificou que 34,5% dos doentes foram encaminhados pelo pronto-atendimento ou hospital, sendo inexpressiva a contribuição da APS na identificação de Sintomáticos Respiratórios (SR), uma vez que somente 9,8% dos doentes foram diagnosticados por Unidades Básicas de Saúde.

Com base em pesquisas que demonstram os problemas que envolvem as condições de acessibilidade ao diagnóstico e tratamento da TB nos serviços de AB, a delimitação da temática em estudo resultou do pressuposto de que as condições de acesso são influenciadas pela capacidade gerencial das ações em saúde no âmbito local.

Não deve ser desconsiderada a existência de outros elementos que se inter-relacionam e determinam as condições de acessibilidade: contexto micro e macro político, financiamento, empoderamento da comunidade, peculiaridades da população em risco, satisfação do usuário e características dos prestadores de serviços de saúde. No entanto, este estudo não teve como propósito investigar todos estes componentes, mas conhecer no contexto micro político de um município prioritário para o controle da TB na Paraíba, que influências organizacionais podem determinar a garantia do acesso. Diante do exposto a questão que norteia esta pesquisa é: que fatores relacionados à capacidade de oferta de serviços e disponibilidade de recursos contribuem ou dificultam operacionalmente o trabalho das ESF para que sejam asseguradas as condições de acesso ao diagnóstico e tratamento da TB?

2. Objetivos

2.1 OBJETIVO GERAL

▶ Avaliar as condições de acesso ao diagnóstico e tratamento da TB no contexto das Equipes de Saúde da Família em Santa Rita - PB.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

▶ Avaliar a capacidade de oferta e disponibilidade de recursos que favorecem ou dificultam as condições de acesso ao diagnóstico de TB;

▶ Avaliar a capacidade de oferta e disponibilidade de recursos que favorecem ou dificultam as condições de acesso ao tratamento de TB;

▶ Analisar as facilidades e desafios relacionados à integração dos serviços de saúde no cuidado ao usuário portador de TB;

▶ Analisar os limites e as possibilidades de avanços no Programa de Controle da Tuberculose em Santa Rita - PB.

3. Referencial Teórico

Os referenciais teóricos que norteiam este estudo estão respaldados pelos conceitos - “Universalidade, Equidade e Integralidade”, princípios doutrinários do SUS, e “Descentralização”, princípio organizativo da Atenção Primária a Saúde. A eleição destes conceitos pauta-se na premissa de que o seu cumprimento na condução das ações em saúde induz favoravelmente a garantia de acessibilidade.

3.1 UNIVERSALIDADE, EQUIDADE E INTEGRALIDADE NA GESTÃO DESCENTRALIZADA DO SUS

Em nosso país a luta pela construção de um sistema de saúde universal, acessível, justo e de qualidade confunde-se, em um primeiro momento, com a própria luta pela redemocratização do país.

O modelo de Saúde adotado durante o regime militar caracterizava-se por apresentar um aumento progressivo dos custos, medicina curativa, centrado no modelo hospitalar, inclusive com o Instituto Nacional da Previdência Social - INPS financiando, a fundo perdido, a construção de novos hospitais (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; CORDEIRO, 2004).

A busca por uma Medicina Social includente nasce nos departamentos de Medicina preventiva, tendo por base as correntes filosóficas marxistas, que se opõem ao movimento preventista americano, e se fundem aos ideais e movimentos contra a ditadura no País (ESCOREL, 1998).

O movimento sanitário passa a ocupar espaços institucionais e a desenvolver projetos baseados em atenção primária, que por sua vez servirão de modelo para a futura implantação do SUS. São eles o Projeto Montes Claros, o Projeto Sobradinho e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) (ESCOREL, 1998).

Em fins dos anos 70 e início dos 80, diversos países, inclusive o Brasil, questionavam quais eram as saídas para o setor público, decorrentes de severas crises econômicas que atingiam as nações e que exigiam um redimensionamento do papel do Estado. Em 1981 são propostas estratégias de organização de saúde

baseadas na descentralização da esfera Federal para os níveis Estadual e Municipal. Essas estratégias de integração foram denominadas de ações integrais de Saúde (AIS) (SCOREL, 1998).

O regime militar chega ao fim em 1985 e, em 1986, dá-se, sob presidência de Sergio Arouca, a 8ª Conferência de Saúde, o mais importante movimento pela democratização e cidadania em saúde do país (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). O documento final desta conferência conceitua saúde de uma forma ampliada como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Na 8ª Conferência de Saúde foi aprovada a criação de um Sistema Único de Saúde. Enquanto sua operacionalização e financiamento eram regulamentados criou-se o sistema unificado e descentralizado de saúde (SUDS), que tinha como princípios a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária (CORDEIRO, 2001).

Como resultado das propostas da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que subsidiou a constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, rompendo com o modelo hegemônico e reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e regido pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação popular (BRASIL, 1988).

O processo de descentralização gerou mecanismos fortemente indutores da responsabilização municipal para a gestão, tais como as exigências de criação de Conselhos de Saúde, Fundos de Saúde e Sistemas de Controle e Avaliação. No entanto, até a segunda metade dos anos de 1990, os repasses financeiros basearam-se no pagamento faturado dos serviços prestados, propiciando uma lógica de atenção baseada na produção de serviços. Os estímulos “à capacidade gestora dos municípios pouco incidiram sobre questões como equidade, resolutividade da rede e modelo de atenção” (GIOVANELLA et al. 2002, p. 38).

A regulamentação das Normas Operacionais Básicas (NOB), em especial a editada em 1996, favoreceu mudanças no modelo de atenção, uma vez que buscou disciplinar o processo de organização da gestão em subsistemas de saúde

municipais (LECOVITZ, 2001). A alocação de recursos federais deixou de ser orientada por critérios de remuneração de serviços produzidos; foram instituídos repasses financeiros para determinados programas (Saúde da Família) e os recursos para a AB passaram a ser distribuídos com base em critérios populacionais, ampliando a governabilidade do gestor municipal e autonomia para migração de recurso da área assistencial para área de promoção a saúde (BRASIL, 2006a).

Neste período observa-se uma aceleração importante do processo descentralizador. Os incentivos disponibilizados para fortalecimento da atenção básica foram determinante para o crescimento do número de ESF e a institucionalização do Programa Saúde da Família (PSF) ganha evidência significativa, como instrumento de reorganização do sistema de serviços de saúde. Na perspectiva de estruturar esse novo modelo de gestão, fez-se necessário a utilização de instrumentos de planejamento e regulação do sistema, elaborados em sintonia com as diretrizes da política de descentralização contidas na Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/02 - NOAS 01/02 (BODSTEIN, 2002).

Esse processo culminou com a criação da Programação Pactuada e Integrada (PPI), no qual estão definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. A PPI tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios (BRASIL, 2006a).

A PPI representou um importante avanço no processo de consolidação da gestão do SUS, embora se tenha observado algumas limitações que impediram a construção das redes regionalizadas e hierarquizadas, dificultando a atenção integral à saúde da população. Entre as questões que demonstraram ser limitantes nesse processo, está a participação restrita dos municípios na definição das diretrizes e parâmetros norteadores da PPI, com a conseqüente impossibilidade de tradução para as necessidades e especificidades locais e regionais. Tendo em vista a superação desses entraves, houve mudanças nos processos de qualificação da gestão dos municípios e estados, bem como nos mecanismos de alocação e

transferência de recursos dispostos na portaria GM/399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 e aprova suas diretrizes operacionais (BRASIL, 2006b).

Pode-se considerar, que as condições políticas, institucionais, jurídicas e financeiras construídas ao longo destes anos a favor da implementação do SUS, vêm contribuindo significativamente para o estabelecimento de caminhos promissores para a consolidação de uma gestão descentralizada e participativa do sistema e da política de saúde e para uma maior governabilidade setorial na garantia do direito à saúde (LUCCHESI, 2003).

No entanto, alguns estudos evidenciam que tais mudanças ainda não resultaram em redução substantiva das desigualdades em saúde no país, persistindo importantes iniquidades quanto: à distribuição espacial da oferta de recursos humanos e de capacidade instalada; ao acesso e utilização de serviços; à qualidade da atenção recebida e às condições de vida e de saúde da população nas diferentes localidades (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002; DUARTE, 2000).

Giovanella (2002) aponta que apesar dos avanços inequívocos na implementação do SUS, seus princípios orientadores ainda não são realidade no cotidiano da atenção. Alguns são mais visíveis, como a descentralização e a universalização; outros ainda distantes como a equidade, integralidade e controle social.

A constituição brasileira instituiu, em 1988, o princípio da universalidade da cobertura e do atendimento a todos os brasileiros e estrangeiros que estejam no país, e acrescenta que o acesso às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde deva ser universal e igualitário, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos. A universalidade constitucional compreende desta forma, o acesso ao SUS, ou seja, o Estado tem o dever de prestar atendimento nos grandes centros urbanos, nos pequenos e, também, para as populações isoladas: indígenas, ribeirinhos, prisioneiros, excluídos sociais e minorias (BRASIL, 1988).

A universalidade da cobertura é dever singular, pois significa que o atendimento deva ser integral e, segundo a constituição, com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízo das assistenciais, quando necessário (BRASIL,

1988). Portanto, para que haja garantia de acesso e de justiça social, em um país de grandes dimensões territoriais, populoso, marcado por heterogeneidades regionais, com carência de recursos financeiros, desigualdades e exclusões sociais, a construção de um sistema universal igualitário deve alicerçar-se no princípio da equidade.

No relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde o termo “equidade” foi citado 25 vezes, sendo registrado pelos participantes que (PINHEIRO; FERLA; SILVA, 2007, p. 456):

O Brasil ainda não tem um modelo de atenção à saúde adequado, que atenda aos problemas de saúde no país com equidade. Os modelos vigentes mantêm caráter assistencialista, sendo incapazes de responder às necessidades da população. São modelos obsoletos, curativistas, assistencialistas (...).

O conceito de “Equidade” tem recebido diferentes definições ao longo do tempo. Para Comte-Sponville (2003) o conceito de equidade tem sido utilizado em dois sentidos, um geral e outro específico. No sentido mais vago o termo se confunde com o próprio significado da palavra justiça. Os termos se equivaleriam, e indicariam a preocupação em se estabelecer regras justas para a organização social. Em latim “*Aequale*”, era o mesmo termo utilizado para designar iguais, sendo que a palavra equidade tem essa mesma raiz etimológica. Portanto, equidade nessa acepção mais geral também se refere à igualdade.

Para Escorel (2001) igualdade e equidade se distinguem a partir da ideia de que “equidade é a introdução da diferença no espaço de igualdade e é parte do processo histórico de lutas sociais que conformam em diversos contextos (tempo e espaço) padrões de cidadania diferenciados”. Contudo, a autora aponta que o princípio de igualdade que orienta a cidadania desdobra-se no princípio da universalidade das regras de distribuição (princípios universalistas de justiça), ideal que tende a homogeneização, e acaba por diluir as diferenças, o que definitivamente prejudica grupos de cidadãos menos favorecidos. Por outro lado a equidade introduz a diferença e surge no período contemporâneo associada às minorias (mulheres, povos indígenas e grupos étnicos, doentes psiquiátricos, negro). Assim, o reconhecimento de direitos a partir de grupos entra em conflito com o pensamento jurídico clássico, no que se refere à constituição de cidadanias plenas, isto é, a um

modo de cidadania comum e indiferenciada.

Nesta direção, alguns autores como Raws (2000) e Sen (2001) têm influenciado o debate sobre o tema, sustentando que apesar da abordagem com base em perspectivas diferenciadas, a equidade sustenta-se pela teoria da justiça, pois a idéia de justiça carrega um sentido distributivo, que implica na igualdade de oportunidades, tendo em vista as diferentes necessidades dos cidadãos. Portanto, a inclusão do debate da justiça social implica na conformação de políticas mais equânimes é imensurável, uma vez que pressupõe tratamento desigual para os que estão em condições de desvantagem, abrindo espaço para o que se considera como um tipo de “discriminação positiva”, e, conseqüentemente, assumindo os dilemas políticos inerentes ao enfrentamento das largas desigualdades verificadas entre os diferentes grupos populacionais (VIANA et al. 2003).

No campo da saúde, o termo “equidade” passa a receber maior atenção na década de 80. Um dos marcos dessa discussão foi a estratégia formulada pela OMS – “Saúde Para Todos no Ano 2000”, que visava a promoção de ações de saúde baseadas na noção de necessidade, destinadas a atingir a todos, independente de raça, gênero, condições socioeconômicas e culturais (VIANA et al. 2003).

Apesar de existir um problema de terminologia na variedade conceitual de eqüidade percebe-se, de modo geral, que há consenso ou aceitação ampla na literatura da definição formulada por Whitehead (1991) segundo o qual eqüidade implica que idealmente todos deveriam ter a justa oportunidade de obter seu pleno potencial de saúde e ninguém deveria ficar em desvantagem de alcançar o seu potencial, se isso puder ser evitado.

No início do século XXI, Starfield (2002, p.53) discute o conceito indicado por Whitehead (1991) e propõe a seguinte definição, para eqüidade em saúde: “Eqüidade em saúde é a ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do *status* de saúde nos grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, demograficamente ou geograficamente. Eqüidade nos serviços de saúde implica em que não existam diferenças nos serviços onde as necessidades são iguais (eqüidade horizontal), ou que os serviços de saúde estejam onde estão presentes as maiores necessidades (eqüidade vertical).” Em suma, para a autora, a eqüidade no cuidado à saúde define-se enquanto igualdade de acesso para iguais

necessidades, uso igual dos serviços para necessidades iguais e igual qualidade de atenção para todos.

No Brasil, com o objetivo de se alcançar, na gestão descentralizada do SUS, efetiva melhoria das condições de saúde, o tema equidade vem ganhando destaque no debate público setorial. Pode-se dizer que a inclusão da equidade ocorreu no plano da formulação das políticas e programas, na garantia do acesso universal aos serviços de saúde. Posteriormente, em sua fase de execução, a equidade passou a ser um dos princípios norteadores da política, seja no aspecto do acesso e utilização do sistema, seja na alocação dos recursos financeiros. Lucchese (2003) sugere que pessoas diferentes deveriam ter acesso a recursos de saúde suficientes para suas *necessidades* de saúde.

No campo da gestão, apresenta-se, contudo dificuldade em discriminar o que seja “necessidade em saúde”. Por um lado o conceito de “necessidades de saúde” determina-se culturalmente quando relacionado às atividades do cotidiano (dor, morbidade, longevidade, possibilidades de acesso ao cuidado) e correspondem a diferentes expectativas quanto aos recursos de saúde necessários para atendê-las. Por outro, observa-se a pressão e o fascínio que o complexo médico industrial, tecnologicamente sofisticado e dinâmico, exerce sobre o imaginário de potenciais usuários e dos profissionais de saúde (LUCHESE, 2003). Para a autora tal concepção impõe “qualificar e selecionar entre as diversas e extremas desigualdades sociais e econômicas, que afetam direta ou indiretamente a saúde, aquelas diferenças desnecessárias e injustas”.

Segundo Sen (2001) para contornar essas dificuldades e tentar operacionalizar tarefas de gestão orientadas à equidade, seria necessário reconhecer a heterogeneidade básica dos seres humanos e a multiplicidade de variáveis em cujos termos a igualdade pode ser julgada, tomando como ponto de partida a análise da desigualdade.

Escorel (2001) ressalta a pertinência de se abordar as desigualdades sociais, no Brasil, a partir da perspectiva desenvolvida por Sen (2001). De acordo com a autora, “para a reversão das condições atuais, para a elaboração de políticas equitativas dirigidas aos grupos social e economicamente mais vulneráveis, para os brasileiros que menos chances têm de desenvolver suas capacidades e potencialidades, ao invés de reduzir a elaboração das políticas aos fatores

contingenciais da factibilidade financeira, há que se partir de um diagnóstico da pobreza como privação das capacidades, para então estabelecer o que deve ser feito e daí o que pode ser feito a cada momento”.

Tradicionalmente, a epidemiologia tem se encarregado de investigar as desigualdades e inúmeros estudos apontam o quanto é desigual o “adoecer” e “morrer” na sociedade. As desigualdades têm sido definidas pela prevalência ou incidência dos problemas de saúde e interligam-se ao status socioeconômico do grupo ao qual pertencem os indivíduos. Relacionam-se a diferentes determinantes que podem corresponder a um conjunto de fatores interligados às condições de saúde e adoecimento, que definem o padrão de morbimortalidade dos diferentes grupos sociais, e/ou as diferenças na distribuição, organização e utilização dos recursos em saúde.

Mais recentemente, tem sido alvo de investigações acadêmicas, a existência e a persistência das desigualdades no acesso. Segundo Viana et al. (2003) em estudos teóricos e empíricos concernentes ao acesso e uso dos serviços de saúde, o tema equidade é analisado segundo as barreiras para o acesso aos serviços de atenção básica e demais níveis de atenção; na qualidade dos serviços; nos fatores determinantes das condições de vida e nos fatores de ordem política que podem promover ou dificultar a equidade.

A implementação de políticas equânimes, que reconheçam as diferenças (justas ou injustas) concernentes às necessidades, deve considerar pelo menos, três importantes campos na saúde: distribuição de recursos; oportunidades de acesso e utilização dos serviços. Embora se considere que a inclusão do princípio de equidade não garante, de imediato, a implementação de políticas que resultem em melhores níveis de equidade (na prestação de serviços), esse debate, juntamente com o da integralidade, vem alcançando relevância no setor, promovendo importante redefinição nos rumos das políticas de saúde (VIANA et al. 2003).

A integralidade não apresenta um conceito unânime que a defina. São várias as correntes interpretativas e os seus sentidos ainda estão inacabados, o que a coloca como fonte de potencialidades nas mudanças das práticas de saúde e na própria consolidação do SUS.

Numa primeira aproximação, integralidade é uma das diretrizes básicas do

Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição de 1988. De fato, o texto constitucional não utiliza a expressão integralidade. Refere-se a “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, art.198). Mas o termo integralidade tem sido utilizado correntemente para designar exatamente essa diretriz.

Para Starfield (2002) integralidade representa a capacidade da equipe em lidar com as necessidades biopsicossociais do indivíduo, da família e da comunidade, em uma integração interdisciplinar; atendendo aos níveis de atenção: de prevenção, de tratamento e de reabilitação; estando relacionada à maior adesão ao tratamento (SIMPSON; KOREMBROT; GREENE, 1997). Implica em assegurar uma variedade de ações necessárias para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, requerendo, portanto, uma necessidade de integração da rede de serviços (STARFIELD, 2002).

O termo integralidade assume segundo Mattos (2004) sentido diverso no contexto da luta pela reforma sanitária no Brasil. Um primeiro, aplicado às políticas de saúde, articulando as ações preventivas com as assistenciais. Um segundo, que se relaciona com os aspectos organizacionais dos serviços de saúde. O terceiro, volta-se aos atributos das práticas de saúde, onde existem articulações entre a prevenção e a assistência, voltadas às necessidades de saúde do usuário, ou seja, os profissionais de saúde devem ter a capacidade de responderem ao sofrimento manifesto do usuário de modo articulado com a oferta de ações e os procedimentos preventivos. Para os serviços isto significa organizar-se de tal forma que inclua em seu processo coletivo de trabalho práticas voltadas à prevenção, traduzidas por uma apreensão ampliada das necessidades dos sujeitos e uma capacidade de contextualizar as ofertas a serem feitas àqueles sujeitos.

Neste sentido a integralidade acontece de forma intersubjetiva, nos diversos encontros entre equipes de saúde e usuários, devendo a oferta de serviços estar harmonizada no contexto de cada encontro e na singularidade de cada sujeito.

Portanto nesta perspectiva da integralidade não se deve reduzir o sujeito à doença que lhe provoca o sofrimento, mas ampliar o olhar ao contexto holístico em que ele está inserido, para, conjuntamente, através do diálogo, construir um projeto terapêutico individualizado, equilibrando-o com a produção de vida. Segundo Campos (2006) isto implica em assegurar a expressão dos desejos, interesses,

autonomia e valores particulares com a máxima liberdade, bem como compreender o agir sobre si mesmo e sobre o contexto; criar espaços onde as diferenças possam ser objetos de compromissos e de contratos, através de negociações. Desta forma, deve haver a necessidade em reformular e integrar a clínica e a saúde coletiva no contexto da Atenção Primária, ampliando a capacidade de análise e intervenção sobre si mesmo, organizações e relação com a vida.

Albuquerque e Stotz (2004) enfatizam que além de pensar o indivíduo como um todo, é preciso pensá-lo inserido na comunidade/município, sendo necessário articular políticas sociais e econômicas para a promoção da saúde, buscando atuar nos fatores determinantes e condicionantes da saúde. Para isto as equipes de saúde da família devem atuar de forma a incentivar a participação popular, o controle social e disseminar as noções de cidadania, rompendo com a reprodução de práticas assistenciais, compartimentalizadas e medicalizadas, transformando pacientes em cidadãos co-participes do processo de construção da saúde.

Portanto a integralidade como ação norteadora no agir em saúde deve orientar para ouvir, compreender e, a partir daí, atender as demandas e necessidades das pessoas, grupos e comunidades, em um novo modelo de Atenção à saúde, permitindo que os sujeitos se vejam como totalidades, extrapolando a organização hierarquizada e regionalizada da rede de saúde, à medida que se traduz por uma atenção de qualidade, abordada de forma multiprofissional, pressupondo que as pessoas sejam percebidas como sujeitos históricos, sociais e políticos, articulados aos seus contextos familiares, sociais e ecológicos (SILVA et al. 2008).

A integralidade abordada na linha de produção do cuidado articula o processo de assistência à saúde de forma holística, em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde, contrapondo-se ao modelo fragmentado de indução do consumo.

Gomes e Pinheiro (2005) colocam as práticas de gestão como campo de construção da integralidade, onde o surgimento dá-se como fruto da interação democrática dos sujeitos implicados na elaboração de respostas governamentais capazes de contemplar as diferenças expressas nas demandas de saúde. Neste sentido o debate em torno da integralidade converge para a responsabilização pelo outro, apreendidos nos atos de receber e ouvir e perpassa pelas estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação dos usuários, convergindo para a

resolutividade da demanda sentida e apresentada (SANTOS; ASSIS, 2006).

A questão da integralidade representa, hoje, o maior desafio nas práticas em saúde, não como questão institucional ou política, mas como desafio cultural, para romper com formas cristalizadas de se entenderem e realizarem ações técnicas e que conformam padrões de intervenção médica ou em saúde já tornados tradição.

3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA E O PROCESSO DE AVALIAÇÃO NA SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental na construção de modelos de saúde universalizantes e includentes. A conferência de Alma-Ata definiu a APS como:

uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas as etapas do seu desenvolvimento, com espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação. A Atenção Primária é parte integrante tanto do sistema nacional de Saúde, do qual constitui-se como função central e núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde residam e trabalham as pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária (OMS, 1979, p.64).

Nesta ocasião foram especificados os componentes fundamentais da atenção primária: educação em saúde; saneamento ambiental, especificamente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição e medicina tradicional (STARFIELD, 2002).

Segundo Vuori (1985) o conceito de APS passou por modificações com relação à proposta original, e seu significado foi mudando e se confundindo com o de atenção básica. Ora se refere a um determinado nível de atenção, ora a um conjunto de serviços ou intervenções em saúde. Em outro momento é considerada como uma estratégia de conscientização das comunidades para melhora de seus problemas coletivos de saúde.

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

Atenção primária seletiva é entendida como um programa específico, focalizado em pessoas e regiões pobres, onde se oferece um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem possibilidade de referência em nível de atenção de maior densidade tecnológica (MENDES, 2002; GIL, 2006).

Como nível primário, a APS é concebida como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a minimização dos custos econômicos e satisfação às demandas da população de forma restrita ao primeiro nível do sistema (MENDES, 2002; GIL, 2006).

A APS, como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, é vista por Mendes (2002) como uma forma de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, implicando em articulação da atenção primária à saúde dentro de um sistema integrado de serviços de saúde.

No Brasil a visão da APS como estratégia de reorientação do modelo assistencial tem sido eixo norteador da atenção à saúde (MENDES, 2002; TAKEDA, 2004).

Em nosso país a terminologia utilizada para designar APS é denominada de Atenção Básica (AB). Segundo Gil (2006) o uso desta terminologia apresenta-se como reflexo da necessidade de diferenciação entre a proposta do PSF e a dos cuidados primários de saúde, interpretados como atenção simplificada à saúde. Devido a isto, criou-se, no Brasil, uma terminologia própria, importante naquele momento histórico e presente até os dias atuais.

O MS incluiu na definição de AB a coordenação da atenção e o vínculo com o usuário, como elementos da atenção primária, e reafirmou a Saúde da Família como estratégia para sua organização, de acordo com a portaria nº 648, de 28/03/2006 Brasil (2006c), que define a atenção básica como:

conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange 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 à população de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, [...] Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação de cuidados, 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.

Esta definição contempla os elementos da atenção primária elaborados por Starfield (2002) e que estão em conformidade com o conceito de APS proposto em Alma Ata.

Segundo Starfield (2002) a APS, em sua forma mais desenvolvida, é o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, de suas famílias e da população. Deve atuar ao longo do tempo, buscando proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos.

Este enfoque tem como valores a busca por um sistema de saúde voltado a enfatizar a equidade social, a co-responsabilidade entre população e setor público, a solidariedade e um conceito amplo de saúde (BRASIL, 2006c).

A APS constitui-se em um conjunto de atividades e serviços de alto impacto para enfrentar desafios prevalentes nos serviços de saúde dos países em desenvolvimento (GOFIN; GOFIN, 2005). Há evidências de que sistemas de saúde baseados na APS alcançam melhores resultados à saúde das populações (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006; ALMEIDA; BARROS, 2005; STARFIELD, 2002) e demonstram que os sistemas de atenção primária à saúde tem capacidade de responder até 85% das necessidades em saúde (STARFIELD, 1994).

A construção e o aperfeiçoamento da APS requerem a monitorização e a capacidade dos serviços em responder as necessidades de Saúde. Para isto é

necessário que as instituições de saúde acompanhem os efeitos de suas intervenções através de avaliações (TAKEDA, TALBOT, 2006).

Para Takeda (2004) a avaliação utiliza teorias de várias áreas de conhecimento, de forma interdisciplinar, contribuindo não apenas para demonstrar a efetividade e os resultados de uma intervenção, mas para a reorganização e tomada de decisão das ações avaliadas, beneficiando os usuários e o serviço.

Para Donabedian (1980) avaliação é um processo que tenta determinar de forma mais sistemática e objetivamente possível a relevância, efetividade e impacto das atividades, tendo em vista seus objetivos.

Para vários autores avaliar significa emitir um juízo de valor sobre uma intervenção ou um de seus componentes com o objetivo de tomada de decisões (TAKEDA; TALBOT, 2006; BOSI; UCHIMURA, 2006; FELISBERTO, 2006). Para Contandriopoulos (2006) avaliar é aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, fornecendo informações cientificamente válidas e socialmente legítimas, permitindo um posicionamento ético dos atores envolvidos e que seja traduzido em ação.

A avaliação deve funcionar de forma contínua como instrumento para a tomada de decisão, fortalecendo a consolidação do SUS, de forma sistemática e concatenada com as ações gerenciais, pois estas têm o poder de mobilizar recursos, de forma institucionalizada, retroalimentando as ESF (TAKEDA; TALBOT, 2006).

Operacionalmente parte da ação relacionada ao trabalho das equipes de saúde está diretamente ancorada em providências estruturais, implicando em organização prévia, o que pressupõe que as ações desenvolvidas tenham passado por um processo de avaliação.

Para avaliar a APS no Sistema de Saúde, Starfield (2002) acrescenta que as características individuais dentro de cada componente diferem de lugar para lugar e de época para época, mas cada sistema de serviços de saúde possui uma estrutura (ou capacidade) que consiste nas características que possibilitam a oferta de serviços, os processos (ou desempenho) que envolvem tanto ações por parte dos profissionais de saúde nos sistemas como as ações das populações e dos pacientes, e o resultado é refletido em vários aspectos do estado de saúde. Estes componentes interagem com o comportamento individual e são determinados tanto por ele como pelo ambiente social, político, econômico e físico em que o sistema de

serviços de saúde existe.

Assim, a incorporação da prática de avaliação nas instituições cumpre os objetivos básicos de subsidiar o planejamento e instrumentalizar a gerência dos serviços de saúde, além de acrescentar elementos para pensar o cotidiano dos serviços na prática dos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família e na interação com a população adscrita (RONCALLI; LIMA, 2006).

Retomando as várias dimensões estruturais da atenção primária à saúde, o presente estudo vale-se destes conceitos para avaliar as dimensões relacionadas ao diagnóstico e tratamento da TB no município de Santa Rita – PB.

4. Aspectos Metodológicos

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo é do tipo exploratório, com abordagem de predominância quantitativa, e objetivou avaliar a dinâmica das ações de acesso ao diagnóstico e tratamento da TB na perspectiva dos profissionais da estratégia de saúde da família no município de Santa Rita.

De acordo com Gil (1994) o estudo exploratório objetiva esclarecer e modificar conceitos e idéias, visando à formulação de problemas precisos ou à pesquisa de eventuais hipóteses para posteriores estudos. Para esse autor, as pesquisas exploratórias apresentam-se como a primeira etapa para uma investigação mais ampla.

São sete as etapas necessárias para a realização de uma pesquisa quantitativa: 1) Definição do objetivo da pesquisa; 2) Definição da população e da amostra; 3) Elaboração dos questionários; 4) Coleta de dados; 5) Processamento dos dados (tabulação); 6) Análise dos resultados; 7) Apresentação e divulgação dos resultados (GIL,1994).

As pesquisas quantitativas são mais adequadas para apurar opiniões e atitudes explícitas e conscientes dos entrevistados, pois utilizam instrumentos padronizados (questionários). São utilizadas quando se sabe exatamente o que deve ser perguntado para atingir os objetivos da pesquisa e permitem que se realizem projeções para a população representada.

A pesquisa quantitativa, segundo Bignardi (2003) aplica-se à dimensão mensurável da realidade, origina-se na visão newtoniana dos fenômenos e transita com eficácia na horizontalidade dos extratos mais densos e materiais da realidade. Seus resultados auxiliam o planejamento de ações coletivas e produz resultados passíveis de generalização, principalmente quando as populações pesquisadas representam com fidelidade o coletivo.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

4.2.1 Caracterização do Município de Santa Rita

Elegeram-se como local do estudo o município de Santa Rita, pertencente a região metropolitana de João Pessoa, no Estado da Paraíba. A escolha foi precedida por um estudo multicêntrico desenvolvido sob coordenação da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB), denominado “Situação da implantação do DOTS para o Controle da TB em algumas Regiões do Brasil: histórico e peculiaridades de acordo com as características regionais” (SÁ; FIGUEIREDO; LIMA, 2006).

O município de Santa Rita situa-se no Litoral Norte do Estado da Paraíba, na mesorregião da Mata paraibana, distando 12 km da Capital, João Pessoa. Possui uma área territorial de 727 km² e população estimada em 122.454 habitantes (IBGE, 2008). Limita-se ao Norte com os municípios de Lucena, Rio Tinto, Mamanguape e o Oceano Atlântico; ao Sul com Alhandra e o Conde; ao Leste com Bayeux, João Pessoa e o Oceano Atlântico e a Oeste com Pedras de Fogo, Cruz do Espírito Santo e Sapé.

O município conta com 36 equipes de saúde da família, distribuídas entre as zonas urbanas e rural, divididas em cinco distritos. Há 4 UBS, 1 Hospital filantrópico, 1 Centro de Especialidades Médicas e odontológicas, 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e 1 Farmácia popular.

4.2.2 Situação da TB em Santa Rita

O Programa de Controle da Tuberculose (PCT) do Município encontra-se atualmente descentralizado para a rede básica de saúde, sua implantação data de janeiro de 1999. Como ações estratégicas o PCT de Santa Rita garante os insumos para o tratamento dos doentes, realiza campanhas educativas para a busca de sintomáticos respiratórios de forma articulada com o PCT estadual e, juntamente com este, capacita os recursos humanos do município.

Com relação à situação da TB em Santa Rita, os dados mostram que há uma diminuição nos casos notificados no período de 2004 a 2007 (TABELA 1).

TABELA 01 - Distribuição de casos de tuberculose no município de Santa Rita – PB, no período de 2000-2007

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Casos notificados	48	52	39	50	53	51	42	40

FONTE: Secretaria Municipal de Saúde de Santa Rita, 2008

Os percentuais de cura e abandono no município encontram-se dentro das metas estabelecidas pela OMS (TABELA 2), mas existe uma migração dos doentes mais graves para hospitais de referência em João Pessoa, o que favorece os melhores índices de Santa Rita, já que muitos desses usuários são notificados e acompanhados junto ao município de João Pessoa.

TABELA 02 - Distribuição dos percentuais de cura e abandono no município de Santa Rita - PB, no período de 2003 a 2007

Situação / Ano	2003	2004	2005	2006	2007
Cura	97,1%	97,9%	98,2%	96,0%	95,0%
Abandono	0%	0%	0%	0%	5,0%

FONTE: Secretaria Municipal de Saúde de Santa Rita, 2008

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

No momento da realização do estudo o município de Santa Rita – PB contava com 36 Equipes de Saúde da Família, compostas por um total de 350 profissionais, sendo 245 agentes comunitários de saúde, 36 auxiliares de enfermagem, 36 enfermeiros e 33 médicos, portanto três equipes não dispunham de médicos.

Elegeram-se como população a ser investigada os profissionais das equipes de saúde da família que estavam presentes nas Unidades de Saúde da Família do Município de Santa Rita – PB, no momento da coleta de dados e que aceitaram participar espontaneamente da pesquisa. Foram critérios de inclusão:

- a) Atuar nos serviços de saúde da família do Município de Santa Rita;
- b) Desempenhar ações no controle da Tuberculose;
- c) Encontrar-se na USF no momento de aplicação do questionário;
- d) Aceitar participar do estudo.

Durante a coleta de dados alguns profissionais não se encontravam no local do estudo e outros se recusaram a participar da pesquisa, principalmente os profissionais Médicos, que alegaram pouca proximidade com a temática ou falta de tempo, o que resultou em uma população de 100 entrevistados. Esta população corresponde a 28,6% do total de profissionais da ESF do município.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento para a coleta dos dados foi elaborado a partir da adaptação dos componentes do *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) desenvolvidos na Universidade de Johns Hopkins, sendo formulados e validados para avaliar os aspectos críticos da Atenção Primária à Saúde (APS) em países industrializados (OPAS/OMS, 2006). Ressalta-se que esta metodologia foi adaptada e revalidada para o contexto brasileiro por Almeida e Macinko (2006) com o objetivo de promover uma avaliação rápida das características organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica, com enfoque nas dimensões essenciais da APS. 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 para os três segmentos: usuários, gestores e profissionais de saúde (VILLA; RUFFINO NETTO, 2007).

Este instrumento, elaborado pela REDE-TB (ANEXO 1), foi utilizado como modelo no contexto dos profissionais de saúde, sendo ajustado para atender as características locais e aos objetivos propostos na pesquisa (APÊNDICE 1). Das trinta e três (33) questões existentes foram selecionadas vinte e quatro (24), das quais nove (9) relacionam-se ao acesso ao diagnóstico e quinze (15) ao acesso ao

tratamento. (QUADRO 1). Duas perguntas relacionadas ao diagnóstico foram formuladas de forma aberta, para que o entrevistado assinalasse um número inteiro.

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

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

ACESSO AO DIAGNÓSTICO	
INDICADORES	QUESTÃO ADAPTADA
Busca de sintomáticos respiratórios	Os profissionais da sua unidade realizam busca de sintomáticos respiratórios na comunidade?
Baciloscopia	O doente tem que se deslocar para outro local para realizar a coleta de escarro? Há oferecimento de pote de escarro na unidade para diagnóstico? O resultado do exame de laboratório é encaminhado para a unidade? O resultado da baciloscopia (BAAR) é entregue em quantos dias?
Realização de PPD	A Unidade realiza teste tuberculínico (PPD) quando necessário?
Radiografia de tórax	Os contactantes, se necessário, realizam radiografia de tórax?
	O resultado da Radiografia de tórax é entregue em quantos dias?
Identificação de co-infecção TB/HIV	Os doentes com diagnóstico de TB realizam sorologia para HIV?
ACESSO AO TRATAMENTO	
INDICADORES	QUESTÃO ADAPTADA
Consulta na USF	Os doentes com TB podem conseguir uma consulta nesta unidade? Os doentes com TB podem obter uma consulta médica no prazo de 24 horas?
Oferta de medicamento	Durante os 6 últimos meses, com que frequência a unidade teve oferta adequada de medicamentos para o tratamento da TB?
Oferta de benefícios	O município oferece algum benefício aos doentes em tratamento?
Tratamento supervisionado	Há tratamento supervisionado no domicílio? Há tratamento supervisionado na unidade de saúde?
Fluxo de informações	A USF faz notificação dos casos diagnosticados? Para os doentes de TB atendidos existe um registro obrigatório? Existem normas definidas para transferência de informações sobre doentes de TB entre os níveis de atenção? Com que frequência elas são usadas? Quando o doente precisa ser referido para outro serviço, os profissionais discutem com ele os possíveis lugares de atendimento? Existem mecanismos formais na USF para marcar consulta com especialista? Quando os doentes são referidos pra outros serviços, os profissionais da Atenção Básica fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido? Os profissionais da Atenção Básica recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialista? Os profissionais de Atenção Básica discutem com o doente sobre os resultados das consultas com o especialista?

Quadro 1: Questões selecionadas do Instrumento revalidado pela Coordenação de Estudos Operacionais da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose - REDE-TB, e adaptadas para avaliação do Acesso ao Diagnóstico e Tratamento da TB no presente estudo.

4.5 TRABALHO DE CAMPO

Inicialmente foi realizado um projeto piloto, no mês de Abril/2008, no município de Cabedelo - PB, que apresenta características epidemiológicas, percentuais de cura e de abandono com relação à TB, semelhantes às do município de Santa Rita, além de localizar-se próximo a este.

Neste projeto, profissionais de saúde da família responderam a um questionário igual ao que foi aplicado em Santa Rita, com a finalidade de detectar possíveis dificuldades e/ou inconsistências nas perguntas. Esta etapa foi realizada com o auxílio de uma enfermeira previamente treinada.

Observou-se dificuldade na inclusão de Médicos em participarem do Projeto Piloto, fato também ocorrido durante a pesquisa.

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador, com o auxílio de uma técnica de enfermagem devidamente treinada, no período de julho a agosto de 2008.

Os dados foram coletados nas próprias unidades de trabalho dos profissionais de saúde, após contato prévio com um dos membros da equipe para escolha do melhor horário para sua aplicação. Os questionários eram recolhidos logo após o término de seu preenchimento.

4.6 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR

A coleta de dados foi iniciada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB em sua 2ª Reunião Ordinária, realizada no dia 02/04/2008, protocolada pelo número 068/08 e obedeceu a todos os aspectos éticos e legais para estudos envolvendo seres humanos, levando-se em consideração as observâncias éticas contempladas na Resolução nº 196/96 (BRASIL, 1996) no que concerne ao consentimento das Instituições para a coleta de dados. Cada colaborador da pesquisa recebeu um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2), solicitando a sua participação voluntária, comunicando o objetivo do estudo e garantindo o anonimato, o sigilo das informações e o direito de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, em conformidade com os princípios que implicam na ética da pesquisa envolvendo

seres humanos: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos foram transcritos para meio eletrônico sendo utilizado o programa estatístico do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 11.5 for Windows).

Foi feita a descrição das freqüências das variáveis do estudo. Após a análise estatística, os resultados foram descritos com a utilização de gráficos e tabelas. A análise estatística foi feita com base em uma medida de tendência central: a mediana. Segundo Crespo (1996); Costa Neto (1977) a mediana (Md) ou valor mediano é uma medida de posição, definida como o número que se encontra no centro de uma série de números, estando estes dispostos segundo uma ordem, o que em outras palavras, é a mediana de um conjunto de valores, ordenados segundo uma ordem de grandeza. É o valor situado de tal forma no conjunto que o separa em dois subconjuntos de mesmo número de elementos. Ela depende da posição e não dos valores dos elementos na série ordenada. Essa é uma das diferenças marcantes entre a mediana e a média, pois esta se deixa influenciar pelos valores extremos.

A avaliação das ações de controle da TB, no município de Santa Rita, foi realizada a partir da análise de indicadores específicos de cada dimensão: diagnóstico e tratamento.

5. Resultados e Discussão

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

A população do estudo foi composta por 100 servidores das equipes de saúde da família que se encontravam presentes nas Unidades e que se sentiram aptos a responder ao questionário.

Todos os entrevistados eram lotados nas Unidades de Saúde da Família no município de Santa Rita – PB. A Figura 1 apresenta a distribuição dos entrevistados segundo a ocupação exercida nas Equipes de Saúde da Família. Observa-se que a maioria de 57% era de ACS, seguida por 22% de técnicos de enfermagem, 18% de enfermeiros e 3% de médicos.

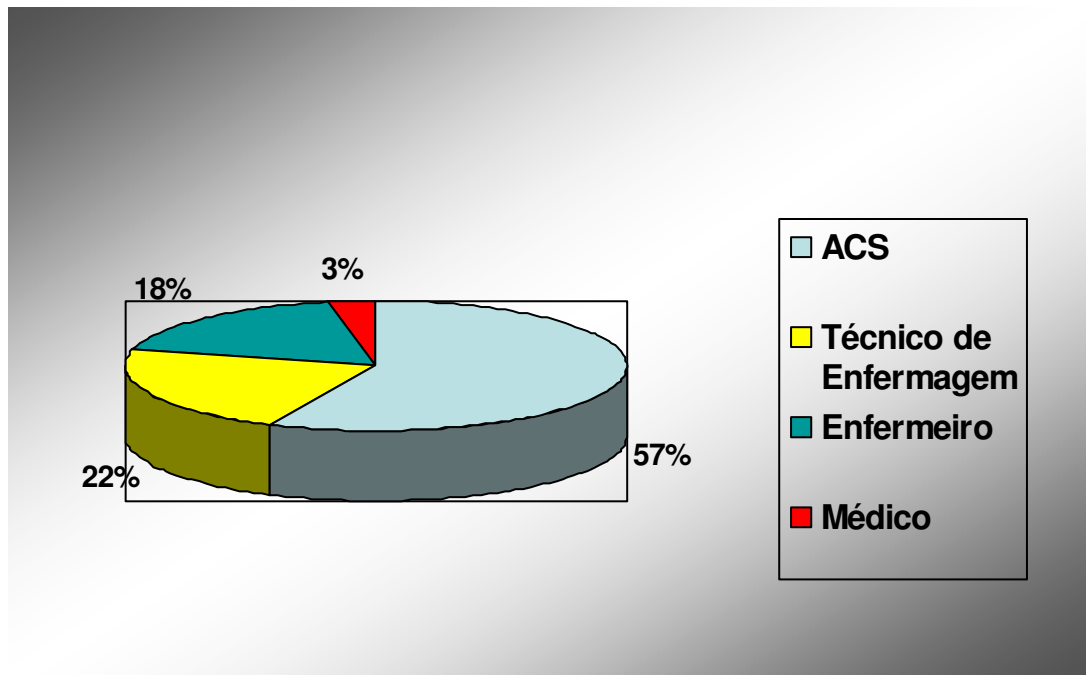


Figura 1: Distribuição da população estudada de acordo com a função exercida - Santa Rita/ PB, 2008.

Tabela 3: Distribuição da freqüência absoluta e relativa (%) dos entrevistados segundo a categoria profissional

Categoria profissional	Total	Entrevistados (n)	Entrevistados (% do total da categoria)
Agente Comunitário de Saúde	245	57	23,3%
Auxiliar / Técnico de Enfermagem	36	22	61,1%
Enfermeiro	36	18	50,0%
Médico	33	03	9,1%
TOTAL	350	100	27%

FONTE: Pesquisa direta 2008

O pequeno número de médicos que se prontificou a responder ao questionário deve-se provavelmente a alta rotatividade destes profissionais nas ESF do município de Santa Rita. As fragilidades do PSF em termos de resolutividade, conseqüentes, dentre outros fatores, da rotatividade profissional, vêm sendo apontadas como um dos problemas para a manutenção da estratégia de mudança do modelo assistencial (IGNOTTI, 2007).

A dificuldade de fixação dos profissionais torna-se mais crítica nos períodos pré e pós-eleitorais (CANESQUI, 2006). Este fato também pode ser responsável pelo baixo número de médicos inclusos no presente estudo, pois a coleta de dados foi realizada no período que antecedia as eleições municipais.

A alta rotatividade dos Médicos nas equipes gera, entre outros problemas, implicações negativas no tratamento, pois prejudica o vínculo com a população, à medida que dificulta o estabelecimento de fortes laços interpessoais, pois estes dependem de uma fonte habitual de inter-relação. (STARFIELD, 1977).

Na concepção sobre a Saúde Paidéia, Campos (2003) considera o fortalecimento de vínculos entre usuários, família e comunidade com a equipe de saúde como um recurso terapêutico e como um dos meios mais adequados para a prática de uma clínica com qualidade ampliada. O autor estabelece como condição básica para a construção de vínculo, a capacidade da equipe em se responsabilizar pela atenção integral à saúde dos que vivem em dado território.

O número limitado de médicos no presente estudo, diante das considerações descritas, permite inferir que o perfil do profissional Médico nas Equipes de Saúde

do município de Santa Rita necessita ser melhor otimizado.

Quanto ao tempo de atuação dos entrevistados na ESF, observa-se que variou de 0,5 a 27 anos, sendo a média de 6 anos, mediana de 7,3 anos, moda de 6,0 anos, desvio padrão de 5,6 e variância de 31,5.

5.2 ACESSIBILIDADE AO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE

As questões referentes à acessibilidade ao diagnóstico da TB foram analisadas a partir dos indicadores “realização de busca ativa de sintomáticos respiratórios”, “deslocamento para realização da coleta de escarro”, “oferta de pote para coleta de material”, “retorno do exame à USF”, “tempo em dias para entrega do resultado da baciloscopia”, “realização da prova tuberculínica”, “realização do RX de tórax”, “tempo, em dias, para entrega do resultado do RX de tórax” e “realização de sorologia para o HIV”.

A busca de casos constitui-se em um processo que compreende técnicas diagnósticas e as atividades voltadas à sua operacionalização, abrangendo as populações de riscos, como sintomáticos respiratórios, comunicantes, indivíduos que apresentem exame radiológico suspeito, ou indivíduos que possuam enfermidades e condição social que o torne suscetível à tuberculose, como os portadores de HIV (BRASIL, 2002a).

A busca dos sintomáticos respiratórios é sempre realizada na unidade de acordo com 53% dos entrevistados, enquanto que 14% dos entrevistados referirem que esta busca nunca é realizada (FIGURA 2). Vê-se, dessa forma, que, apesar da Estratégia de Saúde da Família integrar a idéia da família e da comunidade como base de uma nova relação com o território, visando à promoção à saúde e prevenção de doenças, estes programas ainda não conseguiram se fixar enquanto base histórica de um modelo assistencial de caráter promocional (FRANCO; MERHY, 1999) e de vigilância da TB, principalmente, na busca do sintomático respiratório (SR).

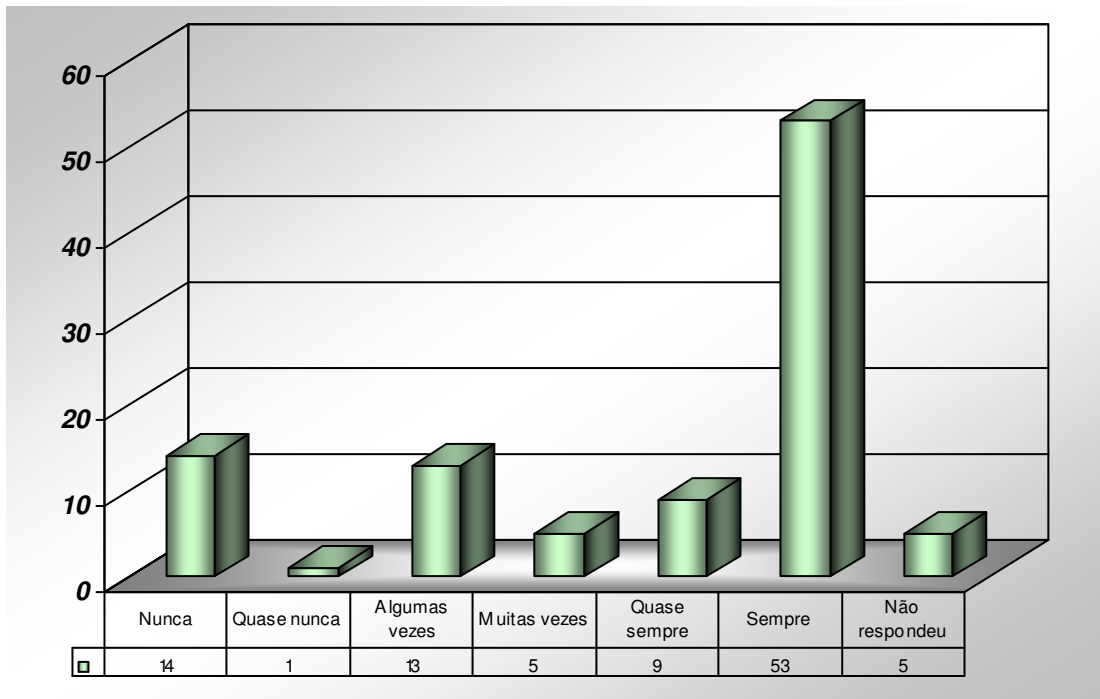


Figura 2: Frequência com que a busca ativa de sintomáticos respiratórios é realizada, segundo os profissionais das equipes de saúde - Santa Rita/ PB, 2008.

A suspeição e diagnóstico dos casos de tuberculose requerem que seja assumido um conjunto de ações, tais como: garantir insumos para a coleta de baciloscopia, que o procedimento de coleta de material esteja disponibilizado em todas as unidades da atenção básica, garantir condições otimizadas de armazenamento do material colhido, celeridade na execução dos exames e pronto acesso a exames complementares como baciloscopia do escarro, *PPD* e radiografia do tórax. Um importante desafio do processo gerencial é conseguir coordenar adequadamente este conjunto de ações diversificadas, especializadas e fragmentadas, de modo que elas resultem em um cuidado coordenado – eficaz e de qualidade (MERHY; CECÍLIO, 2003).

Quanto maior a variedade de serviços ofertados, mais difícil é realizar a coordenação da atenção, especialmente se estes serviços são ofertados em outros locais, que não a própria unidade de saúde, o que por sua vez prejudicará as ações de acesso ao diagnóstico e tratamento. Portanto o compromisso político do gestor

local é de fundamental importância para uma assistência integral.

A frequência com que os doentes com TB têm que se deslocar para outro local a fim de realizar a coleta do escarro apresenta-se de forma preocupante: 76% dos entrevistados afirmam que “sempre ou quase sempre” há necessidade deste deslocamento do sintomático respiratório para outro setor a fim de realizar a coleta do escarro, 10% responderam que esta necessidade dá-se “algumas vezes ou muitas vezes” e para apenas 12% dos entrevistados o sintomático não precisa, “nunca ou quase nunca” se deslocar para outro serviço de saúde (FIGURA 3).

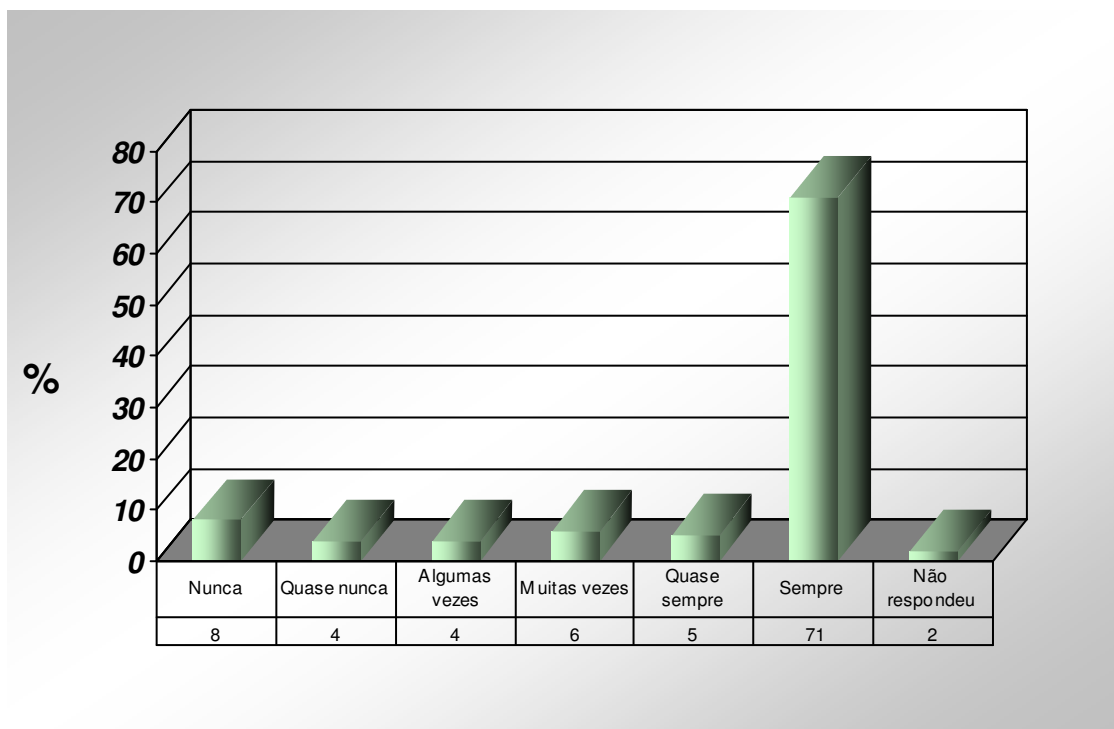


Figura 3: Frequência com que o doente tem que se deslocar para outro local para realizar a coleta do escarro, segundo os profissionais das equipes de saúde - Santa Rita/ PB, 2008.

É de fundamental importância que o município crie mecanismos que garantam a descentralização deste procedimento uma vez que o mesmo caracteriza-se como método prioritário para o diagnóstico e acompanhamento dos casos. A demora na realização do diagnóstico de um doente bacilífero implica em retardo no início do tratamento, o que leva a uma maior chance de contágio dos contactantes e, consecutivamente, aumento na incidência da doença.

Freire et al. (2007) em estudo realizado em Londrina-PR, encontraram um risco de adoecimento nos contactos de casos bacilíferos duas vezes maior que o dos contactantes de casos com baciloscopia negativa. Evidencia-se, desta forma, a necessidade de ampliar a capacidade de resposta do serviço, vinculada a uma maior coordenação gerencial, para que o diagnóstico baciloscópico seja o mais precoce possível..

Esta situação se agrava à medida que se analisa a entrega do pote para coleta do escarro pela unidade (FIGURA 4). Em relação à oferta deste insumo observa-se apenas 51% dos entrevistados afirma que o pote é “sempre” oferecido na unidade, 6% dos entrevistados respondeu que a unidade o oferece “muitas vezes” ou “quase sempre”, 20% o oferece “algumas vezes” e 20% assinalaram que a unidade “nunca” o oferece.

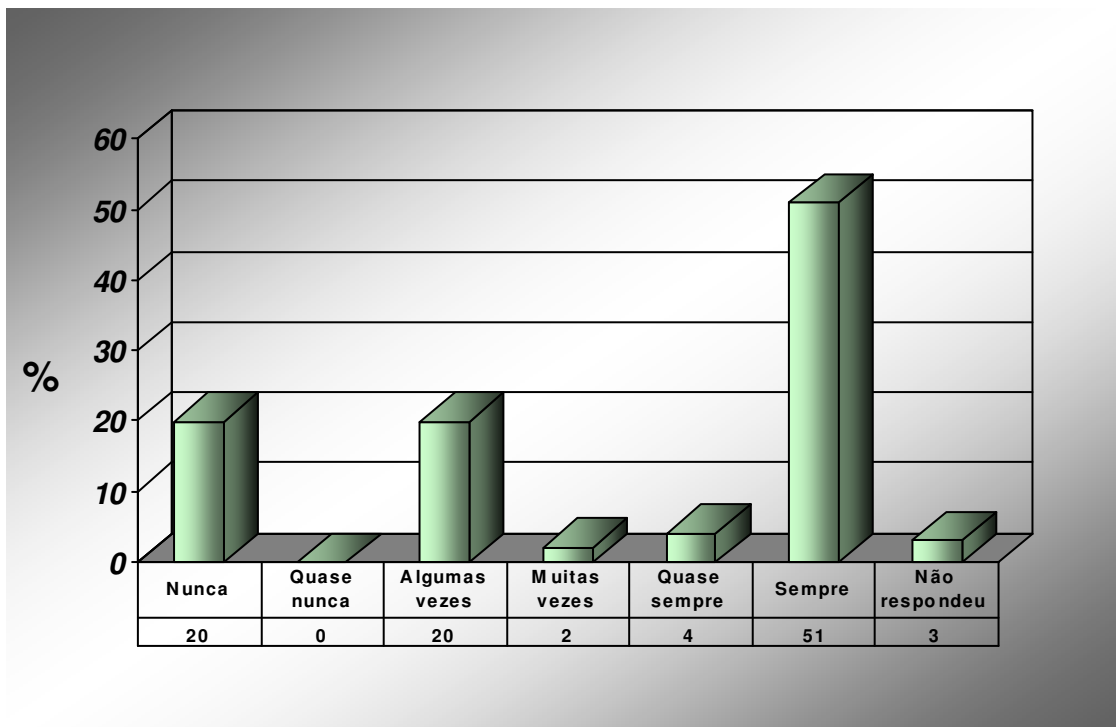


Figura 4: Frequência com que a Unidade de Saúde oferece pote para coleta do escarro, segundo os profissionais das equipes de saúde - Santa Rita/ PB, 2008.

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

entrevistados.

Nesse sentido Marcolino (2007) também aponta uma inadequada oferta deste insumo em Bayeux - PB, onde 50% dos entrevistados responderam que nunca ou quase nunca dispõem do pote do escarro na unidade.

A oferta insuficiente do pote para coleta do escarro na unidade retarda a descoberta precoce dos doentes bacilíferos, aumenta o tempo de exposição dos contactantes e dificulta o processo de busca dos sintomáticos respiratórios (BRASIL, 2004b).

A baciloscopia de escarro constitui-se em uma alternativa rápida e de baixo custo para o diagnóstico da tuberculose pulmonar. Espera-se que em menos de 24 horas o resultado já esteja disponível à equipe de saúde, para que seja iniciado precocemente o tratamento. Nas respostas dos entrevistados mais duas situações foram preocupantes, a frequência de encaminhamento deste exame para a unidade e a demora para entrega do resultado do exame. Para 60% dos entrevistados o resultado da baciloscopia é encaminhado para unidade solicitante, entretanto segundo 21% dos entrevistados, o resultado “nunca” retorna para unidade (FIGURA 5).

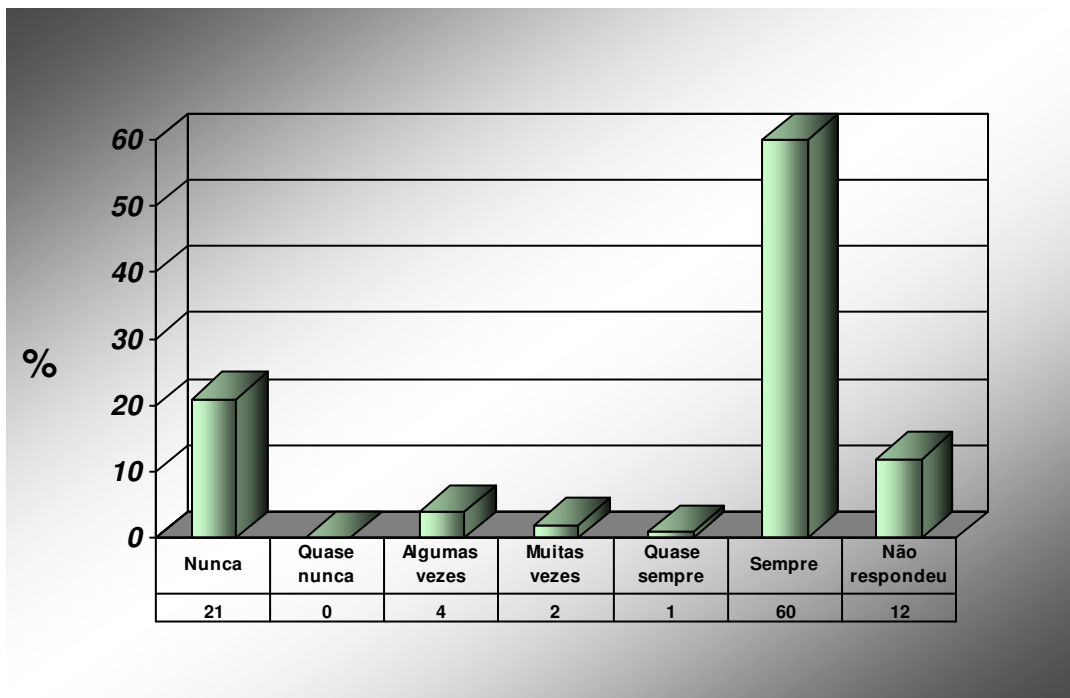


Figura 5: Frequência com que o resultado do exame de laboratório retorna para a USF, segundo os profissionais das equipes de saúde - Santa Rita/ PB, 2008.

A situação da baciloscopia no município agrava-se ainda mais ao se analisar o tempo decorrido para sua entrega. A média de resposta dos entrevistados para entrega do resultado da baciloscopia foi de 6,9 dias. Apenas 6,3% dos entrevistados responderam que o resultado da baciloscopia é entregue em menos de 72h e para 33,3% há uma demora de até 8 dias na entrega (TABELA 4).

TABELA 4 - Tempo, em dias, para entrega do resultado da baciloscopia (BAAR), de acordo com os entrevistados

Resposta do entrevistado	Valor absoluto em dias
Tempo mínimo	1
Tempo máximo	15
Média	6,9
Mediana	7,0
Moda	8
Desvio padrão	2,7
Variância	7,4

FONTE: Pesquisa direta 2008

A descentralização da realização da baciloscopia do escarro para a Estratégia de Saúde da Família visa prioritariamente detectar os doentes bacilíferos e iniciar precocemente o tratamento dos casos. Sendo este procedimento uma ação prevista para ser executada ao nível da atenção básica, seria relevante compreender quais fatores estariam dificultando a inserção desta atividade no processo de trabalho das ESF.

A partir do momento em que a ESF atua como porta de entrada do sistema de atenção, espera-se que haja uma articulação e integração do gestor local a uma rede de serviços, fazendo parte de um sistema de referência e contra-referência que garanta maior resolutividade e possibilite o diagnóstico e acompanhamento dos pacientes. Todavia, se faz necessário que esta rede esteja organizada a dar respostas às demandas surgidas.

A continuidade das ações desencadeadas pelas equipes de saúde da atenção básica depende diretamente do modo como se organizam os diferentes pontos de atenção. Estudo realizado por Muniz (2004) identificou lacunas entre os diferentes pontos de atenção, apontando fragmentação do sistema de serviços de saúde. Verificaram-se falhas de comunicação entre os serviços e no fluxo de

informações, dificultando a continuidade da atenção iniciada. Uma ação desencadeada no território precisa encontrar respostas no sistema sejam elas estruturais - insumos, fluxo laboratorial, sistema de informação - e operacionais - coordenação, formação de recursos humanos, para que não comprometa a integralidade da assistência. O que, de fato, determina a continuidade das ações desencadeadas depende diretamente do modo como se organizam e se comunicam os diferentes pontos de atenção (MENDES, 2002).

Nesta perspectiva a gestão da atenção básica deve estruturar-se e organizar-se com a rede de serviços de forma a gerir com maior eficácia os problemas crônicos de Saúde (OPAS/OMS, 2002). Ao não coordenar e articular a rede de investigação bacteriológica, o PCT municipal coloca em risco toda a cadeia estrutural de diagnóstico do sintomático respiratório e consecutivamente aumenta o tempo de exposição dos contactantes, e o risco de infecção destes.

Portanto é fundamental que as ações de controle da TB, de forma descentralizadas, sejam viabilizadas pelos gestores e que haja o envolvimento e uma efetiva participação de todos os participantes nos diferentes níveis de atenção (RUFFINO-NETTO; VILLA, 2006).

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

A prova tuberculínica é um exame complementar, de auxílio diagnóstico. O resultado positivo evidencia apenas a infecção por micobactérias, não caracterizando a presença de doenças. Entretanto, sua utilização é recomendada em casos sob suspeita de TB extrapulmonar, na identificação de tuberculose-infecção entre contatos intradomiciliares, especialmente em crianças, portadores de forma disseminada de TB e indivíduos infectados pelo HIV, como parâmetro de indicação à quimioprofilaxia.

Dentre os entrevistados, apenas 19% responderam que o teste tuberculínico

é realizado “sempre ou quase sempre” na unidade, para 71% dos entrevistados o procedimento “nunca” é realizado (FIGURA 6). Dada a necessidade de capacitação dos profissionais para a realização de tal procedimento, sugere-se que esta ação possivelmente encontra-se centralizada em algumas USF.

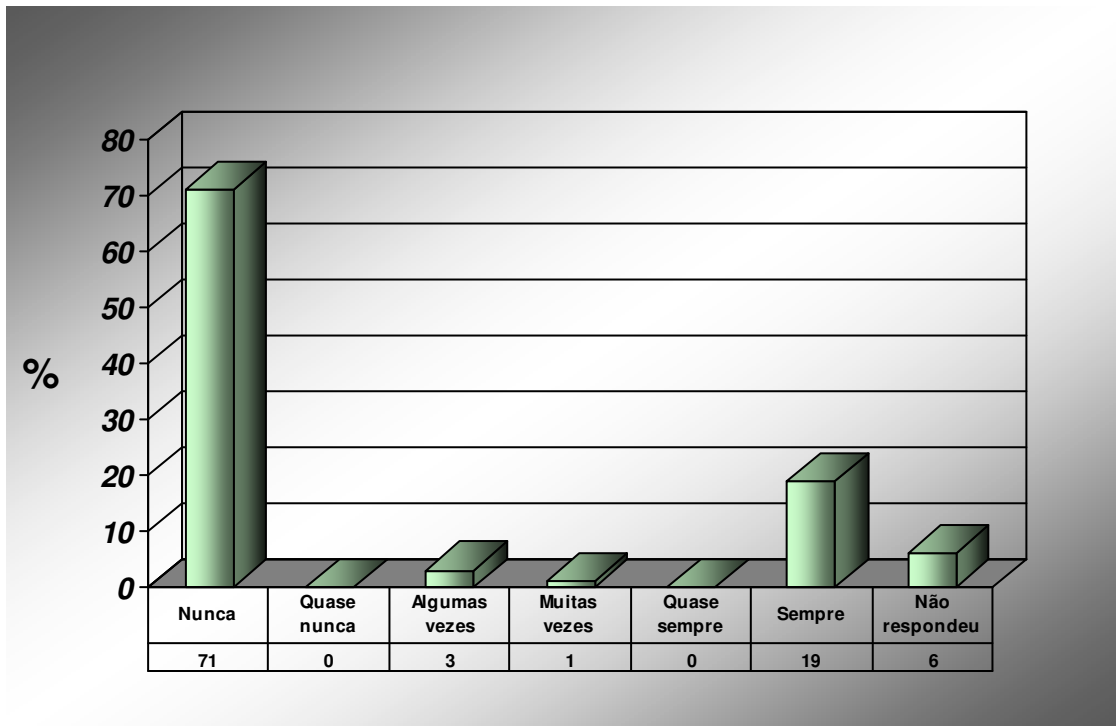


Figura 6: Frequência com que a Unidade de Saúde realiza Teste Tuberculínico (PPD), segundo os profissionais das equipes de saúde - Santa Rita/ PB, 2008.

Os achados do estudo relacionam-se com pesquisa realizada por Marcolino (2007), a qual avaliou as condições de acesso às ações de controle da TB no município de Bayeux – PB, onde foi identificado que 50% das equipes de saúde investigadas não realizam o teste tuberculínico na unidade.

Tanto a falta do pote para a coleta do escarro, quanto a não aplicação do teste tuberculínico na USF, sinalizam para uma deficiência na coordenação das atividades gerenciais básicas que o município deve ofertar à sua comunidade, o que compromete a atenção iniciada pela Equipe de Saúde da Família, prejudicando o acesso ao diagnóstico e contribuindo para manter o município dentre aqueles com elevados coeficientes de incidência de TB na Paraíba. Segundo Villa et al. (2006) o

desempenho em termos de diagnóstico de casos na comunidade e nas diferentes unidades de saúde relaciona-se diretamente com a incidência das doenças.

Tancredi, Barrios e Ferreira (1998) apontam que gerenciar é um processo de tomar decisões que afeta a estrutura, os processos de produção e o produto de um sistema. Este processo implica em coordenar os esforços das várias partes desse sistema, controlar os processos e os rendimentos das partes e avaliar os produtos finais e os resultados. Complementando tal afirmação, Contandriopoulos (2006) ressalta que a tarefa de gerenciar é que possibilitará a organização de saúde, mudar os níveis de atenção e a qualidade de seus serviços.

Outro exame recomendado para apoio ao diagnóstico de TB é a Radiografia de Tórax. A Figura 7 mostra que 73% dos entrevistados afirmam que os contactantes de TB “sempre” realizam este procedimento quando necessário, enquanto apenas 3% mencionaram “nunca ou quase nunca” realizá-lo.

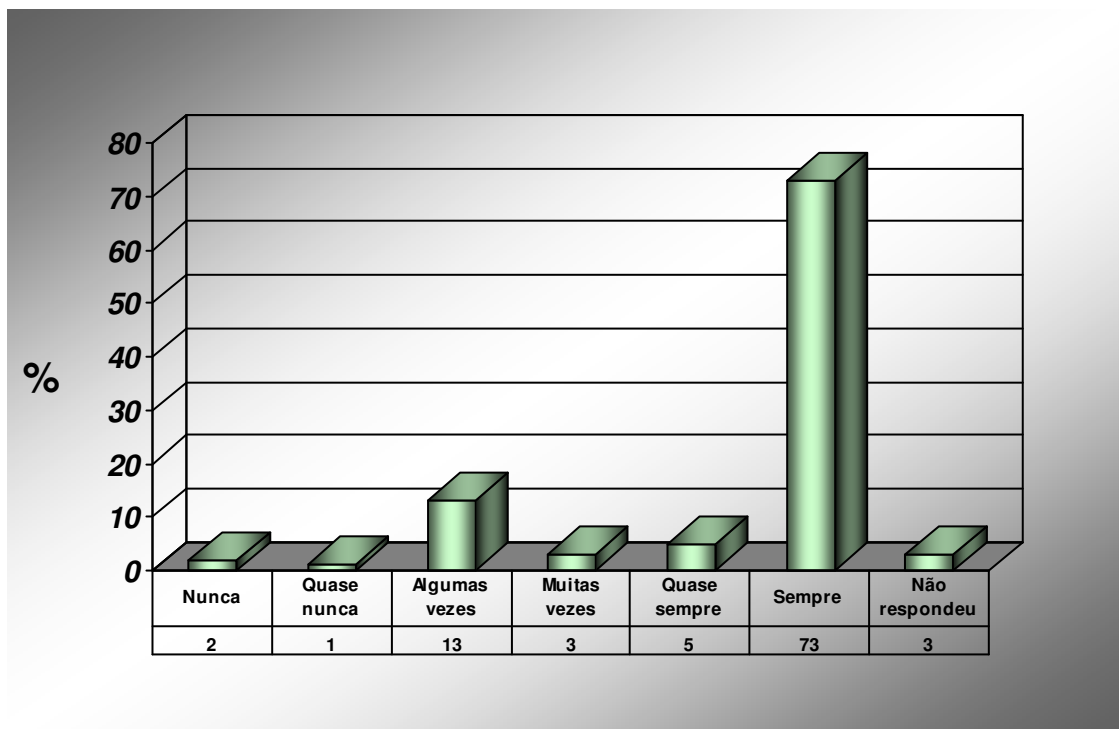


Figura 7: Frequência com que os contactantes de TB realizam Radiografia de tórax, quando necessário, segundo os profissionais das equipes de saúde - Santa Rita/ PB, 2008.

Mais uma vez os resultados encontrados demonstram as fragilidades nos diversos pontos da atenção, pois a não realização da radiografia do tórax compromete o acesso dos contactantes ao diagnóstico da TB, conforme descrito por (FREIRE; BONAMETTI; MATSUO, 2007). Estes autores constataram que o risco de adoecimento por TB nos contactantes que apresentavam exame radiológico pulmonar suspeito foi cerca de seis vezes maior, quando comparados a contactantes com exame normal.

O tempo de entrega do resultado da radiologia respiratória variou de 2 a 30 dias, com uma média de 8,7 dias e mediana de 8,0 dias (TABELA 5). A maioria dos entrevistados, 54%, responderam que o resultado da radiografia do tórax é entregue em 8 a 9 dias, o que representa uma demora injustificada que contribui para retardar o diagnóstico.

Tabela 5: Tempo, em dias, para entrega do resultado da Radiografia de tórax, de acordo com os entrevistados

Resposta do entrevistado	Valor absoluto em dias
Tempo mínimo	2
Tempo máximo	30
Média	8,7
Mediana	8,0
Moda	8
Desvio padrão	4,4
Variância	19,6

FONTE: Pesquisa direta, 2008.

Outro exame determinado como obrigatório para os casos com diagnóstico de TB, é a sorologia para o HIV. No Brasil, 14% dos pacientes com TB estão infectados pelo vírus do HIV (BRASIL, 2007). No entanto apenas 70% dos portadores de TB realizam a sorologia para diagnosticar a co-infecção TB/HIV. Em Santa Rita - PB esta situação é mais grave, pois, segundo apenas 50% dos entrevistados, a pesquisa do HIV é requisitada sempre ou quase sempre, enquanto que para 24% dos entrevistados esta pesquisa “nunca” é realizada nos doentes com diagnóstico de TB (FIGURA 8).

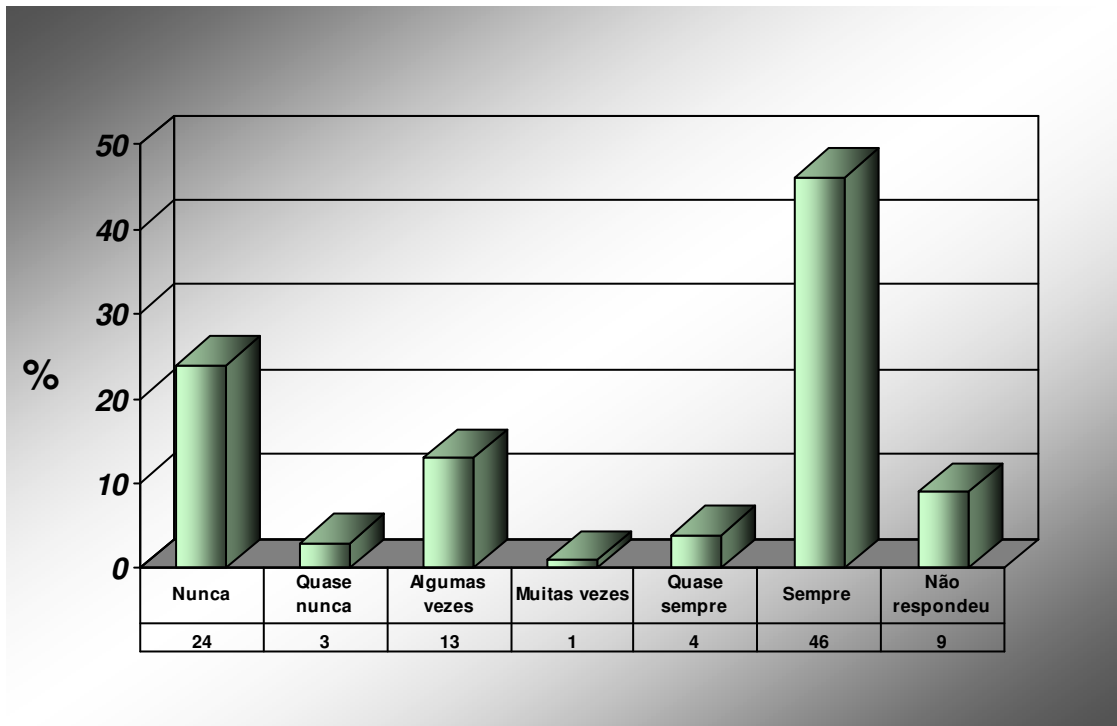


Figura 8: Frequência com que os doentes com diagnóstico de TB realizam sorologia para HIV, segundo os profissionais das equipes de saúde - Santa Rita/PB, 2008.

A TB, com exceção da candidíase oral, é a doença oportunista que mais afeta os portadores de HIV. Estima-se que o risco dos soros positivos adoecerem de TB é de 10% ao ano, enquanto na população soro negativo este risco é de 10% ao longo de toda a vida.

O diagnóstico da co-infecção TB/HIV deve ser feito no menor tempo possível, pois esta situação modifica não apenas a tendência epidemiológica da TB, mas também sua apresentação clínica, tolerância aos fármacos, resistência às drogas e aumenta as taxas de óbito. Some-se a isto o fato dos portadores de HIV, em uma fase assintomática ou inicial, beneficiarem-se de um diagnóstico precoce. Lima (1997) há mais de 10 anos, já alertava para a necessidade de uma vigilância epidemiológica mais efetiva em relação à co-infecção TB/HIV.

Para um efetivo encaminhamento na realização do teste de detecção do HIV em portadores de TB, no município, faz-se necessário não apenas que os profissionais de saúde aconselhem aos usuários da importância do teste, mais que

os gestores planejem e monitorem as atividades para a execução do mesmo, bem como garantam o acesso quando houver demanda.

5.3 ACESSIBILIDADE AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

As questões referentes à acessibilidade ao tratamento da TB foram analisadas a partir dos indicadores “facilidade no acesso à consulta”, “obtenção de consulta no prazo de 24hs”, “suprimento de medicamentos”, “oferta de benefícios”, “realização do tratamento supervisionado” e “fluxo das informações”.

Com relação à facilidade para os usuários com TB conseguirem uma consulta na unidade, 96% dos entrevistados respondeu que a consulta pode ser conseguida “sempre ou quase sempre”, 3% que a consulta é conseguida “muitas vezes” e para 1% ela é conseguida “algumas vezes”, ninguém assinalou que “nunca ou quase nunca” o portador de TB deixa de conseguir a consulta (FIGURA 9).

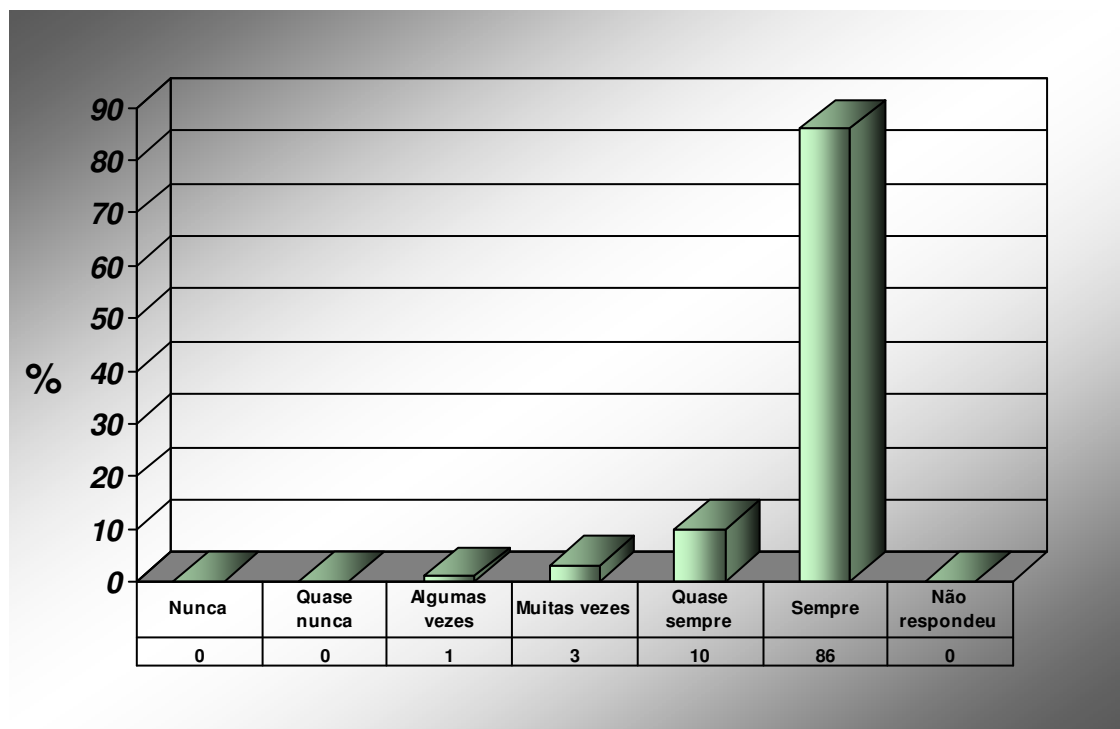


Figura 9: Frequência com que os doentes com TB podem conseguir uma consulta na Unidade de Saúde, segundo os profissionais das equipes de saúde - Santa Rita/ PB, 2008.

Estes resultados indicam que o tratamento dos casos de TB vem se estabelecendo de forma descentralizada no âmbito da atenção básica. As ESF vêm se responsabilizando pelo atendimento e acompanhamento dos casos, respondendo ao cumprimento de suas atribuições previstas pelas diretrizes e normas do PCT. Estudo realizado por Marcolino (2007) em outro município da região metropolitana da Paraíba, apresentou resultados semelhantes, onde 92,7% dos pacientes conseguem sempre uma consulta.

A facilidade com que os usuários com TB conseguem ter acesso ao atendimento relaciona-se com uma maior adesão ao tratamento e se reflete diretamente em melhores índices de cura (ALMEIDA; MACINCKO, 2006). Entretanto, para Carneiro e Elias (2006) o acesso ao serviço não pode ser entendido basicamente como sendo de ordem técnica, ou seja, considerando apenas o ingresso do usuário no sistema. A adesão ao tratamento da TB não implica apenas ter acesso à consulta, devendo ser considerados outras variáveis de cunho social, sobretudo a renda e as necessidades sociais.

Quanto à agilidade em se obter uma consulta médica para os doentes de TB, 82,% dos pesquisados referiram ser possível no prazo de 24 horas, enquanto que apenas 3% responderam “nunca” atender a este prazo (FIGURA 10).

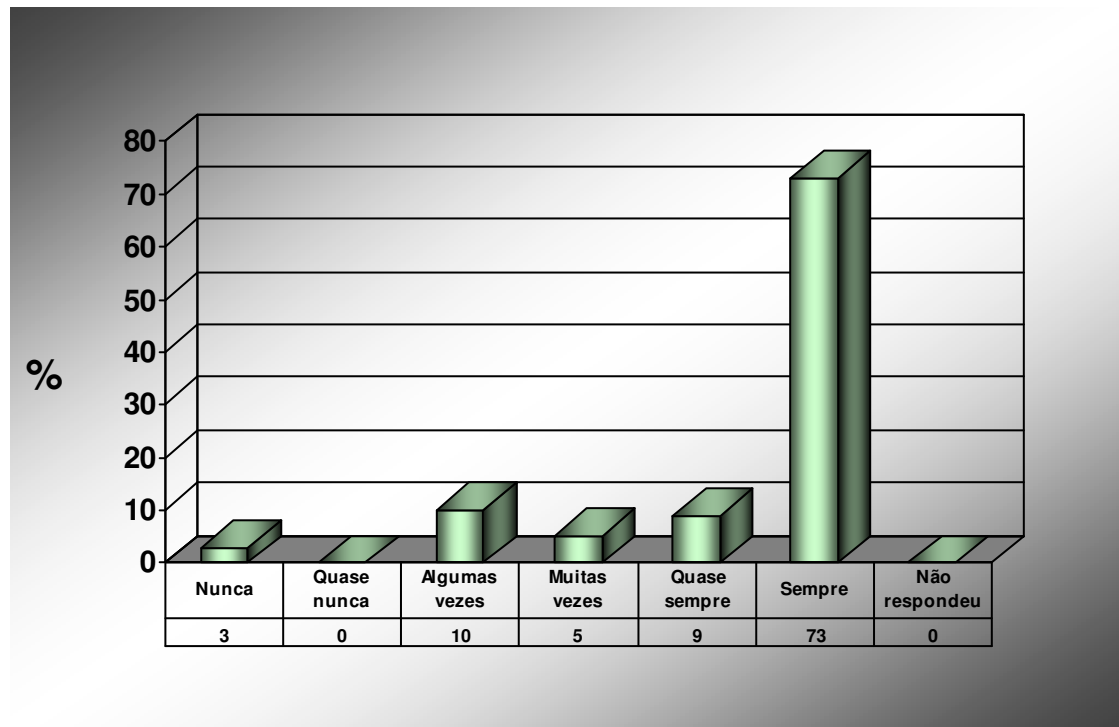


Figura 10: Frequência com que os doentes com TB podem conseguir uma consulta médica na Unidade de Saúde no prazo de 24 horas, segundo os profissionais das equipes de saúde - Santa Rita/ PB, 2008.

Este é um importante indicador de acesso para os usuários que se encontram em tratamento de TB. Mesmo a maioria destes concluindo o tratamento sem apresentar reações adversas decorrentes do uso das drogas antituberculosas, em alguns casos os efeitos colaterais se fazem presentes, principalmente na fase inicial do tratamento. Este fato implica em cuidados e atenção especial da equipe de saúde, uma vez que pode comprometer a adesão, ocasionando o abandono ao tratamento.

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

Souza (2008) ao avaliar os fatores relacionados ao abandono do tratamento da tuberculose, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, identificou que as reações

adversas foram um dos fatores mencionados pelos usuários como determinante para o abandono ao tratamento.

Quanto à oferta de medicamentos pela USF (FIGURA 11), constatou-se que apenas 78% dos entrevistados responderam dispor “sempre ou quase sempre” do medicamento, 10% responderam que “nunca” havia disponibilidade dos medicamentos em sua unidade e 8% que apenas os tinha “quase nunca ou algumas vezes”. Estes últimos números demonstram um prejuízo na acessibilidade dos pacientes ao tratamento, principalmente por se tratar de um município com baixo nível de renda *per capita*, onde os doentes têm dificuldades para se deslocar de um distrito para outro.

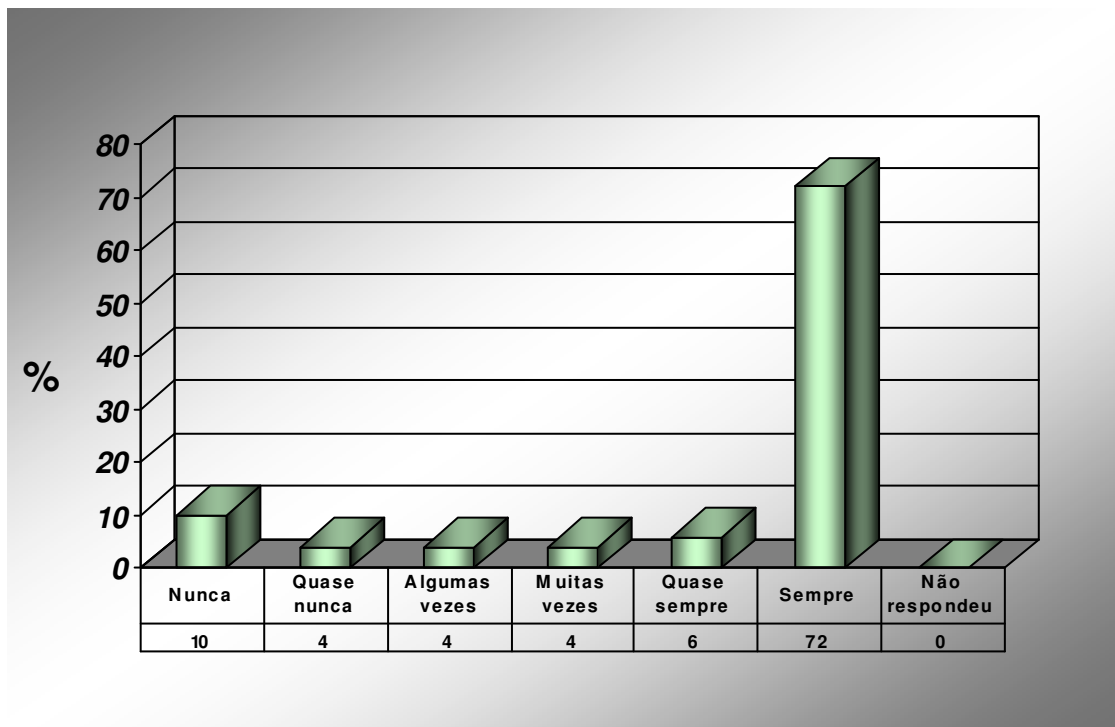


Figura 11: Frequência de oferta adequada de medicamentos pela USF para o tratamento de TB nos últimos 6 meses, segundo os profissionais das equipes de saúde - Santa Rita/ PB, 2008.

Em estudo realizado por Oliveira (2008) avaliando as condições de acesso ao tratamento no município de Campina Grande-PB, este indicador se mostrou satisfatório para 91,5% dos entrevistados. Entretanto os dados encontrados por

Marcolino (2007) em Bayeux – PB, município na região metropolitana da Capital Paraibana e também prioritário para o tratamento da TB, assemelham-se aos percentuais deste estudo, em que apenas 64,6% dos entrevistados responderam obter oferta e suprimento adequado dos medicamentos.

Em muitos países, os medicamentos para tratamento da TB não são fornecidos gratuitamente, ocasionando falhas e interrupções terapêuticas decorrentes da baixa condição econômica dos indivíduos acometidos pela doença (KRITSKI; RUFFINO-NETTO, 2000). No Brasil, os esquemas terapêuticos são padronizados, custeados pelo Governo e distribuídos aos municípios, constituindo-se em uma prerrogativa da estratégia DOTS. Portanto, o cumprimento deste pilar requer que seja assumido um efetivo compromisso político dos gestores municipais para garantir o abastecimento e fornecimento regular dos medicamentos.

Dentre as ações de controle da TB cabe ao coordenador do PCT providenciar e distribuir os medicamentos às respectivas unidades (BRASIL, 2004a). 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 necessária a designação de profissionais capacitados para assumirem o gerenciamento e a condução desse processo e 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.

O usuário com TB começa a aderir ao tratamento no instante em que recebe a medicação, some-se a este fato a importância dada ao medicamento recebido como um dos fatores mais importantes na resolução do problema (TANAKA; ROSEMBURG, 1990). Vale ressaltar que o uso irregular dos medicamentos é um dos principais motivos de aumento da resistência bacteriana aos esquemas usuais.

O acesso em saúde tem relação estreita com o tipo de gestão adotada. Nem sempre o planejamento é efetuado corretamente, seja por indisponibilidade de recursos materiais ou de pessoal, porém, planejar corretamente não implica necessariamente em traçar planos complexos, muitas vezes, acima das

possibilidades e das expectativas, mas sim procurar ativamente saber onde e como surgem as prioridades, para, com medidas simples, sanar os problemas de saúde de uma comunidade. A irregularidade na oferta do tratamento aponta para uma coordenação de ação não satisfatória para atender a demanda de algumas unidades de saúde, já que a provisão dos medicamentos é uma atitude que depende de uma organização gerencial prévia.

Mendes (2002) aponta um conjunto de medidas para superar a deficiência de medicamentos para atenção primária à saúde 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. Cabe aos gestores do município articularem, com os diversos pontos da rede de atenção, a viabilização de providências para que estas ações ocorram na rotina dos serviços.

Com relação ao oferecimento de algum benefício para os pacientes que realizam o tratamento, 54% dos entrevistados responderam que o município “nunca ou quase nunca” o oferece, enquanto apenas 23% referiram oferecer “quase sempre ou sempre” (FIGURA 12). Isto se configura em um fator limitante para a acessibilidade ao tratamento, pois, como visto anteriormente, 18% das unidades não dispunham sempre da medicação obrigando o usuário a se deslocar para outra unidade, mesmo sem receber um benefício.

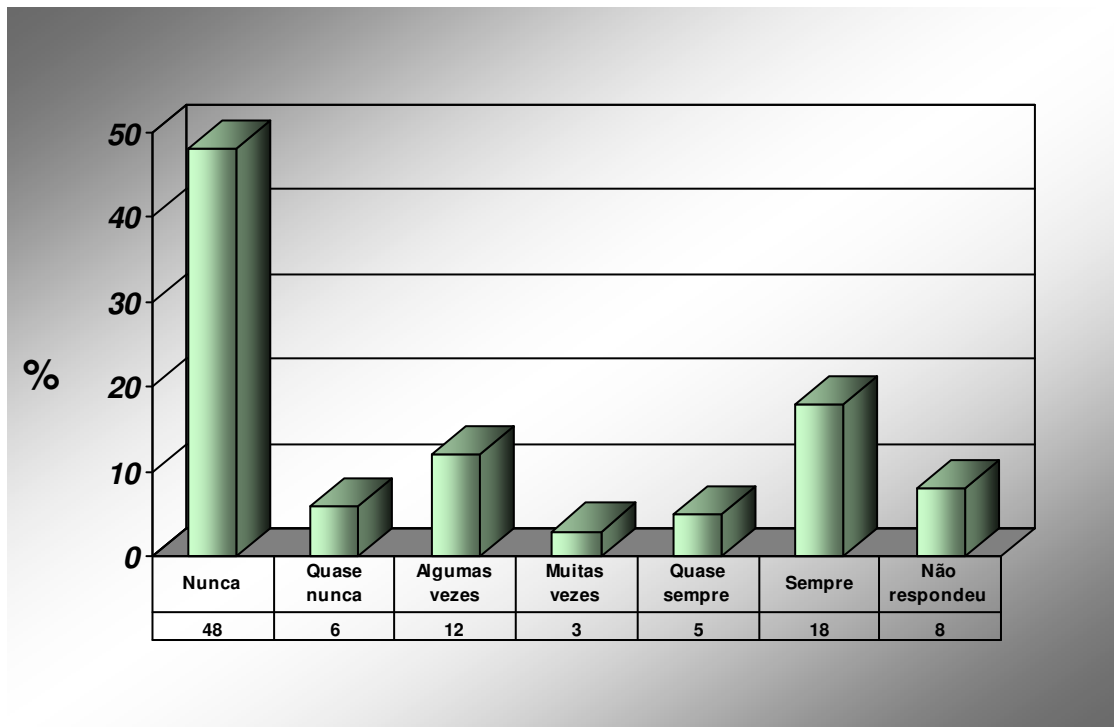


Figura 12: Frequência de oferta de benefícios pelo Município para o doente em tratamento de TB, segundo os profissionais das equipes de saúde - Santa Rita/PB, 2008.

Segundo Marcolino (2007) no município de Bayeux-PB, 76,8% dos entrevistados assinalaram não haver qualquer benefício para que os usuários com TB se deslocassem para realizar o acompanhamento na unidade. Este fato é preocupante, pois, de acordo com Reigota (2001) a oferta de benefícios foi considerada fator importante e determinante para os pacientes desempregados realizarem o TS no ambulatório.

Para Arcêncio (2006) a primeira estratégia de intervenção visando às necessidades dos pacientes, observada em estudo nos municípios prioritários de São Paulo, foi à entrega de incentivos e benefícios (cestas básicas, tickets, vales refeição, bebidas lácteas, entre outros), elementos considerados pelo mesmo autor como facilitadores no processo de adesão. Portanto, em um município com elevado índice de desemprego, faz-se necessária a oferta de benefícios que facilitem o acesso do doente ao tratamento e às consultas.

Em estudo realizado por Souza (2008) com portadores de TB em situação de abandono ao tratamento, foi evidenciado que dos nove pacientes investigados, seis

(66,6%) viviam com uma renda mensal de um salário mínimo. Apesar do acesso ao medicamento, a situação financeira não favorecia a aquisição de alimentos, causando a interrupção do tratamento. A insuficiência de recursos financeiros pode obstaculizar o acesso e utilização do serviço de saúde para o tratamento da TB. Nesse caso, o acesso é o fator que intermedeia a relação entre a procura e a entrada no serviço.

Reconhece-se, entretanto, que a forma como a equipe acolhe ao usuário é fundamental. Segundo Ramos e Lima (2003) o usuário está disposto a se deslocar para um local onde é mais bem atendido pela equipe, apesar de ser mais distante de sua casa. Em Campina Grande-PB, apesar da distância a ser percorrida e os custos gerados com o transporte, 68,9% dos usuários mencionaram procurar diretamente o Ambulatório de Referência (OLIVEIRA, 2008).

Outro ponto focalizado no presente estudo relaciona-se ao local eleito pelas ESF para a realização do TS (TABELAS 13 E 14). De acordo com o II Consenso Brasileiro de Tuberculose (CASTELO et al. 2004) são prioridades para a realização do TS: adultos com diagnóstico de tuberculose pulmonar bacilífera, pacientes pertencentes aos grupos de maior risco de abandono ao tratamento, tais como usuários de drogas, alcoólatras, moradores de rua ou que residem em comunidades fechadas como prisões, asilos, casas de repouso e hospitais psiquiátricos, pacientes sob esquema de retratamento e portadores de TB multirresistente.

O TS é uma parte do DOTS e consiste em monitorar e observar diretamente a administração dos medicamentos. O local de supervisão da tomada de medicamentos deve ser estabelecido atendendo às necessidades ou conveniências do paciente, podendo ser na unidade de saúde, no domicílio do paciente, no hospital ou local de trabalho.

No presente estudo, o tratamento supervisionado preconizado pela OMS é realizado no domicílio quando necessário, “sempre ou quase sempre”, de acordo com 83% dos entrevistados, e “nunca ou quase nunca” segundo 2% (FIGURA 13).

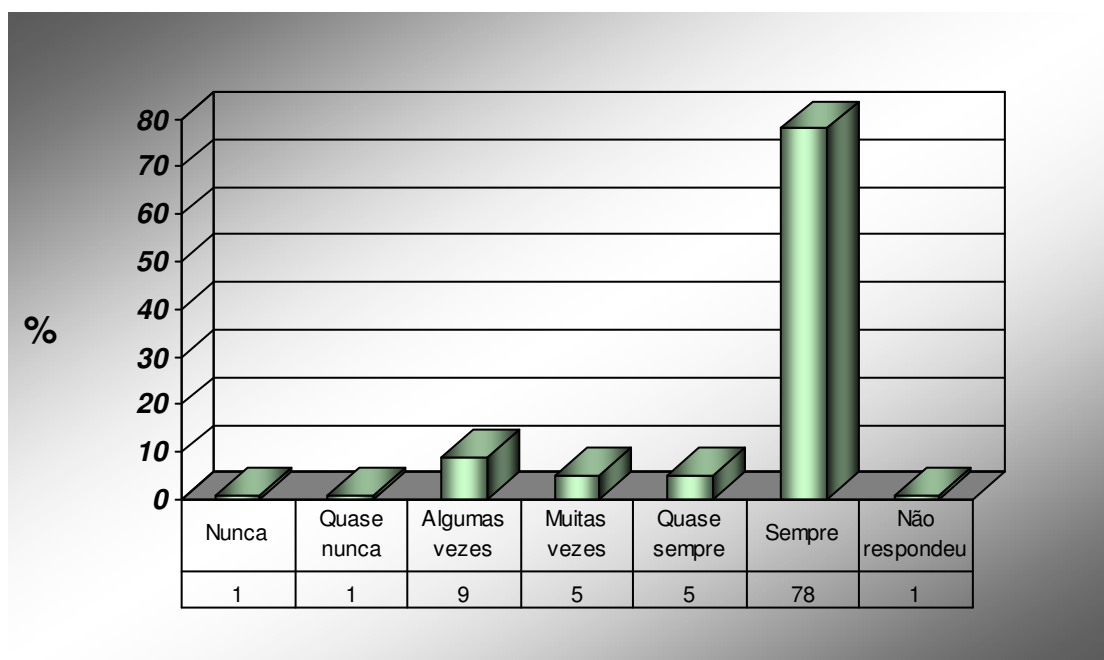


Figura 13: Frequência de tratamento supervisionado para TB no domicílio, quando necessário, segundo os profissionais das equipes de saúde - Santa Rita/PB, 2008.

O acompanhamento do usuário com TB, ao longo do tratamento, deve ser intensificado nos três primeiros meses, pois se trata de um período crítico para a ocorrência do abandono ao tratamento (FERREIRA; SILVA; BOTELHO, 2005; BERGEL; GOUVEIA, 2005). Segundo Vendramini et al (2002) a realização do TS através da visita domiciliar, além de garantir a adesão à terapêutica, oferece a oportunidade de identificar outras necessidades de vida de cada família: sociais, econômicas, relacionamentos familiares, suas angústias e sofrimentos; construção de elos afetivos, sentimentos e co-responsabilidade, apoio, garantia de outros tratamentos, encaminhamentos. Ressaltam ainda 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.

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

enfermeiro, auxiliar de enfermagem, ACS, ou mesmo um membro de família devidamente orientado para esta atividade (BRASIL, 2002b). Assim, a decisão sobre quais casos devam ser prioritariamente supervisionados, bem como o local que melhor se adequa às necessidades do doente, podem ser definidos no nível local e pactuados entre os atores envolvidos (ESF/ doente/família).

A Figura 14 mostra que nem sempre as equipes de saúde da família elegem o domicílio como local de supervisão para realizar o TS, pois 76% dos entrevistados assinalaram realizá-lo na unidade de saúde da família.

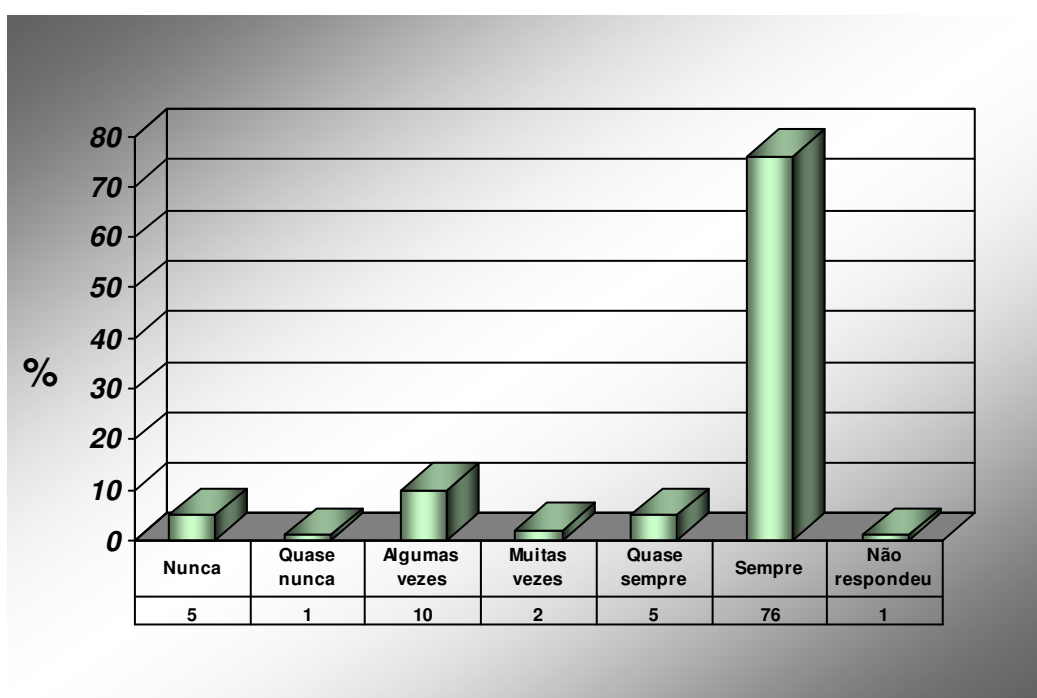


Figura 14: Frequência de tratamento supervisionado para TB na USF, quando necessário, segundo os profissionais das equipes de saúde - Santa Rita/ PB, 2008.

Até certo ponto, é de se supor conflito entre as respostas relativas ao local eleito para realização do tratamento supervisionado, já que as Figuras 13 e 14 apresentaram altos valores percentuais para resposta “sempre”. Entende-se que a opinião dos entrevistados levou em consideração a necessidade, quanto ao local, de cada usuário, demonstrando flexibilidade das equipes quanto ao cuidado a ser ofertado. Logo, pode-se afirmar que o TS vem se consolidando como prática do PCT local, podendo estar relacionado aos elevados índices de cura registrados no

município em estudo.

Estudos sugerem que o número de casos de TB pode diminuir à medida que esta prática seja expandida entre os serviços de saúde, em especial para o âmbito das ESF. Vieira e Ribeiro (2008) apontam que a adoção do TS reduziu, em Carapicuíba-SP, a taxa de abandono de 13,3% para 5,9% e produziu bons resultados quanto ao desfecho do tratamento, mesmo nos pacientes com fatores de risco para o abandono.

Pesquisa realizada por Andrade (2006) sobre o envolvimento dos gestores de seis municípios prioritários para o controle da TB na Paraíba constatou o compromisso político dos gestores para com a implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS e a descentralização das atividades técnicas e gerenciais para a periferia do sistema de saúde. Marcolino (2007) encontrou que em 73,2% das vezes, segundo os entrevistados, o tratamento supervisionado é sempre realizado em Bayeux - PB, município que apresenta elevados índices de cura.

Em estudo realizado em Taboão da Serra-SP, cujo objetivo foi comparar os resultados de cura e de abandono ao tratamento de usuários portadores de TB, que se submeteram ao TS, com aqueles que o recusaram, observou-se que o TS foi mais efetivo do que o auto-administrado, com uma taxa de tratamentos completos 3,8% superior. Quanto ao abandono, o tratamento supervisionado gerou um número menor de saídas em relação à estratégia convencional (PINHO, NOGUEIRA, 2001).

Muniz et al. (2002) em estudo realizado em Ribeirão Preto-SP, encontraram que o abandono do tratamento de 1998 a 2000, caiu de 9,8% em 1998, para 8,6% em 1999 e 3,5% em 2000, sendo que em anos anteriores a média era de 15%. A taxa de cura dos pacientes do grupo TS, nos anos 1998, 1999 e 2000, foi respectivamente de 89,3%, 76,3% e 82,9%, resultado melhor do que o obtido pelo grupo sob tratamento auto-administrado, com taxas de cura de 60,3%, 61,7% e 64,1 no mesmo período. Evidenciou-se que o TS enquanto estratégia de intervenção melhora os indicadores epidemiológicos da tuberculose e caracteriza-se como uma possibilidade de reorganização do trabalho da equipe, ampliando a sua capacidade de interação e atuação junto ao usuário e família.

Contudo segundo Hino et al. (2005) a implantação do TS no serviço de saúde requer a realocação de funcionários, a capacitação e a redefinição de suas funções, destacando a habilidade em desenvolver uma comunicação diferenciada com o

doente e família. Gazzeta et al. (2007) e Ruffino e villa (2006) acrescentam que a manutenção da qualidade do TS, implica na capacidade dos gestores em dispor de um plano permanente de capacitação para os profissionais de saúde e um cronograma de supervisão sistemática e periódica aos serviços, de forma a acompanhar os aspectos positivos e as vulnerabilidades que envolvem tal proposta.

Outro aspecto de relevância para acompanhamento dos casos em tratamento de TB, relaciona-se ao fluxo e contra-fluxo de informações entre os diferentes pontos do sistema. Para facilitar a análise, optou-se por agregar os indicadores investigados e apresentá-los na Tabela 6.

A notificação dos casos de TB é feita “sempre” pela USF, de acordo com 94% dos entrevistados. O registro obrigatório para os pacientes atendidos com TB é “sempre ou quase sempre” realizado de acordo com 91% dos entrevistados.

Com relação à comunicação entre os níveis de atenção, representada pelo fluxo de informações, 72% dos entrevistados responderam que “sempre ou quase sempre” existem normas definidas para transferência de informações sobre usuários com TB, sendo “sempre” utilizadas pela USF segundo 64% dos entrevistados. Estes resultados demonstram uma tendência organizacional do sistema de Saúde de forma integrada e não fragmentada.

Segundo Mendes (2002) para que os serviços de saúde atuem de forma integrada e não fragmentada é preciso que haja uma permanente comunicação entre os diferentes pontos de atenção, prestando uma assistência contínua e de forma organizada, a uma população definida. Não deve haver uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal integrada para a atenção a eventos crônicos, cuja manifestação é gradual e o resultado não é a cura, mas o acompanhamento em longo prazo. Neste caso a participação do gestor é de fundamental importância para que possa ocorrer o acesso do usuário a todos os níveis da APS. Para Westphal e Elias (2005) os sistemas que lidam com informação devem levar em conta a opinião do usuário antes que a decisão seja concretamente tomada.

O resultado da consulta do doente com o especialista é discutido pelo profissional de saúde com o doente, “sempre ou quase sempre”, segundo 80% dos entrevistados e, ainda, segundo 76% dos entrevistados existem mecanismos formais “sempre ou quase sempre” para marcação de consulta.

TABELA 6 - Frequência dos resultados referentes ao fluxo e contra-fluxo de informações, segundo os entrevistados

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre	Não respondeu	Mediana
USF notifica os casos de TB?	1	-	1	2	-	94	2	6
USF registra obrigatoriamente os casos de TB?	-	-	1	2	2	89	6	6
Existência de normas definidas para transferência de informações sobre usuários com TB entre os níveis de atenção?	3	4	8	3	3	69	10	6
USF utiliza as normas definidas para transferência de informações sobre usuários com TB?	1	1	2	5	5	64	22	6
Doente de TB participa da discussão sobre os possíveis locais de atendimento quando precisa ser encaminhado para outro serviço?	1	1	3	4	-	87	4	6
Os profissionais discutem com o doente sobre os resultados das consultas com especialistas?	5	1	8	2	11	69	4	6
Existem mecanismos formais na USF para marcar consulta com especialista?	13	1	2	4	6	70	4	6
Os profissionais da USF fornecem informações escritas para serem entregues aos serviços referidos?	1	-	3	3	9	81	3	6
Os profissionais das USF recebem informações por escrito sobre os resultados das consultas referidas aos especialistas?	10	3	8	1	10	63	5	6

FONTE: Pesquisa direta, 2008.

A participação dos usuários com TB na decisão de encaminhamento para outros serviços “sempre” ocorre de acordo com 87% dos entrevistados.

O sistema de referência e contra-referência deve avançar na construção de uma rede de serviços estruturada sob a integralidade. A referência é definida como o ato de encaminhamento de um usuário atendido em um estabelecimento de saúde a outro de maior aporte tecnológico. Já a contra-referência como o ato de encaminhamento de um usuário ao estabelecimento de origem, que o referiu, após resolução da causa responsável pela referência (SOUZA, 2000). Esta estrutura visa subsidiar e manter a garantia do acesso da população aos serviços e o respeito aos seus direitos e liberdade.

Neste processo é fundamental a existência de mecanismos administrativos formais que registrem e organizem o movimento de usuários e informações, além de serviços com níveis diferentes de densidades tecnológicas, com maior ou menor suficiência para resolução dos problemas (CONH; WESTPHAL; ELIAS, 2005).

O fluxo de informações escritas para os serviços referidos ocorre “sempre ou quase sempre” de acordo com 90% dos entrevistados. O recebimento de informações por escrito por parte dos serviços referidos para a USF ocorre menos frequentemente, sendo descrito como “sempre ou quase sempre” segundo 73% dos entrevistados.

Diante destes resultados observam-se avanços nos mecanismos de referenciamento e na participação do usuário na tomada de decisão, mas fica notório que há falhas na comunicação entre os diversos níveis de atenção, principalmente nos responsáveis pela contra-referência, o que prejudica a integralidade da atenção e expõe a dificuldade gerencial em articular os diversos pontos da rede de serviços.

As tabelas 7 e 8 apresentam os indicadores de acesso ao diagnóstico e ao tratamento segundo o valor da mediana encontrada no município estudado.

Tabela 7 - Valor de Mediana segundo os indicadores de acessibilidade ao diagnóstico, Santa Rita - PB, 2008.

INDICADORES - Acesso ao Diagnóstico		Mediana
Busca de sintomáticos respiratórios	Os profissionais da sua unidade realizam busca de sintomáticos respiratórios na comunidade?	6
Baciloscopia	O doente tem que se deslocar para outro local para realizar a coleta de escarro?	6
	Há oferecimento de pote de escarro na unidade para diagnóstico?	6
	O resultado do exame de laboratório é encaminhado para a unidade?	6
Realização de PPD	A Unidade realiza teste tuberculínico (PPD) quando necessário?	1
Radiografia de tórax	Os contactantes, se necessário, realizam radiografia de tórax?	6
Identificação de co-infecção TB/HIV	Os doentes com diagnóstico de TB realizam sorologia para HIV?	5

Em relação às ações de diagnóstico da TB a análise da mediana nos permite avaliar que há um retardo excessivo na descoberta e acompanhamento dos sintomáticos respiratórios. Observe-se que a escala utilizada para caracterização da qualidade das ações varia de 1 (nunca) a 6 (sempre), sendo que o valor 1 geralmente está associado ao pior resultado e o valor 6 ao melhor. Isto é válido para todas as questões, exceto a que se refere à “necessidade que o usuário tem de deslocar-se para outro local a fim de realizar a coleta do escarro”, já que o valor 6 representa que sempre o usuário tem que ser encaminhado para outro serviço, ou seja, situação insuficiente para atender as necessidades da população. Esta situação é exclusiva desta questão, na qual a qualidade do serviço relaciona-se de maneira inversamente proporcional a mediana, em todas as demais questões a mediana correlaciona-se diretamente com a qualidade do serviço.

A busca dos sintomáticos respiratórios, mesmo diante de uma mediana 6, não se encontra otimizada pois apenas 53% dos entrevistados respondeu sempre realizá-la.

A existência de potes para coleta do escarro na unidade, apesar de apresentar mediana 6, ainda precisa ser melhorada, pois 20% responderam nunca dispor do pote na unidade. Estes achados somados são preocupantes, pois contribuem para aumentar os índices de incidência da doença no município e são

reforçados pela inexistência de benefícios para o tratamento, conforme mediana 1.

Outros pontos de dificuldade relacionados ao diagnóstico foram a não realização do *PPD*, mediana 1, e a insuficiente realização da sorologia para diagnóstico do HIV, onde, mesmo diante de uma mediana 5, apenas 46% dos entrevistados afirmaram que os usuários portadores de TB sempre a realizam.

Tabela 8 - Valor de Mediana segundo os indicadores de acessibilidade ao tratamento - Santa Rita - PB, 2008.

INDICADORES - Acesso ao Tratamento		Mediana
Consulta na USF	Os doentes com TB podem conseguir uma consulta nesta unidade?	6
	Os doentes com TB podem obter uma consulta médica no prazo de 24 horas?	6
Oferta de medicamento	Durante os 6 últimos meses, com que frequência a unidade teve oferta adequada de medicamentos para o tratamento da TB?	6
Oferta de benefícios	O município oferece algum benefício aos doentes em tratamento?	1
Tratamento supervisionado	Há tratamento supervisionado no domicílio?	6
	Há tratamento supervisionado na unidade de saúde?	6
Fluxo de informações	A USF faz notificação dos casos diagnosticados?	6
	Para os doentes de TB atendidos existe um registro obrigatório?	6
	Existem normas definidas para transferência de informações sobre doentes de TB entre os níveis de atenção?	6
	Com que frequência elas são usadas?	6
	Quando o doente precisa ser referido para outro serviço, os profissionais discutem com ele os possíveis lugares de atendimento?	6
	Existem mecanismos formais na USF para marcar consulta com especialista?	6
	Quando os doentes são referidos pra outros serviços, os profissionais da Atenção Básica fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?	6
	Os profissionais da Atenção Básica recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialista?	6
Os profissionais de Atenção Básica discutem com o doente sobre os resultados das consultas com o especialista?	6	

Apesar dos avanços com a estratégia DOTS, representados pela mediana 6, tanto para o TS no domicílio quanto para o TS na unidade, as ações de acesso ao tratamento da TB no município de Santa Rita – PB ainda apresentam alguns pontos de fragilidade. De acordo com 72% dos entrevistados a unidade sempre dispõe dos medicamentos, o que representa uma mediana de 6, porém este resultado é

considerado insatisfatório, já que os medicamentos são distribuídos de forma gratuita e ininterrupta pelo MS, e, portanto, deveriam estar disponíveis em 100% das vezes necessárias. Associa-se a este fato uma mediana de 1 com relação a disponibilização de benefícios para o tratamento, o que gera um terreno fértil para o abandono.

Em relação aos fluxos de informações entre os níveis da AP, encontrou-se uma mediana de 6 para todos os quesitos. Porém apenas 69% dos entrevistados afirmam que sempre existem mecanismos formais definidos para transferência de informações sobre os usuários e para 87% sempre ocorre a participação do doente na tomada de decisão sobre o encaminhamento. Para 81% dos entrevistados os profissionais das USF fornecem sempre informações por escrito, mas, para apenas 63% dos entrevistados, há a contra-referência por escrito dos especialistas, fato este que dificulta o fluxo para a tomada de decisão pelos membros das ESF.

Todas estas fragilidades dificultam o diagnóstico precoce e a regularidade do tratamento dos usuários portadores de TB e criam um cenário ideal para o abandono e falência ao tratamento, levando a um aumento nos índices de recidiva, o que implica em maior resistência do bacilo aos fármacos e contribui para que não se tenha conseguido, até o presente, um controle efetivo e adequado desta doença.

Portanto para um efetivo acompanhamento de forma integral ao usuário portador de TB, há de haver um maior compromisso de todos os profissionais envolvidos e, em especial, do gestor municipal, em articular os diferentes níveis da AP, no sentido de oferecer as condições satisfatórias capazes de atender a todas as necessidades de saúde dos cidadãos, bem como de promover uma melhoria nas condições sociais de vida da população.

6. Considerações Finais

Retomando a trajetória deste estudo que tomou como recorte as ações de acessibilidade ao diagnóstico e tratamento da TB no contexto das equipes de saúde da família, evidenciam-se, no município estudado, desafios gerenciais a serem enfrentados que fortaleçam a capacidade organizacional das ESF e propiciem maior resolutividade da atenção básica.

As dificuldades identificadas no gerenciamento dos serviços de saúde e de integração entre os níveis de gestão do SUS, relacionadas ao controle da doença, ficam evidentes pela insuficiência de providências estruturais e de organização que permeiam as ações de acesso ao diagnóstico e tratamento da TB.

Entre os nove indicadores de acesso ao diagnóstico investigados, apenas um (deslocamento para realização da baciloscopia) foi considerado insatisfatório com valor de mediana igual a 1, uma vez que 76% dos profissionais entrevistados assinalaram que o usuário tem que se deslocar para outro local a fim de realizar a coleta de escarro. Este achado pode ser interpretado como obstáculo da continuidade da atenção, com conseqüente retardo na descoberta e acompanhamento dos casos. Não obstante, o retorno do resultado da baciloscopia às unidades solicitantes variou de um a quinze dias, com média de sete dias.

Quanto à oferta de insumos para diagnóstico e controle (potes para coleta de escarro), foi mencionado como disponíveis para 51% dos entrevistados. Apesar do valor mediano encontrado (6), destaca-se insuficiência de oferta uma vez que seria esperado que todas as equipes contassem com abastecimento regular deste insumo.

Outros pontos de dificuldade relacionados ao diagnóstico foram a não realização do Teste Tuberculínico, fato assinalado por 71% dos entrevistados e a baixa realização de exame para o diagnóstico da co-infecção TB/HIV, onde apenas 46% dos entrevistados afirmaram que os usuários portadores de TB “sempre” realizam a sorologia para a detecção do HIV.

Entre os quinze indicadores de acesso ao tratamento investigados, destaca-se como insatisfatória a oferta de benefícios, como incentivo para promover maior adesão dos pacientes ao tratamento.

A respeito da estratégia do Tratamento Supervisionado aplicada ao controle da TB, o município avaliado apresentou resultados expressivos atingindo o

percentual de 78% de cobertura para o tratamento em domicílio e 76% para o tratamento na USF.

De acordo com 72% dos entrevistados a unidade dispõe de abastecimento regular dos medicamentos específicos para tratamento da TB. Embora tenha sido um percentual representativo, este resultado é considerado insatisfatório, pois os medicamentos são distribuídos de forma gratuita e ininterrupta pelo Ministério da Saúde. Portanto era de se esperar que este insumo estivesse disponível sempre que necessário às equipes de saúde da família.

Em relação aos fluxos de informações entre os níveis da AP, 69% dos entrevistados afirmam que existem mecanismos formais definidos para transferência de informações sobre os usuários e para 87% sempre ocorre a participação do doente na tomada de decisão sobre o encaminhamento. Por ocasião de encaminhamento aos serviços especializados, 81% dos entrevistados mencionaram sempre fazê-lo por meio de informações escritas, entretanto, apenas 63% dos entrevistados assinalaram receber dos especialistas a contra-referência por escrito.

Portanto, os achados permitiram identificar como potencialidades dos serviços de atenção básica do município de Santa Rita-PB, que a descentralização do tratamento e acompanhamento dos casos de tuberculose vem se estabelecendo na prática das ESF; as ESF contam com suprimento adequado de medicamentos para o tratamento da TB; o tratamento supervisionado vem se consolidando na prática das ESF seja no domicílio do paciente ou na USF.

No entanto, observa-se que as fragilidades são mais expressivas no que tange à acessibilidade ao diagnóstico. A busca ativa de sintomáticos respiratórios não se insere como atividade de rotina das ESF; baixa disponibilidade de insumos para coleta do material; o procedimento prioritário para realização do diagnóstico (coleta de escarro) não é realizado nas USF, exigindo deslocamento do paciente para realização do exame. Estas deficiências dificultam o diagnóstico precoce da TB, criando um cenário ideal para o abandono primário e conseqüente manutenção da disseminação da doença na comunidade.

Estes achados levam à reflexão de que os serviços ainda operam numa lógica assistencialista, privilegiando ações que envolvem o cuidado ao doente (diagnóstico confirmado) e pouca atenção direcionada para ações de prevenção.

Isto remete à permanência de uma organização ainda pouco articulada à complexidade do objeto em discussão, a TB, dando idéia de que o paradigma dominante do planejamento volta-se para ações curativas e carece de elementos propulsores capazes de tornar exeqüíveis as prescrições oficiais determinadas pelo PNCT, em consonância com as necessidades dos usuários e com os objetivos da Atenção Primária à Saúde.

Uma das possibilidades para superação desta situação está no maior compromisso político do gestor local com a organização dos serviços, operacionalizando estratégias que propiciem efetivamente a descentralização das ações de controle da TB. A criação de mecanismos para atender bem aos usuários, dando respostas a seus problemas de saúde possibilitará que a atenção primária cumpra seu papel de identificar e atuar em situações de adoecimento.

Os desafios incluem, além do avanço na organização de um sistema integrado de saúde, o envolvimento, a integração e a articulação permanente dos gestores no incentivo, organização, viabilização, supervisão contínua e monitoramento da situação da tuberculose para a reorganização da atenção à doença no contexto da Atenção Básica à Saúde, no município de Santa Rita. Para tal, requer convencimento e esforços de diferentes atores do sistema de serviços de saúde. O planejamento local e tomada de decisão quanto a distribuição eficiente dos recursos, deve incluir, gerentes de distritos, coordenação do PCT, coordenação de vigilância epidemiológica, diretores dos centros de saúde, profissionais de saúde e usuários. Assim, chama a atenção, que a eficiência da utilização dos recursos vai exigir profissionais compromissados, envolvidos e conscientes de sua responsabilidade.

Portanto é fundamental potencializar esforços que impulsionem mudanças em direção a construção de novas propostas de trabalho, pautadas nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, que venham efetivamente facilitar o acesso do usuário ao diagnóstico e tratamento da TB. Uma agenda pactuada entre gestores e profissionais de saúde, aprofundando e qualificando os debates em torno da temática pode contribuir para tornar a gestão pública em saúde comprometida com mudanças mais efetivas que atendam as necessidades de saúde da população.

Referências

ALBUQUERQUE, P.C.; STOTZ, E.N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.15, 2004.

ALMEIDA, S. D. M.; BARROS, M. B. A. Equidade e atenção à saúde das gestantes em Campinas (SP), Brasil. **Rev. Pan-Americana da Saúde Pública**, v.17, n. 1, p. 15-25, 2005.

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde SUS em nível local**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

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 em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

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

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

BERGEL, F. S.; GOUVEIA, N. Retornos freqüentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, dez. 2005 .

BIGNARDI, F.A.C. **Reflexões sobre a pesquisa qualitativa & quantitativa: maneiras complementares de apreender a realidade**. São Paulo: Comitê Paulista para a Década da Cultura de Paz - um programa da UNESCO, Out. 2003.

BLOOM, B. R.; SMALL P. M. The involving relation between humans and micobcterium tuberculosis. **N Engl J Med.**, v. 25, n. 338, p. 677-678, Out. 1998.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, 2002 .

BOFFO, M. M. S. et al. Tuberculose associada à AIDS: características demográficas clínicas e laboratoriais de pacientes atendidos em um serviço de referência do sul do Brasil. **J Bras. Pneumol.**, v. 30, n.2, p. 141-145, Mar 2004.

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, RJ: Vozes, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96, 10 de outubro de 1996**: dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Atlas, 1998.

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

_____. Ministério da Saúde. **Tuberculose: Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Brasília/DF, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual prático para o controle de tuberculose**. 6. ed. Brasília 2002b. (Cadernos de Atenção Básica).

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

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. Centro Nacional de Epidemiologia. Centro de Referência Hélio Fraga. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, 2004b

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação na Atenção Básica**. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida**, em defesa do SUS e de Gestão.

Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Portaria nº 648, 28 de março de 2006. **Diário Oficial da União**. República Federativa do Brasil, Imprensa nacional, Seção 1, ed. 61, 29/03/2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa de Controle da Tuberculose**. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em: 10 fev. 2007.

CAMPOS, G. W. de S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. de S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saude soc.**, São Paulo, v. 15, n. 2, Aug. 2006.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos de médicos e enfermeiros. **Cadernos Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22, n.9, p. 1881-1892, set, 2006.

CARNEIRO JUNIOR, N.; ELIAS, P. E. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, out. 2006.

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

COHN, A; WESTPHAL, M. F.; ELIAS, P. E.. Informação e decisão política em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, Jan. 2005.

CONDE, M. B.; SOUZA, G. M.; KRITSKI, A. L. **Tuberculose sem medo**. São Paulo: Atheneu, 2002.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, Mar. 17-21, 1986, Brasília. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório**. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1987.

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

COMTE-SPONVILLE, A. **Dicionário filosófico**. Tradução: Eduardo Grandão. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas do setor saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n 2, p. 319-328., 2001.

_____. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis**, n. 14, v. 2, p. 343-362, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-81232002000400018&lng=es&nrm=iso> . Acesso em: 04 dez. 2007.

COSTA NETO, P.L.O. **Estatística**. São Paulo: Edgar Bluchcr, 1977.

CRESPO, A.A. **Estatística fácil**. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 1996.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring** . Ann Born, Michigan: Health Administration Press, 1980. v.1.

DUARTE, C. M. R. Eqüidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro?. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000 .

SCOREL, S. **Reviravolta na Saúde**: origem e articuação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. **Os dilemas da eqüidade em saúde: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2001.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. etal. (Orgs.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

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.

FERREIRA, S.M.B.; SILVA, A.M.C.; BOTELHO, C.. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá – MT. **J bras. Pneumol.** v. 31, n. 5, Set./out., São

Paulo, 2005.

FRANCO, T. B. MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família: contradições e novos desafios. In: **Anais do VI Congresso Paulista de Saúde Pública**. Águas de Lindóia, 1999.

FREIRE, D. N., BONAMETTI, A. M. ; MATSUO, T. Diagnóstico precoce e progressão da tuberculose em contatos. **Epidemiol. Serv. Saúde**, set., v.16, n. 3, p.155-163, 2007.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, **Cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: 13 fev. 2008.

GAZETTA C. E., et al. Estudo descritivo sobre a implantação da estratégia de tratamento de curta duração diretamente observado no controle da tuberculose em São José do Rio Preto e seus impactos (1998-2003). **J. bras. Pneumol**, v. 33, n. 2, p. 192-198, 2007.

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

GIL, C.R.R. Atenção Primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n.6, p.1171-1181, jun, 2006.

GIOVANELLA, L. et al . Health and inequality: institutions and public policies in the 21st century. **Rev Panam Salud Publica** , Washington, v. 11, n. 5-6, June 2002

GOFIN, J.; GOFIN, R.; Community-oriented primary care and primary health care. **Am. J. Public Health**, v.95, n. 5, p. 757, maio, 2005.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, Aug. 2005 .

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: Percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 16, n. 4, p. 283-8, Out. 2004.

Hino, S. et al. Tuberculosis patients submitted to Supervised Treatment. Ribeirão Preto- São Paulo-Brazil. 1998 and 1999. **Rev Latino-am Enfermagem**, jan./fev. ,

v.13, n. 1, p. 27-31, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 26 set. 2008.

IGNOTTI, E. et al . Análise do Programa de Controle da Tuberculose em Cáceres, Mato Grosso, antes e depois da implantação do Programa de Saúde da Família. **J. bras. pneumol**, São Paulo, v. 33, n. 3, jun. 2007.

KRITSKI, A. L.; RUFFIN-NETTO, A. Health sector reform in Brazil: impact on tuberculosis control. **International Journal of Tuberculosis Lung Disease**, França, v. 4, n. 12 , p.662-6, 2000.

LECOVITZ, E. et al. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais eo papel das normas operacionais básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**; v. 6, n. 2, p 269-291, 2001.

LIMA, M. M.. HIV/tuberculosis co-infection: a request for a better surveillance. **Rev. Saúde Pública** , São Paulo, v. 31, n. 3, Jun. 1997 .

LUCCHESI, P. T. R.. Eqüidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003 .

MACIEL, E. L. N. ; FREGONA, G. ; DIETZE, R. O conhecimento de pacientes com tuberculose acerca de sua doença: um estudo de caso-controle. **Cadernos Saúde Coletiva (UFRJ)**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 593-604, 2005.

MACINKO, J.; GUANAIS, F.C.; SOUZA, M.F.M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil: 1990-2002. **J Epidemiol Community health**, v. 60, n. 1, p. 13-9, 2006.

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 em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Oct. 2004.

MENDES, E.V. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

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

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.

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

MUNIZ, J. N. **O Programa de Agentes Comunitários de Saúde na Identificação de Sintomáticos Respiratórios no Controle da Tuberculose em Ribeirão Preto-SP: um desafio para a atenção primária à saúde**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP, Ribeirão Preto, 2004.

OLIVEIRA, H.B.; MARÍN-LEON, L.; GARDINALI, J. Análise do programa de controle da tuberculose em relação ao tratamento, em Campinas – SP. **J bras. Pneumol**, v. 31, n. 2, mar./abr., São Paulo, 2005.

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

OLIVEIRA, A. R. **Avaliando as condições de acessibilidade dos doentes de tuberculose ao diagnóstico e tratamento em serviços de saúde do município de Campina Grande-PB**. 2008. 143f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2008.

OPAS/OMS ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Oficina Sanitária Panamericana**: Oficina Regional de la Organización de la Salud, v.5, n.1, feb. 2002. Washington/DC, 2002. Disponível em:< www.who.org>. Acesso em: 14 jul. 2008.

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.

OMS/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Conferência Internacional em Alma-Ata sobre Cuidados Primários de Saúde**. Brasília, 1979.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.; SILVA JUNIOR, A. G. da. Integrality in the population's health care programs. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, abr. 2007 .

PINHO, J. L.; NOGUEIRA, P. A. Tratamento supervisionado em tuberculose no município de Taboão da Serra, São Paulo 1998-1999. **Bol. Pneumol. Sanit.** jun. v.9, n.1, 2001.

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.

RAVIGLIONE, M. C. Evolution of WHO policies for tuberculosis control, 1948 2001. **The Lancet**, v. 359, p. 775-780, mar., 2002.

RAWS, J. **Uma teoria da justiça**. Tradução Almiro Pisetta; Lenita M. R. Esteves. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

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

RONCALLI, A.G ; LIMA, K. C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 713-724, 2006.

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

_____. Controle de Tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa. **Jornal de pneumologia**, v. 26, n. 4, jul/ago, 2000.

RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T.C.S. **Tuberculose-Implantação do DOTS em Algumas Regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades Regionais.** Ribeirão Preto: FMRP/REDE TB-USP, 2006.

SÁ, L. D.; FIGUEIREDO, T.M.R.M.; LIMA, D.S.; et al. A experiência da implantação do DOTS em seis municípios paraibanos. In: RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T.C.S. (Org). **Tuberculose: Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil, Histórico e peculiaridades regionais.** São Paulo: Instituto Milênio Rede TB, 2006.

SANTOS, Adriano Maia dos; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, mar. 2006 .

SEN, A. **Desigualdade reexaminada.** Tradução Ricardo Doninelli Mendes. São Paulo: Record, 2001.

STARFIELD, B. et al. Coordination of care and its relationship to continuity and medical records. **Med Care**, v. 15, n.11, p. 929-938, nNov. 1977.

_____. Is primary-care essential? **Lancet**, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, out.1994.

_____. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

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

SILVA JUNIOR, A. G. et al. Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde: contribuições da integralidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, oct. 2008 .

SIMPSON, L.; KOREMBROT, C.; GREENE, J. Outcomes of enhanced prenatal services for Medicaid-eligible women in public and private settings. **Public Health Rep.**, v. 112, n. 2, p. 122-132, mar-abr. 1997.

SOUSA, G.P.; LIMA, D.S.; FORMIGA, N.S. A tuberculose no estado da Paraíba:

avaliação epidemiológica e operacional nos períodos de 2000 a 2006. **Anais do III Encontro Nacional de Tuberculose**. Brasília: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2008.

SOUZA, K. M. J. de. **Abandono do tratamento da tuberculose na atenção primária à saúde: uma análise segundo o enfoque familiar do cuidado**. 2008. 109 p. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB.

SOUZA, M. F. Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 1, dez. 2000.

TAKEDA, S. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAM, B. Et al. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidência**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TAKEDA, S.; TALBOT, Y. 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.

TANCREDI, F. B; BARRIOS, S. R. L; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v. 2. (Série Saúde & Cidadania).

VENDRAMINI, S.H.F. et al. **Aspectos epidemiológicos atuais da tuberculose e o impacto da estratégia DOTS no controle da doença**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, v.15, n.1, janeiro-fevereiro, 2007.

VENDRAMINI, S. H. F., VILLA, T. C. S., PALHA, P. F. et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. **Bol. Pneumol. Sanit.**, jun. v.10, n.1, p.5-12, 2002.

VIEIRA, A.A.; RIBEIRO, S. A. Abandono do tratamento de tuberculose utilizando-se as estratégias tratamento auto-administrado ou tratamento supervisionado no Programa Municipal de Carapicuíba, **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 34, n. 3, mar. 2008 .

VIANA, A. L. D'. et al. Política de saúde e equidade. **Perspec.**, São Paulo, v.17, n.1.

jan - mar 2003

VIANA, A. L. D'; LIMA, L. D. de; OLIVEIRA, R. G. de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, 2002.

VILLA, T.C.S. et al. A experiência de implantação da estratégia DOTS no Estado de São Paulo. In: RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T.C.S. (Org). **Tuberculose: Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil – Histórico e peculiaridades regionais**. São Paulo: Instituto Milênio Rede TB, 2006.

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

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. Copenhagen: WorldHealth Organization, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **A world free of TB**. Disponível em: <<http://www.who.int/tb/en/>> Acesso em: 08 dez. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Control 2008: surveillance, planning, financing**. Geneva: WHO report, 2008.

Apêndices

APÊNDICE A
Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o(a) senhor(a) para participar do estudo intitulado **AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO CONTEXTO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, NO MUNICÍPIO DE SANTA RITA-PB: *análise da dimensão da coordenação*** que será realizado pela Médico e mestrando Edivaldo José Trindade Medeiros Da Silva sob a orientação da professora Dra. Jordana Almeida Nogueira. O objetivo deste estudo é avaliar o desempenho do serviço de controle da tuberculose realizado pelos profissionais das unidades de saúde da família de Santa Rita-PB, de forma a subsidiar estratégias que potencializem o tratamento supervisionado, gerando um impacto positivo na saúde desta população. A sua participação é estritamente voluntária, não havendo nenhuma forma de compensação financeira, visto que a mesma é de livre e espontânea vontade. Enfatizo que o(a) senhor(a) poderá desistir de participar deste estudo em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para sua situação nesta unidade. Solicitamos a sua colaboração para responder a um questionário e peço-lhe permissão para a divulgação dos resultados desta pesquisa, em eventos científicos, deixando claro que sua identidade será mantida em sigilo, respeitando a sua privacidade. O pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento durante todo o desenvolvimento da pesquisa. Diante dos esclarecimentos recebidos pela pesquisador, aceito participar do estudo e dou meu consentimento para publicação dos dados. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento.

Santa Rita: ___/___/___

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, entrar em contacto com o pesquisador Edivaldo José Trindade Medeiros Da Silva:

Telefone para contato: (83) 3216-7294 HULW
E-mail: edivaldomedeiross@yahoo.com.br

20.	É oferecida a vacinação BCG na unidade?								
21.	Os doentes com diagnóstico de TB realizam sorologia para HIV?								
22.	Para os doentes de TB atendidos existe um registro obrigatório?								
23.	Existem normas definidas para transferência de informações sobre doentes de TB entre os níveis de atenção?								
24.	Com que frequência elas são usadas?								
25.	Quando o doente precisa ser referido para outro serviço, os profissionais discutem com ele os possíveis lugares de atendimento?								
26.	Existem mecanismos formais na unidade de saúde para marcar consulta com especialista?								
27.	Quando os doentes são referidos pra outros serviços, os profissionais da Atenção Básica fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?								
28.	Os profissionais da Atenção Básica recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialista?								
29.	Os profissionais de Atenção Básica discutem com o doente sobre os resultados das consultas com o especialista?								
30.	A unidade permite que o usuário veja seus prontuários médicos?								
31.	Os prontuários médicos estão disponíveis quando o profissional examina o usuário?								
32.	Os contactantes do doente de TB realizam consulta médica quando necessário?								
33.	Os contactantes, se necessário, realizam raio-X ?								
34.	Os profissionais da sua unidade realizam busca de sintomáticos respiratórios na comunidade?								
35.	A unidade conta com pelo menos um médico diariamente?								
36.	Enfermeiros prescrevem regularmente o tratamento para os doentes com TB?								
37.	Os profissionais de saúde que atendem no PCT recebem treinamento específico na área de Tuberculose?								

Anexos

