



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COORDENADORIA INSTITUCIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO EM SAÚDE**

GUTENBERG ALVES PEQUENO

**AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE CURA E
ABANDONO DO TRATAMENTO DE
TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE JOÃO
PESSOA-PB NO PERÍODO DE 2001 a 2009**

JOÃO PESSOA – PB
2012

GUTENBERG ALVES PEQUENO

**AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE CURA E
ABANDONO DO TRATAMENTO DE
TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE JOÃO
PESSOA-PB NO PERÍODO DE 2001 a 2009**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Gestão em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, em convênio com Universidade Aberta do Brasil, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de especialista.

Orientador: Prof. Dr. Asdrúbal Nóbrega Montenegro Neto

JOÃO PESSOA – PB
2012

P349a

Pequeno, Gutenberg Alves.

Avaliação dos indicadores de cura e abandono do tratamento de tuberculose no município de João Pessoa de 2001 a 2009 [manuscrito]/Gutenberg Alves Pequeno. – João Pessoa, 2012.

64 f. il.: color

Monografia (Especialização em Gestão em Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Coordenação Institucional de Projetos Especiais - CIPE, 2012.

“Orientação: Prof^o Dr. Asdrúbal Nóbrega Montenegro Neto, Universidade Federal de Campina Grande”.

1. Tuberculose. 2. Resultado de tratamento. 3. Serviços de saúde. I. Título.

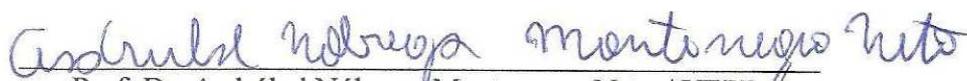
21. ed. CDD 610.736.9

GUTENBERG ALVES PEQUENO

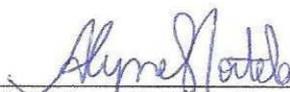
**AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE CURA E
ABANDONO DO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE NO
MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB NO PERÍODO DE
2001 a 2009**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Gestão em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, em convênio com Universidade Aberta do Brasil, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de especialista.

Aprovada em 02/06/2012.



Prof. Dr. Asdrúbal Nóbrega Montenegro Neto / UEPB
Orientador



Prof. Ms. Alyne da Silva Portela / UEPB
Examinador



Profª Ms. Kerle Dayana Tavares de Lucena / FCM-PB
Examinadora

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Maria das Dores Guimarães, pela dedicação,
companheirismo e amizade, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

À Mônica Oliveira da Silva Simões, coordenadora do curso de Especialização, por seu empenho.

Ao professor Dr. Asdrúbal Nóbrega Montenegro Neto pelas leituras sugeridas ao longo dessa orientação e pela dedicação.

À minha mãe pelo apoio, dedicação, esforço e confiança em mim depositados ao longo deste percurso.

Aos meus irmãos, Rosemberg, Demilton e Roosevelt, pelos momentos vivenciados junto a mim nesta caminhada.

A meu pai Demilton Alves Pequeno (*in memoriam*), embora fisicamente ausente, sentia sua presença ao meu lado, dando-me força.

Aos professores do Curso de Especialização da UEPB, em especial, ao tutor Edízio, que contribuíram ao longo de vinte meses, por meio das disciplinas e debates, para o desenvolvimento desta pesquisa.

À todos os funcionários da SEEAD/UEPB, pela presteza e atendimento quando nos foi necessário.

Aos colegas de turma pelos momentos de trocas de experiências vivenciados via chat e nos encontros presenciais.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram com a concretização deste objetivo, agradeço.

Existem muitas hipóteses em ciência que estão erradas. Isso é perfeitamente aceitável, elas são aberturas para achar as que estão certas. Carl Sagan

RESUMO

A tuberculose é um problema de saúde pública que tem demonstrado altas taxas de morbidade e mortalidade, tornando-se prioridade entre as políticas governamentais de saúde, que estabelecem diretrizes e fixam metas para a sua prevenção e controle. No Brasil, no ano de 2003, começou a ser definida a nova estratégia descentralizadora de controle da tuberculose de forma que os municípios tornassem, a partir de então, responsáveis pela implantação dos programas de controle da tuberculose, sendo incorporadas as ações nas unidades de saúde da família. Diante disso, em João Pessoa, um dos seis municípios prioritários para o controle da tuberculose na Paraíba, com características e problemas inerentes aos grandes centros urbanos, procurou-se saber se a descentralização das ações de controle da tuberculose para o âmbito da estratégia saúde da família vem obtendo os resultados desejados. Assim, objetivava-se avaliar os indicadores de cura e abandono do tratamento de tuberculose notificados no município João Pessoa, após a descentralização da atenção aos casos de tuberculose. Para tanto, optou-se por realizar uma pesquisa de abordagem quantitativa no município João Pessoa/PB/Brasil, através de um estudo tipo ecológico de série temporal, predominantemente analítico. A coleta de dados foi realizada junto a base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, envolveu todos os casos de tuberculose do município notificados, com o tratamento encerrado no período em questão. Para a análise, empregou-se o *software* de análise estatística e elaboração de gráficos R versão 2.10.1, no qual se processou o teste de proporções e o teste de tendência de proporções. Os resultados da pesquisa evidenciaram que, estatisticamente, ocorreu uma tendência significativa (valor - $p < 0,05$) para redução dos casos de abandono na Atenção Primária de Saúde e o que chamou atenção é que houve evidências para redução da proporção de curados no Serviço Especializado no transcorrer dos anos estudados. Conclui-se então que, para que os resultados almejados sejam alcançados com o processo de descentralização, é necessário não apenas transferir os casos de tuberculose para a realização do tratamento na Atenção Primária de Saúde, mas também reestruturar os serviços, melhorando a oferta e a qualidade dos recursos humanos e materiais e moldando as atividades a partir da realidade local.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose, Resultado de tratamento, Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Tuberculosis – TB is a public health problem that has been shown high rates of morbidity and mortality turning it into a priority among government health policies which establish guidelines and fix goals for its prevention and control. In Brazil, in 2003, a new decentralization strategy for TB control began to be defined: till that, cities became responsible for implementation of programs for TB control, incorporating actions at family health units. So, in Joao Pessoa, one of six priority cities for TB control in Paraíba, with characteristics and problems common to large urban centers, we sought to know whether decentralization of TB control, on the family health strategy field, has been consolidated in the city, and which factors influence users to elect the TB treatment location. Thus, this study aimed to assess the tendency of the proportion in tuberculosis cases reported in Primary Health Care in the city of Joao Pessoa, after ten years of implementation of the Directly Observed Treatment Short-course (DOTS). To this end, we chose to conduct a quantitative and qualitative research in the city of João Pessoa/PB/Brazil through a primary analytical ecological study of temporal series. In the quantitative research, data was collected in the Information System for Notifiable Diseases database, and it involved all notifiable tuberculosis cases reported in the city including treatments performed in the period. In the analysis, we used the software for statistical analysis and charting R version 2.10.1, in what we assessed the proportions test and tendency of proportion test. The survey results showed that, statistically, there was a significant trend (p - value <0.05) reduction of drop outs in primary health care and what he called attention to is that there was evidence for reducing the proportion of cured Specialized Service in the course of the years studied. It was concluded that for the desired results are achieved with the process of decentralization, it is necessary not only to transfer the cases of tuberculosis for the completion of treatment in primary health care, but also restructure services, improving the supply and quality human resources and materials and molding activities from the local reality.

KEYWORDS: Tuberculosis. Results of Treatment. Health Services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Mapa da Paraíba e a localização dos seis municípios prioritários.....	32
Figura 02: Divisão administrativa da rede de serviços de saúde do Município de João Pessoa.....	33
Figura 03: Coeficiente de incidência de Tuberculose por todas as formas no município João Pessoa - 2001/2009.....	34
Figura 04: Tendência da distribuição dos casos de tuberculose notificados no município João Pessoa/PB (2001-2009).....	44
Figura 05: Evolução das notificações da tuberculose em João Pessoa de 2001 a 2009, excetos os anos 2002 e 2006.....	45
Figura 06: Proporção dos casos de tuberculose por local de atendimento (Atenção Primária de Saúde - APS ou Serviço Especializado - SE) no município João Pessoa/PB (2001-2009).....	46
Figura 07: Evolução da proporção dos casos de tuberculose encerrados por cura, por local de tratamento no município João Pessoa/PB (2001-2009).....	47
Figura 08: Evolução da proporção dos casos de tuberculose encerrados por abandono do tratamento, por local de tratamento no município João Pessoa/PB (2001-2009).....	48

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 01: Variáveis consideradas para o estudo.....	36
Quadro 02: Tipos de possíveis erros em teste de hipóteses.....	40
Tabela 01: Caracterização da população conforme as variáveis: sexo, classificação etária e local de atendimento, no município de João Pessoa (2001-2009).....	43

LISTA DE SIGLAS E SÍMBOLOS UTILIZADOS

APS	Atenção Primária de Saúde
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
BK	Bacilo de Koch
CAIS	Centros de Atenção Integral a Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	Centro de Referência à Saúde do Trabalhador
CHCF	Complexo Hospitalar Clementino Fraga
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNCT	Campanha Nacional Contra a Tuberculose
CNPS	Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DAS	Diretoria de Atenção à Saúde
DNPS	Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária
DNT	Divisão Nacional de Tuberculose
DOTS	Directly Observed Treatment Short-course (Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração)
DVS	Diretoria de Vigilância em Saúde
FNS	FNS - Fundação Nacional de Saúde
H_0	Hipótese Nula
H_1	Hipótese Alternativa
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Adquirida)
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
MDR	Multidrogarresistente
MS	Ministério da Saúde
NDE	Núcleo de Doenças Endêmicas
NOB	Norma Operacional Básica

OMS	Organização Mundial de Saúde
PAS	Ácido Paraminossalicílico
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNCT	Plano Nacional de Controle da Tuberculose
PSF	Programa Saúde da Família
SE	Serviços Especializados
SES	Secretaria Estadual de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SNT	Serviço Nacional de Tuberculose
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Tratamento Autoadministrado
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TS	Tratamento Supervisionado
UAB	Universidade Aberta do Brasil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA.....	15
1.2	PROBLEMÁTICA DA TUBERCULOSE.....	16
1.3	OBJETIVOS.....	20
1.3.1	GERAL.....	20
1.3.2	ESPECÍFICOS.....	20
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	22
2.2	DESCENTRALIZANDO A ATENÇÃO A TUBERCULOSE.....	24
3.	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	31
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	32
3.2	CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO.....	32
3.3	POPULAÇÃO.....	35
3.4	COLETA DE DADOS.....	36
3.5	PROCESSAMENTO DOS DADOS.....	36
3.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	40
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
6	REFERÊNCIAS.....	52
	APÊNDICES	
	APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados no SINAN.....	59
	ANEXOS	
	ANEXO A – Ficha de Notificação da Tuberculose no SINAN.....	62
	ANEXO B – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa.....	63

Capítulo 1
Introdução

1.1 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA

No Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tornou-se necessário criar mecanismos de reorganização da lógica da assistência, transitando de um modelo centrado na produção, na atenção médica curativa, para outro, centrado na atenção integral do indivíduo e coletividade. Mudanças vêm sendo instituídas, exigindo a reformulação dos papéis e funções dos entes governamentais na oferta de serviços, incorporando novos instrumentos gerenciais, técnicos e de democratização da gestão.

Nessa perspectiva, cujo reordenamento voltou-se à priorização da Atenção Primária de Saúde (APS), recomenda-se desde 1994 a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF), que, com efeito, vem sendo considerada não apenas o eixo estruturante da APS, mas uma possibilidade de ampliar o acesso da comunidade as ações de prevenção, de promoção e de recuperação da saúde (anteriormente centralizadas), bem como assegurar uma variedade de serviços e os arranjos necessários para que os usuários recebam todos os tipos de serviços de atenção à saúde, integrando-os aos outros níveis de atenção (MARQUES, MENDES, 2002; STARFIELD, 2002).

Em 1999 Ruffino-Netto afirmou que com as ações de controle da tuberculose (TB) sendo realizadas no âmbito da ESF seria possível promover integração dos serviços, expandindo as atividades de controle da doença, ou seja, “mais unidades de saúde poderiam se unir ao Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), com integração das ações do programa as demais ações de saúde”. Ressaltou ainda 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.

A incorporação das ações de controle da TB com as da ESF, em todo o país, é um feito de grande magnitude, levando em conta a extensão territorial e a complexidade do sistema de saúde no Brasil (TEIXEIRA, 2000). Assim, é esperado que ocorra uma organização dos serviços de saúde e que a responsabilidade pelo controle da TB seja assumido pela ESF. De forma que as equipes estejam capacitadas para realizar todas as ações preconizadas pela Organização Mundial de Saúde para o controle da TB (BRASIL 2002a).

A experiência da descentralização vem se consolidando nas práticas de saúde de maneira gradativa, entretanto é extremamente complexa e resulta de arranjos formais entre as diferentes esferas de governo. Reconhece-se que no território brasileiro a descentralização das

ações não se concretiza de maneira homogênea por diversas as razões: dimensão continental, diferenças regionais e uma enorme quantidade de municípios existentes. No Brasil, são grandes as dificuldades de muitos municípios para assumir o novo modelo, uma vez que historicamente adotou-se um padrão centralizador administrativo e financeiro, em que aqueles que estão fora do núcleo central quase não têm participação social no processo decisório.

Opondo-se justamente a tradição centralizadora do PNCT, o processo de descentralização traz o conceito de que o município é o melhor cenário para o gerenciamento das ações de saúde, devido à proximidade com a realidade da população. É imprescindível a organização de um trabalho que adote o planejamento e a gestão das inúmeras atividades envolvidas, destacando a capacitação dos profissionais para a definição de competências, estruturação dos sistemas de referência e contrarreferência, a fim de atender ao aumento da demanda gerada no âmbito da APS (TEIXEIRA, 2000).

1.2 PROBLEMÁTICA DA TUBERCULOSE

A TB é reconhecida mundialmente como importante problema de saúde pública que assola a humanidade desde os mais remotos tempos, o que levou muitos países a desenvolverem estratégias para sua prevenção e controle, mas que apesar disto, os números de casos de TB ainda são alarmantes e preocupantes, exigindo uma maior atenção por parte dos setores responsáveis.

Doença estigmatizante de amplitude mundial, que tem como principal causador é *Mycobacterium tuberculosis*, a TB está intimamente relacionada às condições sócio-econômicas e insalubres a que está exposta a população.

Desde o início do século XX, a doença constitui-se uma das causas mais frequentes de morte nas regiões geográficas de clima temperado e a segunda, depois da febre amarela, nas regiões tropicais (FERREIRA *et al*, 2005). O aumento na incidência relaciona-se à elevação de problemas médico-sociais, mendicância, abuso de drogas, epidemia de HIV/Aids (Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), bem como à qualidade de vida de uma população cujos indicadores são representados por condições de alimentação, moradia e saneamento básico.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2010), no Brasil, no ano de 2009, a incidência de casos novos de TB de todas as formas foi de aproximadamente 37/100.000 habitantes, com um total de 75.040 casos novos e recidivas, sendo, em torno de 61.000 pulmonares. O órgão ainda estimou que a incidência total de casos de TB, de todas as formas, notificados ou não, foi de 45/100.000 habitantes com um total de aproximadamente 96.000 casos novos e uma prevalência de 50/100.000 habitantes. O Ministério da Saúde (MS) estima que ocorra no Brasil aproximadamente 5.000 óbitos por TB ao ano, sendo esta considerada a primeira causa de morte entre os pacientes com a Aids (BRASIL, 2007).

Estes números constituem a 9ª causa de internações por doenças infecciosas, o 7º lugar em gastos com internação pelo SUS por doenças infecciosas e a 4ª causa de mortalidade por doenças infecciosas (HIJJAR et al, 2005), fato que colocou o Brasil em alerta, para a necessidade de reorganização das estratégias visando diminuir a incidência e a prevalência da TB em todo território nacional.

No Brasil, em 2006, cuja taxa de mortalidade por 100 mil habitantes foi de 2,45, a Região Nordeste foi a que apresentou a maior taxa de mortalidade por TB (2,89). Entre os estados da Região Nordeste, a Paraíba apresentou a terceira maior taxa de mortalidade (2,93), ficando atrás apenas do Ceará (3,05) e de Pernambuco (4,39), estado que ocupou o primeiro lugar (BRASIL, 2008).

Entre todas as unidades federativas do Brasil, a Paraíba possui a 6ª maior taxa de mortalidade, ficando atrás, em ordem decrescente, do Rio de Janeiro (5,35), Pernambuco (4,39), Amazonas (3,11), Acre (3,06) e Ceará (3,05) (BRASIL, 2008). No Estado, os municípios prioritários no controle da doença e que obedecem a certos critérios de priorização são: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos e Cajazeiras.

À semelhança do que ocorreu com os demais países das Américas, no Brasil o Programa Nacional elaborou sucessivos planos de combate à TB objetivando a redução do problema, sendo o mais recente o PNCT com data de 1998, mas que apesar de sua existência, observa-se ainda no país, uma notificação de quase 90.000 casos novos da enfermidade por ano, e estima-se uma subnotificação em torno de 30%, o que pode gerar um agravamento da doença no futuro (BRASIL, 1999).

O PNCT, que contempla a estratégia da OMS, tem como uma de suas metas, expandir a cobertura do tratamento supervisionado para os 315 municípios brasileiros prioritários ao controle da TB. Esta estratégia continua sendo uma das prioridades mundiais para que seja possível atingir taxa de cura de 85%, reduzindo o abandono a menos de 5%, evitando o

surgimento de bacilos resistentes e possibilitando um efetivo controle da TB no mundo (WHO, 2001). “Visa reduzir a resistência medicamentosa, melhorar a adesão terapêutica, incrementar os percentuais de cura e, conseqüentemente, reduzir a incidência e a mortalidade por TB” (RODRIGUES et al, 2008).

A estratégia da OMS para o controle da TB no mundo inclui a ampliação da estratégia de tratamento supervisionado (TS/DOTS), o controle da coinfeção TB/HIV e a TB-MDR (Multidrogarresistente), contribuir para fortalecer o sistema de saúde, envolver todos os provedores de saúde (públicos e privados), estimular a mobilização dos doentes e comunidades, fomentar e promover pesquisas (BRASIL, 1999).

No Brasil, em 1998 apenas 3% da população era coberta pelo DOTS (BRASIL, 2002a), sendo que somente 27,6% dos estabelecimentos do sistema público de saúde integravam o programa, em sua maioria, centros de saúde especializados (TEXEIRA, 2000). Em 2002 esta cobertura alcançou 35% da população, sendo que em 2003 foi registrada uma ampliação de 34%, resultando em taxa da detecção de 55% dentro das áreas com cobertura DOTS. A taxa do sucesso do tratamento com a utilização do DOTS em 2002 era de 75%, com 18% dos pacientes em abandono ou transferência (VENDRAMINI et al, 2007). Em 2006, a cobertura populacional pela estratégia DOTS alcançou 86%.

A implantação da estratégia DOTS ao longo desta última década vem contribuindo com a descentralização das ações de controle da TB; integração entre ESF e serviços especializados (SE); facilitando o acesso ao tratamento da TB através da expansão da cobertura do PNCT para toda a rede básica.

No entanto, esta experiência vem se consolidando nas práticas de saúde de maneira gradativa e heterogênea diante das particularidades regionais e dos próprios atores envolvidos neste processo.

Vendramini e colaboradores (2007), em estudo realizado no município de São José do Rio Preto (SP), evidenciaram que o DOTS trouxe contribuições significativas para a redução da taxa de abandono e óbito. Entretanto, a taxa de cura sofreu um impacto nos primeiros anos, porém, manteve os mesmos patamares, nos anos seguintes. O mesmo foi relatado por Muniz e colaboradores (2005) no município de Ribeirão Preto-SP. A estratégia trouxe mudanças nos indicadores de abandono ao tratamento. Nos primeiros cinco anos, houve aumento nas taxas de cura, não alcançando, no entanto, os 85% esperados pelo PNCT.

No Estado da Paraíba, a implantação da estratégia DOTS foi iniciada em 1999, desde então, articulada à política de municipalização e, principalmente com as ações voltadas à

reorganização dos serviços de ABS. Inicialmente, foram selecionados dez municípios que se enquadravam nos seguintes critérios: população superior a 50 mil habitantes, maior carga bacilar e retaguarda laboratorial de referência. Em 2001, mediante avaliação e decisão do Núcleo de Doenças Endêmicas da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba (NDE-SES/PB), a estratégia DOTS foi implantada em mais vinte municípios.

Não obstante, é interessante reconhecer que os municípios agregam especificidades locais, sejam elas de cunho político, organizacional, humano, que os tornam heterogêneos na dinâmica de enfrentamento da doença (MARCOLINO et al, 2009). Apesar dos esforços despendidos na reorganização da rede de atenção e qualificação de recursos humanos, constata-se que a diversidade de problemas encontrados em grandes centros urbanos (conglomerados populacionais, bolsões de pobreza) por vezes obstaculiza a descentralização e incorporação das atividades de controle da TB pelas ESF.

A descentralização da atenção a TB surge com intuito de facilitar o acesso ao tratamento por parte dos usuários, com isso reduzindo o número de abandonos do tratamento e conseqüentemente aumentando o índice de cura dos casos tratados.

Logo, diante da relevância da temática no campo das Políticas Públicas de Saúde e considerando a descentralização da atenção à TB uma das estratégias de base para o controle da TB no Brasil, emerge o nosso interesse em desenvolver um estudo norteado pelo seguinte questionamento: A descentralização da atenção à TB contribui realmente para melhoria das taxas de cura e abandono do tratamento? Com base nesta questão formulada foi possível a elaboração dos objetivos propostos.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 GERAL

- Avaliar os indicadores de cura e abandono do tratamento de tuberculose notificados no município João Pessoa, após no período de 2001 a 1009.

1.3.2 ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico dos casos de tuberculose segundo o local de atendimento (APS- Atenção Primária à Saúde/ SE- Serviço Especializado);
- Analisar a tendência da proporção dos casos de tuberculose encerrados por cura e abandono, por local de tratamento (Atenção Primária de Saúde – APS e Serviço Especializado).

Capítulo 2
Referencial Teórico

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A atenção à saúde pública no Brasil teve seu início em meados do século XX com a elaboração de normas e organizações sanitárias que ficaram conhecidas como “sanitarismo campanhista”. Na década de 20 foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) que, logo na década seguinte, foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), os quais, na década de 60, foram unificados dando origem ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

Nesse período foi possível evidenciar a duplicidade assistência/previdência, caracterizada pelo privilégio exercido pela prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento à saúde pública, bem como o desenvolvimento de um sistema que priorizava a capitalização da medicina e a sua produção privada.

Em 1975, a Lei 6229 organizou o Sistema Nacional de Saúde (SNS) e estabeleceu as principais competências das distintas esferas de governo. Esta organização tinha forte característica centralizadora no nível Federal e nítida dicotomia entre as ações coletivas (competência do MS) e individuais (competência do Ministério da Previdência e Assistência Social) (BOSSERT; LARRAÑAGA; MEIR, 2000). O SNS sofreu fortes críticas de vários setores, principalmente da sociedade civil, devido a sua forma de organização.

Na segunda metade da década de 1980, surgiu o Movimento da Reforma Sanitária, mais precisamente em março de 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foram discutidas questões relativas à reforma do sistema de saúde do Brasil que deu origem a um relatório que serviu como base para os constituintes na elaboração da Constituição Brasileira dois anos mais tarde.

O SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90 com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto, fazendo valer os princípios do SUS (BRASIL, 2002a).

A constituição de 1988 concretizou princípios no que diz respeito à saúde, que podem ser divididos em duas ordens distintas, mas interrelacionadas: princípios éticos/doutrinários e organizacionais/operativos. Os primeiros podem ser resumidos na universalidade, equidade e

integralidade, os segundos, na descentralização, regionalização e hierarquização da rede e participação social (BRASIL, 2000).

Para fins deste estudo nos deteremos ao princípio ético/doutrinário da universalidade que visa garantir, conforme texto da Constituição Federal de 1988, a saúde como direito de todos e dever do Estado, para isso torna-se necessário facilitar o acesso aos serviços de saúde a todos, sem distinção, sendo necessário o emprego do princípio organizacional/operativo da descentralização para tal, que consiste na redistribuição de recursos e responsabilidades entre os entes federativos, ficando a gestão do SUS sob a responsabilidade da União, estados e municípios (BRASIL, 2000).

Com o princípio da descentralização, além da gestão dos recursos referentes à saúde, veio a responsabilidade de garantir a oferta destes serviços, dessa forma, operacionalizando o princípio da universalidade e facilitando o acesso a tais serviços.

Entende-se que, para que existam os princípios éticos/doutrinários é necessário que os princípios organizacionais/operativos sejam estruturados, ou seja, para que ocorra a universalidade, a equidade e a integralidade, é necessário que ocorra a descentralização, a regionalização e a hierarquização. Porém, este estudo abordará apenas o princípio da descentralização, avaliando os seus resultados.

É importante observar que, na lógica adotada para SUS, os princípios éticos/doutrinários e organizacionais/operativos, constituem um todo interdependente que devem desenvolver-se em constante interação. A descentralização dos serviços de Saúde é um dos componentes operacionais que concorrem para colocar em prática os princípios éticos/doutrinários da noção de saúde institucionalizada a partir da Constituição de 1988 (BRASIL, 2000).

Segundo a lei 8.080/90, no seu artigo 35, são definidos como critérios para a transferência de valores, de forma que os estados e municípios possam receber recursos para custear os serviços de saúde: o perfil demográfico da região; o perfil epidemiológico da população a ser coberta; as características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; o desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; os níveis de participação do setor Saúde nos orçamentos estaduais e municipais; a previsão do plano quinquenal de investimentos da rede e o ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Para habilitação no projeto de descentralização, a lei 8.142/90 define como pré-requisitos: Fundo de Saúde; Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o

Decreto n.º 99.438, de 7 de agosto de 1990; Plano de saúde; Relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4.º do art.33 da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990; Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação (BRASIL, 1990b).

Através do Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para a Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose, o governo brasileiro reconhece a importância de descentralizar e desconcentrar as ações de controle da TB, e recomenda que a assistência aos doentes seja estendida a todas as UBS existentes (BRASIL, 2001).

2.2 DESCENTRALIZANDO A ATENÇÃO A TUBERCULOSE

A existência primordial da TB data da época do antigo Egito, em que pesquisadores encontraram lesões tuberculosas em múmias. Porém, somente em 1882 o cientista alemão Robert Koch isolou a bactéria responsável pela doença, ficando esta conhecida como Bacilo de Koch (BK). Era uma doença comum entre artistas e intelectuais, e estava relacionada a um estilo de vida boêmio, sendo considerada uma “doença romântica” no decorrer do século XIX e até meados do século XX (SOUZA; VASCONCELOS, 2005).

Até o descobrimento do agente etiológico atribuía-se à TB uma presumível origem. Com a descoberta ocorreu um grande avanço no conhecimento e gradativamente a TB passou a ser vista como moléstia transmissível (BASTA, 2006).

No Brasil, a TB data praticamente desde o ano de 1500, com a chegada dos portugueses e jesuítas durante a colonização. Os grandes movimentos migratórios, advindos da vinda da Família Real para o Brasil no início século XIX, acarretaram a disseminação da doença (RUFFINO-NETTO, 1999), criando um ambiente favorável à transmissão entre a classe operária. Em decorrência das precárias condições de vida impostas no processo de industrialização do país, a TB assumiu definitivamente o papel de patologia transmissível e de caráter social (BASTA, 2006).

No final do século XIX e início do século XX – período em que a TB ainda não fazia parte da agenda de prioridades do governo, a mesma era considerada a maior causa de morte no Rio de Janeiro. As principais vítimas advinham da massa de trabalhadores, constituindo

um grupo de miseráveis e esquecidos (BASTA, 2006). Em vista disso, o debate em torno desta doença era grande.

Toda esta ambiência criou um espaço propício para a reunião de um grupo de médicos e intelectuais em torno da ideia de se fundar um órgão específico para o combate da TB. Assim, em 4 de agosto de 1900 foi criada, no Rio de Janeiro, a Liga Brasileira Contra a TB, instituição de caráter filantrópico que reunia médicos, higienistas, intelectuais, membros da alta sociedade, colocando a serviço da ciência e da sociedade todo um instrumental de combate à TB (SANGLARD, 2003).

Foi unicamente quando as epidemias de febre amarela, varíola e peste regrediram que a TB passou a ocupar espaço no discurso oficial. Finalmente, o governo reconhecia o caráter social da doença e admitia a necessidade de um programa sanitário para combatê-la. Foi nesse contexto que em 1902 a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) determinou que a TB devesse tornar-se uma doença de notificação compulsória e que os doentes deveriam ser submetidos ao isolamento em sanatórios para o tratamento com medidas higiênico-dietéticas adequadas. Entretanto, até aquele momento, o Estado não estava aparelhado para dar conta do número crescente de tuberculosos, sobretudo porque a grande maioria deles era proveniente das camadas mais desfavorecidas da população (BASTA, 2006).

Na década de 1910, reconhecendo a necessidade da atenção das autoridades sanitárias sobre a TB, Oswaldo Cruz propõe e instituiu um Plano de Ação Contra a TB obtendo, contudo, pouco impacto e repercussão. Com a Reforma Carlos Chagas, no início da década de 1920, cria-se o primeiro serviço oficial para o controle da enfermidade, a Inspeção de Profilaxia da TB que preconiza a descoberta e tratamento dos tuberculosos (BASTA, 2006; RUFFINO-NETTO, 1999).

Resumindo, as duas primeiras décadas do século XX foram marcadas pelo convívio sombrio com a morte e pelo grande número de pessoas acometidas pela doença. A TB assumiu um caráter de pandemia de repercussão nacional. Porém, as projeções sociais da doença caíram desproporcionalmente sobre a população desfavorecida, sendo a maioria excluída do acesso às ações em saúde, carregando o estigma social de portadores do mal (BASTA, 2006).

A ampliação da intervenção Estatal no combate à TB se deu com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1930 e as reestruturações ocorridas ao longo da década. No entanto, permanecia a convivência com as iniciativas filantrópicas, que lentamente, transferiam a responsabilidade ao Estado (FUNDO GLOBAL, 2010).

A atuação do Estado foi intensificada na década de 40, iniciando com a criação do Plano Federal de Construção de Sanatórios. Em 1941 foi criado o Serviço Nacional de TB (SNT), com função de estudar os problemas relativos à TB e o desenvolvimento de meios de ação profilática e assistencial, seguido do surgimento da Campanha Nacional Contra a TB (CNCT) em 1946, que tinha como finalidade coordenar todas as atividades de controle da TB, uniformizando a orientação nacional e sugerindo descentralização dos serviços. As consequências desta foram: o cadastramento torácico da população e o aumento da eficiência do programa, alterando o quadro de mortalidade (RUFFINO-NETTO, 1999), desempenhando um papel singular e assumindo como proposta a expansão da estrutura hospitalar e sanatorial em todo o país (FUNDO GLOBAL, 2010).

A descoberta da quimioterapia antibiótica específica, a partir da década de 1940, iria alterar mundialmente o perfil epidemiológico, a ação institucional e o conhecimento científico em relação à TB, além de repercutir nas representações sobre a doença, porém, apesar de ter ocorrido inicialmente uma queda acentuada da mortalidade, o uso dos antibióticos ocasionou o surgimento de bacilos resistentes (FUNDO GLOBAL, 2010).

Assim, no ano de 1948 utilizou-se efetivamente a estreptomicina, primeira droga com eficácia comprovada para o tratamento da TB, e o PAS (ácido paraminossalicílico) em 1949, que compunha o grupo de agentes antimicobacterianos do primeiro esquema tríptico, no início dos anos 50. Com a descoberta da Rifampicina e do Etambutol, sua indicação se tornou restrita. Em 1952 houve a utilização efetiva da Hidrazida (RUFFINO-NETTO, 1999; BACHA, 2005).

A década de 60 foi marcada pela utilização de esquemas terapêuticos padronizados, como o esquema standard durante 18 meses (estreptomicina, isoniazida e PAS) em 1964 e reduzido para 12 em 1965 (RUFFINO-NETTO, 1999).

Com a comprovação da eficácia dos quimioterápicos na cura da TB, ao longo das décadas de 50 e 60, o tratamento passou a ser primordialmente ambulatorial, tornando desnecessária a maioria das internações. Como consequência, nas décadas seguintes foram, paulatinamente, sendo desativados os sanatórios e a grande maioria dos hospitais destinados à TB (FUNDO GLOBAL, 2010).

Nos anos 70 intensificou-se a ação do Estado no controle da doença até alcançar sua completa monopolização na década seguinte. Em 70 foi criada a Divisão Nacional de TB (DNT), em substituição ao SNT e teve como marco fundamental, o início da implementação do PNCT (FUNDO GLOBAL, 2010).

O PNCT é desenvolvido por intermédio de um programa unificado, executado em conjunto pelas três esferas de governo e está subordinado a uma política de programação das suas ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos, garantindo desde a distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos necessários, até ações preventivas e de controle do agravo (BRASIL, 2004).

Os marcos dessa década foram finalizados com a introdução do esquema de curta duração (seis meses), por intermédio da Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária (DNPS) em 1976 (RUFFINO-NETTO, 1999).

A consolidação do uso dos antibióticos como terapêutica eficaz para o tratamento da TB, ao lado das medidas profiláticas e da simplificação do diagnóstico, levou a uma mudança no perfil epidemiológico da doença com uma queda acentuada no índice de mortalidade (FUNDO GLOBAL, 2010).

Em meio ao universo de mudanças ocorrentes, em 1981 as ações de controle da TB foram transferidas para as Secretarias estaduais de Saúde (SESs). A partir de então, surgiram novas estratégias de organização dos serviços de saúde, dentre elas, o SUS, criado pela Constituição Federal de 1988 (RUFFINO-NETTO, 1999), garantindo aos brasileiros o acesso ao atendimento público de saúde.

Ligada à Fundação Nacional de Saúde (FNS), criou-se em 1990 a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (CNPS). Neste ano, para reduzir gastos e descentralizar a administração para os estados, foi extinta a CNCT acarretando uma desestruturação a nível federal do PNCT, levando à queda da cobertura, diminuição da busca de casos, piora dos resultados de tratamento, aumento do abandono.

A magnitude do problema no início da década de 90 se expressava em estimativas de ocorrência de cerca de 7,5 milhões de casos e uma taxa de notificação de 74,6/100 mil habitantes, com mortalidade de 48/100 mil habitantes. Em resposta a essa situação, a OMS considerou a TB como uma emergência global em 1993 e formulou o DOTS, introduzido e recomendado pela quadragésima quarta Assembléia Mundial da Saúde (1991) a todos os países para a melhoria das condições relacionadas ao controle da TB, que combina o tratamento de curta duração com medidas políticas, organizacionais e de vigilância (WHO, 1999 apud MOTA et al, 2003; WHO, 2006 apud VENDRAMINI et al, 2007).

Mais tarde, a elaboração e implementação do Plano Emergencial (1994) a partir de 1996 objetivou aumentar a efetividade das ações de controle através da implementação de

atividades específicas nos municípios prioritários, visando diminuir a transmissão até o ano de 1998 (RUFFINO-NETTO, 1999).

No âmbito do SUS, uma das estratégias de reestruturar um novo modelo de assistência à saúde no Brasil surge no ano de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), o qual modificou o conceito vigente de saúde, focalizando a valorização do ser humano e proporcionando um cuidado holístico baseado na prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua.

A saúde da família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em UBSs. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área delimitada. O PSF se integra a uma rede de serviços, de forma a garantir atenção integral aos indivíduos e famílias, assegurando-se a referência e contrarreferência para os diversos níveis do sistema (PORTAL EDUCAÇÃO, 2008).

Com o objetivo de aumentar a cobertura para todos os 5.500 municípios do país, reduzindo a incidência e a mortalidade (RUFFINO-NETTO, 1999), foi lançado em 1996 o Plano Nacional de Controle da TB e desde então o MS recomenda a implantação do TS (DOTS) para o controle da TB (BRASIL, 2004). O referido órgão define, em 1999, a TB como prioridade entre as políticas governamentais de saúde, estabelecendo diretrizes para as ações de controle.

Em âmbito nacional, a partir de 2001, as ações do Programa de Controle da TB (PCT) passam a ser responsabilidade de todos os municípios, privilegiando as unidades de saúde de nível primário. Através da reformulação do PSF, iniciada em 2003, começou, então, a ser definida a nova estratégia descentralizadora de controle da doença, atribuindo aos municípios a implantação dos programas de controle da TB, tornando-os responsáveis pelo tratamento ambulatorial (BRASIL, 2009). Com o Pacto de Gestão do SUS, incluso no Pacto pela Saúde de 2006, a descentralização é radicalizada e as atribuições do MS passam para os estados e os municípios, promovendo um choque de descentralização (BRASIL, 2006).

Até então, houve dificuldades no processo de descentralização. Em muitos lugares o tratamento continuou ocorrendo em ambulatórios especializados, sem expansão para a Rede Básica (BRASIL, 2009).

A expansão das ações de controle para 100% dos municípios complementa o conjunto de metas a serem alcançadas e se dará no âmbito da atenção básica, para garantir a implantação das ações de controle da TB (BRASIL, 2002c) que são: estruturação da rede de

serviços de saúde para identificação de sintomáticos respiratórios, organização da rede laboratorial para diagnóstico e controle dos casos, garantia de acesso ao TS ou ao Tratamento Autoadministrado (TA), proteção dos sadios, alimentação e análise das bases de dados para tomada de decisão.

Inclui-se ainda nas políticas, a instituição do Fórum Parceria Brasileira contra a TB, denominado Parceria Brasileira contra a TB/STOP TB Brasil, em 2008, instância colegiada, de caráter propositivo, consultivo e de mobilização social, voltada para promover a prevenção e o controle da TB e da coinfeção TB/HIV por meio de esforços conjuntos e articulados de organizações governamentais e não governamentais, entidades públicas e privadas, entidades confessionais, academia, instituições de pesquisa, sociedade civil organizada, pessoas físicas e outros entes jurídicos nacionais e internacionais com atuação no Brasil, comprometidos com a temática e em parceria com o PNCT (BRASIL, 2008c).

No obstante a tamanha mobilização, há problemas sérios na área da saúde pública, como a continuidade dos programas e a adequação das propostas. Torna-se necessário criar alternativas, optar por um modelo de assistência voltado a uma prática de saúde participativa, coletiva e integral, vinculada à realidade da comunidade, assistida por uma equipe multiprofissional cujos objetivos de trabalho transcendem e ultrapassam as fronteiras das UBSs (RUFFINO-NETTO, 2001).

São sobejamente reconhecidos os resultados favoráveis da implantação da estratégia DOTS em diferentes países, nos PCTs. Os representantes da OMS têm insistido na sua eficácia e efetividade, assim como apregoado a sua implantação/implementação nos diferentes locais onde a TB representa uma grande carga como problema de saúde pública. O Brasil está entre os 22 países nessa situação (RUFFINO-NETTO & VILLA et al, 2006).

No âmbito nacional, a partir de 2001, as ações de controle da TB vêm se desenvolvendo orientadas pela mobilização técnica, política e social em torno de metas de controle da doença; pela melhoria da vigilância epidemiológica e do sistema de informação; pela ampliação e qualificação da rede de laboratórios; pela garantia de assistência farmacêutica com distribuição descentralizada e acompanhamento de estoques; pela capacitação de recursos humanos, descentralização das ações e mudanças no modelo de atenção com a reorganização dos serviços (RISI JUNIOR; NOGUEIRA, 2002).

O estado da Paraíba encontra-se habilitado na gestão avançada do Sistema Estadual, aprovado pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT) desde 26/abril/2001, publicação feita

através da portaria GM Nº 763 de 16.05.2001, em conformidade com a Norma Operacional Básica de Sistema Único de Saúde NOB/SUS 01/96 (PARAÍBA, 2001)

De acordo com Ruffino-Netto, Villa e colaboradores (2006), atendendo as determinações da Norma Operacional Básica (NOB/96), o gestor priorizava as ações do PCT no Estado. Qualquer município que apresentasse a mais incipiente forma de municipalização segundo a NOB/96 deveria incluir atenção ao doente de TB.

Com a implantação do DOTS no estado da Paraíba a partir de 1999, observam-se alterações nos indicadores referentes à situação epidemiológica da TB. Entre outros fatores concorrentes, a causa desses indicadores parece ter sido a descentralização da estratégia para a atenção básica que, gradativamente vem sendo incorporada pelos profissionais que atuam na ESF (SÁ et al, 2006).

O autor supracitado refere ainda que quanto à situação atual das atividades técnicas em relação às atividades de diagnóstico e tratamento, percebe-se que as atividades continuam centralizadas, uma vez que não há expansão da retaguarda laboratorial, e que naquele ano, no Município de João Pessoa, o TS ainda permanecia centralizado, sendo realizado somente na Unidade de Referência.

Capítulo 3
Considerações Metodológicas

3.1 Tipo de estudo

A opção metodológica voltou-se para a abordagem quantitativa, empregada de acordo com os objetivos propostos. Foi realizado um estudo epidemiológico observacional do tipo ecológico de série temporal, predominantemente analítico com abordagem quantitativa. Segundo Medronho (2009) estudos ecológicos são estudos em que a unidade de análise é uma população ou um grupo de pessoas, que geralmente pertence a uma área geográfica definida. O autor afirma ainda que este tipo de estudo possa ser utilizado também para prever tendências futuras da doença ou avaliar o impacto de uma intervenção populacional.

Terence e Filho (2006), afirma que a pesquisa quantitativa é um método de pesquisa social que utiliza técnicas estatísticas que se preocupa em medir e analisar as relações causais entre as variáveis, permitindo a mensuração de opiniões, reações, hábitos e atitudes em um universo, por meio de uma amostra que o represente estatisticamente.

3.2 Local de estudo

O cenário para o desenvolvimento do estudo foi o município João Pessoa, capital da Paraíba e um dos municípios considerados prioritários pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose para o controle da TB (Figura 01).

Segundo dados do IBGE (2010), João Pessoa possui uma população de 716.042 habitantes e uma área territorial de 210,55 km² (0,3 % da superfície do estado), o município tem atualmente 64 bairros com uma área bruta de 160,76 Km². Limita-se ao norte com o município de Cabedelo através do rio Jaguaribe; ao sul com o município do Conde pelo rio Gramame; a leste com o Oceano Atlântico; e, a oeste com os municípios de Bayeux pelo rio Sanhauá e Santa Rita pelos rios Mumbaba e Paraíba, respectivamente.

Figura 01: Mapa da Paraíba e a localização dos seis municípios prioritários.



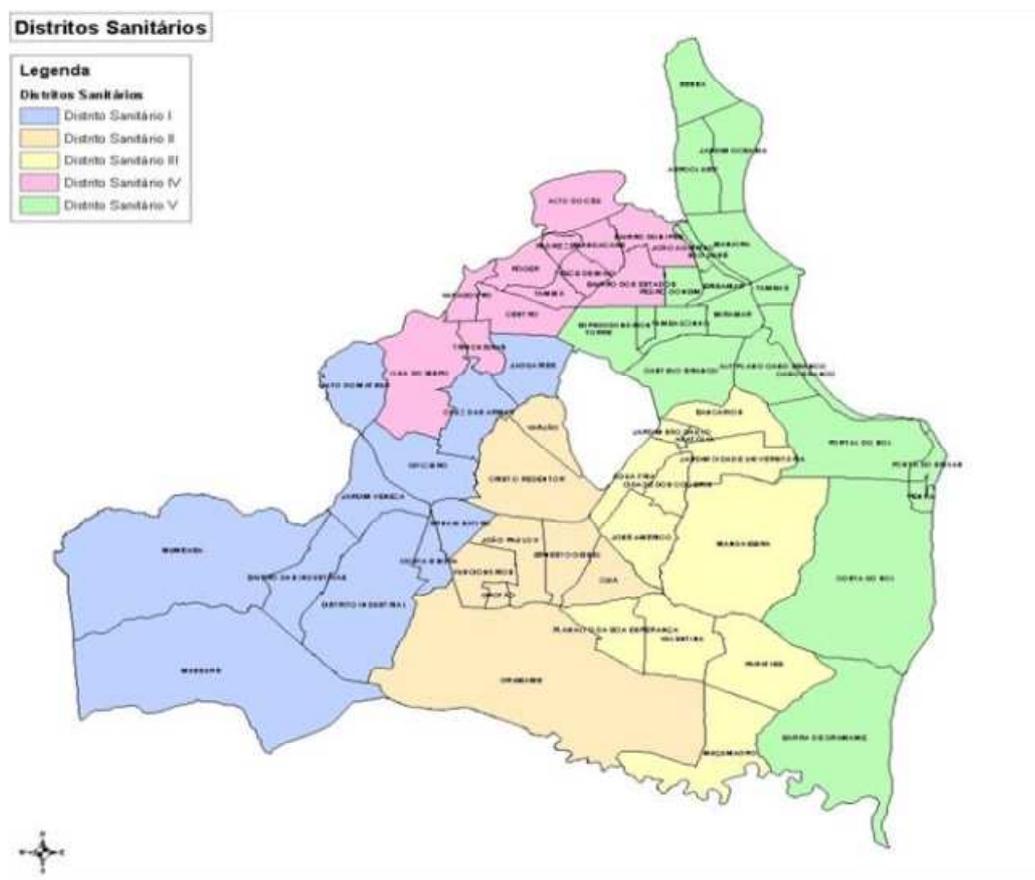
Fonte: <http://www.emepa.org.br>, 2010.

A rede de serviços de saúde do município está distribuída territorialmente em cinco Distritos Sanitários (Figura 02), que recortam toda a extensão territorial da cidade, sendo o maior deles o Distrito Sanitário III, que engloba uma população de 179. 229 habitantes, distribuída em 14 bairros. Para cada distrito, existe um diretor responsável pelo controle das atividades de saúde executada nas respectivas dimensões geográficas (SMS/JP, 2008).

Existem 04 Centros de Atenção Integral a Saúde (CAIS), 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), 01 Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST), 01 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), 01 Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) e 04 Hospitais que são: Ortopedia de Mangabeira Governador Tarcísio Burity, Hospital Geral Santa Isabel, Hospital de Valentina de Figueiredo e Instituto Cândida Vargas, todos de gestão municipal (Relatório de Gestão DVS, 2008).

Para os casos de TB co-existem duas portas de entrada no município: USF e ambulatório especializado do Complexo Hospitalar Clementino Fraga (CHCF), considerado referência estadual para diagnóstico e tratamento da doença.

Figura 02: Divisão administrativa da rede de serviços de saúde do Município de João Pessoa.



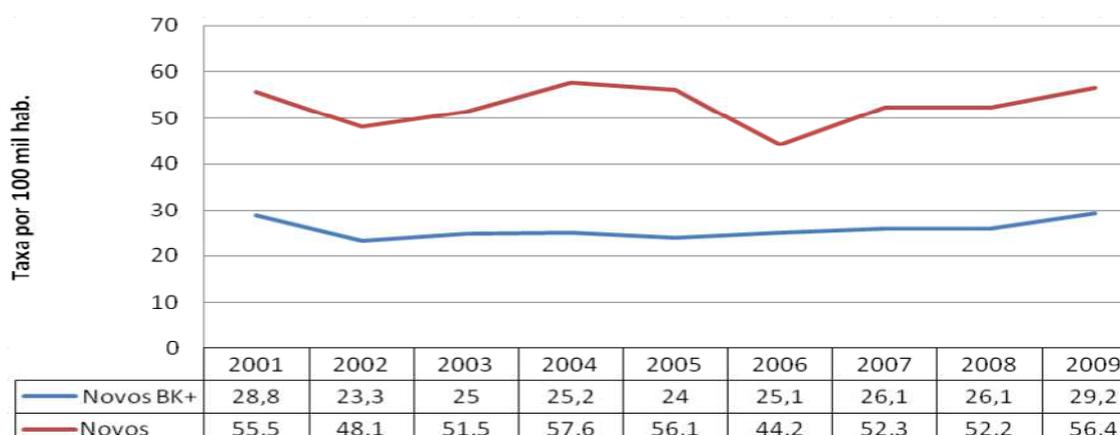
Fonte: SMS / João Pessoa-PB, 2010.

Todas as 180 USFs (100%) foram qualificadas para a identificação dos sintomáticos respiratórios, acompanhamento e tratamento de TB em sua área de abrangência, sendo 36% de profissionais médicos, 49% de enfermeiros e 47% de odontólogos, realizadas pela área técnica de TB da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). As unidades de saúde possuem os insumos necessários para realização da coleta de material de escarro e solicitação de exames complementares para diagnóstico de TB (SMS/JP, 2008).

Para processamento e análise do material existem dois laboratórios municipais credenciados que são o Centro de Referência de Mandacaru e o CAIS de Jaguaribe.

A Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS) está responsável pela elaboração, execução e monitoramento de ações no âmbito da prevenção, promoção e controle de doenças e agravos à saúde. Interligadas à Diretoria estão três Gerências de Vigilância: Ambiental, Epidemiológica e Sanitária. Da mesma forma as Gerências estão divididas em áreas temáticas. Neste caso a Gerência de Vigilância Epidemiológica tem em sua composição quatro áreas temáticas: Imunização, DST/AIDS, Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Doenças Transmissíveis. Embora não esteja contemplada oficialmente na estrutura do organograma a Diretoria de Vigilância em Saúde é responsável pelos Sistemas de Informação em Saúde, dentre eles o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o qual tem por objetivo o registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação compulsória, inclusive da TB, em todo o território, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, desta forma, para a tomada de decisões em nível municipal.

Figura 03: Coeficiente de incidência de Tuberculose por todas as formas no município de João Pessoa - 2001/2009.



Fonte: SINAN / DAS / SMS, 2010.

Salienta-se que a DVS, em João Pessoa, fica responsável em monitorar todas as notificações e investigações de casos de TB no território municipal cabendo a Diretoria de Atenção à Saúde (DAS) o desenvolvimento das ações de controle.

Em relação aos coeficientes de incidência no período de 2001 a 2009 (Figura 03), observa-se que nos anos 2001, 2003, 2004, 2005, 2007, 2008 e 2009 o município apresentou coeficientes acima de 50 casos por 100.000 habitantes, que caracteriza valores superiores a média nacional.

3.3 População e Amostra

A população do estudo foi composta inicialmente por todos os casos de TB notificados na base de dados do SINAN, no período de 2001 a 2009. Correspondendo a um total de 3717 casos de TB residentes no município de João Pessoa no período em questão.

Como critérios de exclusão foram considerados: casos que apresentaram ausência de dados referentes às variáveis de interesse do estudo (Quadro 01) e/ou que não concluíram o tratamento em João Pessoa.

A cada variável de importância ao estudo foi realizada a verificação referente a registros “em branco” ou inconsistentes, à categorização do serviço e erros de digitação, os quais foram retirados da amostra.

Desta forma, foram excluídos da população 47 indivíduos, somados todos os anos em questão, por apresentarem algum dos critérios de exclusão.

Quadro 01: Variáveis consideradas para o estudo.

DEFINIÇÃO DA VARIÁVEL	CATEGORIZAÇÃO/ CODIFICAÇÃO
Sexo	0 = Feminino 1 = Masculino
Faixa Etária	0 = < 15 anos 1 = > 15 anos
Local de Atendimento	0 = Serviço Especializado 1 = Atenção Primária
Desfecho do Tratamento	0 = Cura 1 = Abandono

3.4 Coleta de dados

Com o intuito de atingir os objetivos do estudo, foi utilizado um roteiro de observação sobre o número de casos de TB notificados em João Pessoa no período de 2001 a 2009, estruturado com as seguintes variáveis: sexo, classificação etária, local de atendimento e desfecho do tratamento (Apêndice A).

Após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança, João Pessoa / PB, ao desenvolvimento do projeto e mediante consentimento prévio da Gerência de Educação e Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, iniciou-se a coleta de dados, a qual se deu nos meses setembro e outubro de 2010, junto à base de dados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), principal fonte de registros de doenças transmissíveis, onde se obteve os dados referentes aos casos de TB notificados do referido sistema de informações, nos anos de 2001 a 2009.

3.5 Análise dos dados

Após a coleta dos dados secundários referentes aos casos de TB notificados no SINAN, foi verificada a consistência e realizada uma codificação dos dados, para análise através do pacote de análise estatística R, versão 2.10.1, objetivando analisar se as proporções dos casos de TB com desfecho de cura e abandono do tratamento, ao longo do período em estudo, são estatisticamente iguais. Para tanto, utilizou-se o Teste de Comparação de Proporções e, em seguida, foi realizado o Teste de Tendência de Proporções visando analisar se as referidas proporções apresentaram tendência de crescimento ou redução.

Segundo Triola (2005) uma hipótese estatística é uma afirmativa sobre uma característica da população.

São componentes formais para o teste de hipótese: hipótese nula; hipótese alternativa; estatística do teste; região crítica; nível de significância; valor crítico; valor P ; erro tipo I e erro tipo II

Para o Teste de Comparação das Proporções, inicialmente foram definidas a hipótese nula (representada por H_0), que é presumida verdadeira até que as provas estatísticas indiquem o contrário, e a hipótese alternativa (H_1), que deve ser complementar à H_0 , onde ρ_1 , ρ_2 , ρ_3 , ρ_4 , ρ_5 , ρ_6 , ρ_7 , ρ_8 e ρ_9 são as proporções das variáveis relativas a indivíduos que realizaram o tratamento nos dois níveis de atenção.

Assim, para $H_0: p_1 = p_2 = p_3 = p_4 = p_5 = p_6 = p_7 = p_8 = p_9$, ou seja, não houve diferenças significativas entre as proporções analisadas, sendo assim, as diferenças observadas são devidas ao acaso, no entanto, para H_1 : pelo menos um $p_i \neq p_j$, desta forma, em pelo menos um dos anos analisados ocorreu diferenças estatisticamente significativas.

A rejeição da hipótese H_0 não implicará que houve uma tendência, mas, que apenas ocorreu algum ano que se diferenciou dos demais por algum motivo que foi analisado separadamente.

Em estudos epidemiológicos, é comum o manuseio de dados compostos por uma série de proporções, muitas vezes, ocorrendo grupos que se enquadram em alguma ordem natural. Conforme Armitage (1955, p. 375) “a questão geralmente, não é então verificar se as proporções diferem significativamente, mas se elas mostram uma tendência significativa, para cima ou para baixo, com a ordenação dos grupos”.

Com intuito de averiguar se as proporções de indivíduos com desfecho de tratamento de cura e abandono apresentam alguma tendência para cima ou para baixo, durante todo período de estudo (2001-2009), foi realizado o Teste de Tendência de Proporções.

Considerando as proporções utilizadas no Teste de Comparação de Proporções, que apresentaram diferenças significativas entre se, foram definidas as hipóteses para realização do Teste de Tendência de Proporções, de forma que, para H_0 : não houve tendência nas proporções dos casos, com desfecho de cura e abandono do tratamento de tuberculose, notificados em João Pessoa no período em questão, no entanto, para H_1 : ocorreu tendência para aumento ou redução dos casos notificados em João Pessoa com desfecho de cura e abandono do tratamento de tuberculose no período estudado.

Assim, para testar a hipótese de que as proporções de indivíduos com desfecho de cura e abandono do tratamento de tuberculose apresentam alguma tendência foi usado o Teste de Tendência de Proporções, o qual utiliza o Qui-quadrado (simbolizado por χ^2) que, segundo Medronho (2009), “compara” as frequências observadas no estudo com as frequências esperadas se H_0 é verdadeira.

A estatística do teste tem distribuição χ^2 com 1 grau de liberdade.

Evidentemente, pode-se dizer que dois grupos se comportam de forma semelhante se as diferenças entre as frequências observadas e as esperadas em cada categoria sejam muito pequenas, próximas a zero.

Para medir as possíveis discrepâncias entre proporções observadas e esperadas, foi proposta a seguinte estatística do teste:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

O_i = frequência observada para cada classe;

E_i = frequência esperada para cada classe;

Soma para as k classes.

Nota-se que $(O_i - E_i)$ = desvio (d), portanto a fórmula também pode ser escrita como

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(d)^2}{E_i}$$

Ainda, percebe-se que as frequências observadas são obtidas diretamente dos dados das amostras, enquanto que as frequências esperadas são calculadas a partir destas.

É relevante notar que $(O_i - E_i)$ é a diferença entre a frequência observada e a esperada em uma classe. Quando as frequências observadas são muito próximas às esperadas, o valor de χ^2 é pequeno. Mas, quando as divergências são grandes $(O_i - E_i)$ passa a ser também grande e, conseqüentemente, χ^2 assume valores altos.

A região crítica é o conjunto de todos os valores da estatística de teste que nos fazem rejeitar a hipótese nula, já o nível de significância, representado por α , é a probabilidade de que a estatística de teste cairá na região crítica quando a hipótese nula for realmente verdadeira e o valor crítico é qualquer valor que separe a região crítica dos valores da estatística de teste que não lavam a rejeição da hipótese nula (TRIOLA, 2005).

Já que o nível de significância de um teste, é a probabilidade máxima de rejeitar H_0 . Se, por exemplo, utilizarmos um $\alpha = 0,05$, H_0 será rejeitada somente se o resultado da amostra for tão diferente do valor suposto que uma diferença igual ou maior ocorreria com uma probabilidade máxima de 5%. Na prática, o valor de α é fixo. Geralmente os valores para o nível de significância podem ser de 0,01, 0,05 ou 0,10, sendo definido previamente pelo pesquisador.

O valor p consiste na probabilidade de que o valor calculado de uma estatística de teste é, no mínimo, tão extremo quanto um valor especificado da estatística de teste, de forma tal que a hipótese nula é verdadeira. Assim, o valor p deve ser menor que o valor de α para o qual podemos rejeitar a hipótese nula (DANIEL, 2009).

Dessa forma, se o valor p for inferior a α rejeita-se H_0 , caso seja superior, não existem evidências que permita rejeitá-la. Conclui-se que, a decisão de rejeitar ou não H_0 depende do valor p .

Quadro 02: Tipos de possíveis erros em teste de hipóteses.

Decisão	H_0 Verdadeira	H_0 Falsa
ACEITAR A HIPÓTESE NULA	Decisão correta $(1-\alpha)$	Erro tipo II β
REJEITAR A HIPÓTESE NULA	Erro Tipo I α Nível de significância	Decisão correta $(1-\beta)$ Poder do teste

Os testes de hipóteses estão sujeitos a dois tipos de erros: erro tipo I conhecido também como erro de rejeição ou erro α , aquele que ocorre quando rejeita-se H_0 quando H_0 é verdadeira, e o erro tipo II, também conhecido como erro de aceitação ou erro tipo β , que ocorre quando não rejeita H_0 quando esta é falsa (Quadro 02).

É necessário saber que existe uma relação entre o α , β e n (tamanho da amostra) de forma que, quando escolhermos ou determinamos quaisquer dois deles, o terceiro fica automaticamente determinado. Segundo Triola (2005) a prática usual na pesquisa e na indústria é selecionar os valores de α e n de modo que o valor de β fica determinado. O mesmo autor afirma ainda que quanto menor for o α maior será o β e vice e versa. Para o controle do erro tipo I e erro tipo II é necessário o aumento do n , que neste estudo é suficientemente grande. Buscando minimizar ainda mais a chance de ocorrência do erro tipo II, optou-se por um teste ao nível de significância de 0,05.

As características dos indivíduos, em tratamento para TB notificados em João Pessoa durante os anos de 2001 a 2009 segundo o sexo, classificação etária, local de tratamento e o desfecho, foram apresentadas em forma de frequência e proporção, aos quais foi adicionada à análise comparativa desses valores ano a ano. Após a aplicação do teste de igualdade de

proporções e tendência para proporções, as variáveis foram descritas com a utilização de figuras e tabelas, que representaram os resultados do estudo.

3.6 Posicionamento ético

O estudo foi aprovado em 09/09/2010, pelo Comitê de Ética em Pesquisa – FACENE/FAMENE, sob protocolo de número: 215/2010 e CAAE: 0044.0.351.000-10. Seu desenvolvimento obedeceu aos preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual normatiza os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos de forma individual ou coletivamente, em sua totalidade ou em partes, incluindo o manejo de informações ou materiais (BRASIL, 1996).

Por se tratar de uma pesquisa que utilizou dados secundários provenientes da base de dados do SINAN, não se fez necessário o uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pois os sujeitos não foram envolvidos diretamente e não tivemos acesso a informações individuais, atentando ainda para a garantia da utilização das informações apenas para os fins da pesquisa.

Capítulo 4

Resultados e Discussão

A análise e discussão do presente estudo teve uma abordagem quantitativa, de forma que se fez uso da análise estatística buscando contemplar o objetivo que se propõe a verificar: o desfecho (cura e abandono) do tratamento de tuberculose notificados no município João Pessoa.

A população inicial continha 3.717 observações, sendo excluídas 47 por não contemplarem os critérios de inclusão, ficando composta por 3.670 observações. Na análise sociodemográfica (Tabela 01), no que diz respeito ao sexo, não diferente de outras populações, a TB, no município de João Pessoa se torna mais prevalente em indivíduos do sexo masculino.

Tabela 01: Caracterização da população de notificados em João Pessoa, conforme as variáveis: sexo, classificação etária e local de atendimento.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	N	%
SEXO		
Masculino	2379	64,8
Feminino	1291	35,2
FAIXA ETÁRIA		
< 15 anos	226	6,2
> 15 anos	3444	93,8
LOCA DE ATENDIMENTO		
Serviço Especializado (SE)	3118	85
Atenção Primária de Saúde (APS)	552	15

Fonte: SINAN / MS / JP, 2010.

Na população total, ocorreram 2.379 (64,8%) casos de TB em indivíduos do sexo masculino e 1.291 (35,2%) do sexo feminino.

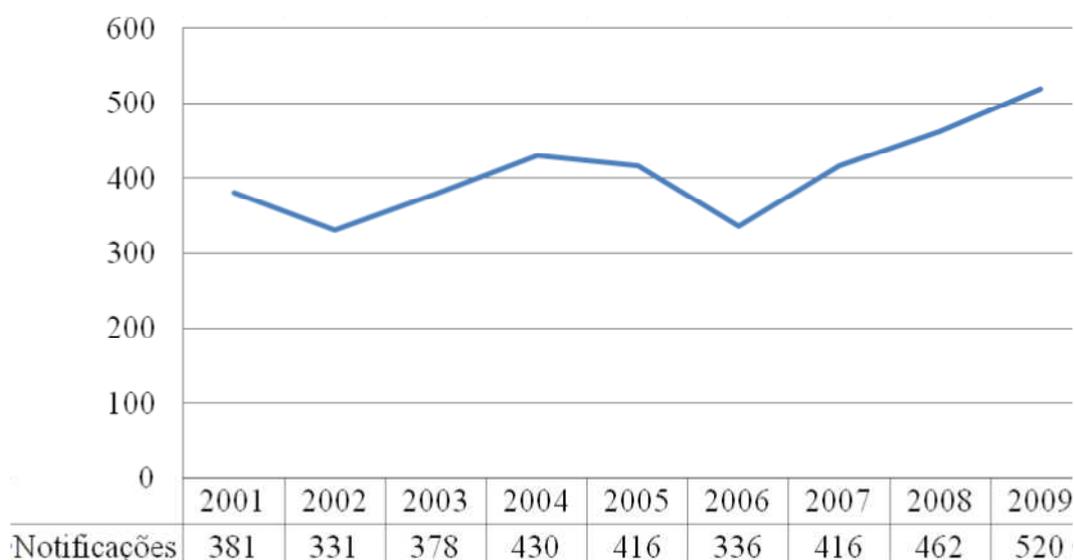
Segundo Galesi (2004), em estudo realizado no município de São Paulo, os indivíduos do sexo masculino têm 1,6 mais chances de adoecerem do que o do sexo feminino. Esta

distribuição ocorre tanto em países desenvolvidos como nos que estão em desenvolvimento, fato relacionado às desigualdades entre os gêneros como, as diferenças fenotípicas, a variedade de comportamento e também as expectativas e os papéis que o homem representa na sociedade, influenciando assim a relação entre as doenças infectocontagiosas. Ressalta-se ainda que, indivíduos do sexo feminino têm um melhor cuidado com a saúde, buscando medidas preventivas e até mesmo tratando de doenças durante o início de sua instalação.

Para classificação etária considerou-se duas categorias, conforme preconizado pela OMS, a de menores de quinze anos (<15), caracterizados pela dificuldade de diagnóstico devido aos indivíduos nesta classificação etária não apresentarem sintomas sendo possível apenas por intermédio de exames laboratoriais e de imagem e a categoria de maiores de quinze anos que são os indivíduos sintomáticos.

Da população em estudo, 3118 (85%) indivíduos realizaram o tratamento em um serviço especializado, o que caracteriza a atenção centralizada nas unidades de referência, e 552 (15%) em unidades da atenção primária de saúde, entendida como atenção descentralizada (Tabela 1).

Figura 04: Tendência da distribuição dos casos de tuberculose notificados no município João Pessoa/PB (2001-2009).



Fonte: Dados do SINAN / SMS / JP, 2010.

Observando as notificações ocorridas entre os anos de 2001 a 2009 (Figura 4), verificou-se que houve uma média de, aproximadamente, 408 notificações de TB por ano, apresentando uma amplitude de 189 casos, o que corresponde a 5% das notificações realizadas nos referidos anos.

É possível observar, que ocorreu uma oscilação quanto ao número de notificações ocorridas entre os anos de 2001 a 2007, com especial atenção para os anos de 2002 e 2006.

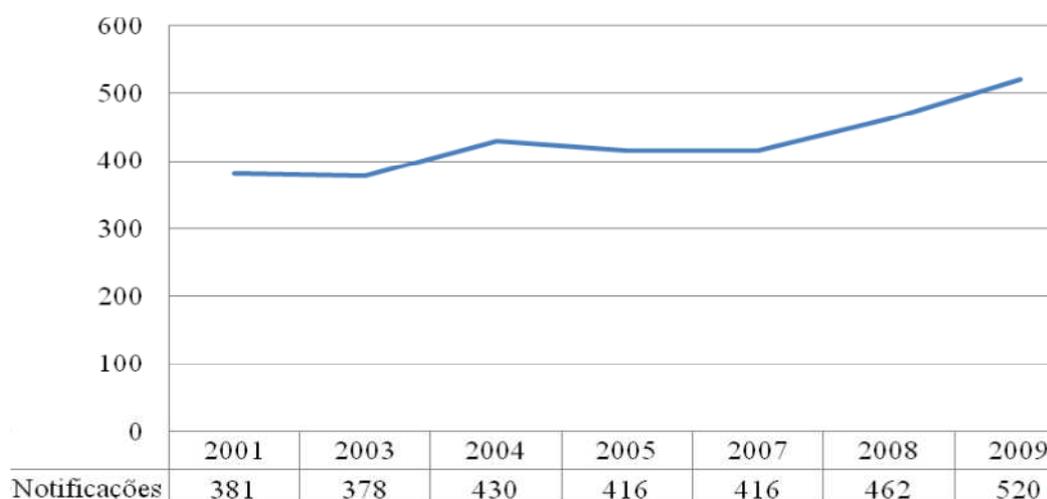
No período entre 2006 e 2009 ocorreu uma tendência de crescimento do número de notificações ocorridas, havendo em 2009 o maior número de notificações durante todo o período em estudo.

Vendramini (2007) afirma que o descuido por parte dos governos e a má administração dos Planos de Controle de Tuberculose (PCT) são fatores que colaboram com a persistência da doença.

Nos anos de 2002 e 2006 ocorreram os menores números de casos de TB notificados, com 331 e 336 notificações, respectivamente, que coincidem, justamente, com o ano de implantação PNCT no Brasil (2002) e com sua reformulação iniciada em 2006, com a política de atenção básica, quando começou a ser definida a nova estratégia descentralizadora de controle da doença, de forma que as ações de controle da TB seriam transferidas para a APS.

No trabalho de expansão desse programa, foram treinados em todo o Brasil, em 2004, 12 mil profissionais das equipes da ESF, para diagnosticar e acompanhar o tratamento dos pacientes nas visitas rotineiras às comunidades (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007).

Figura 05: Tendência das notificações da tuberculose em João Pessoa de 2001 a 2009, excetuando os anos 2002 e 2006.



Fonte: Dados do SINAN / SMS / JP, 2010.

Uma das principais linhas de ação do PNCT no período 2003 – 2007 foi o fortalecimento do PCT nos Estados e Municípios prioritários, com foco no paciente através da concessão de transporte e bolsa-alimentação para os usuários que realizassem o tratamento supervisionado que, de certa forma, refletiu na redução do número de notificações nos anos seguintes.

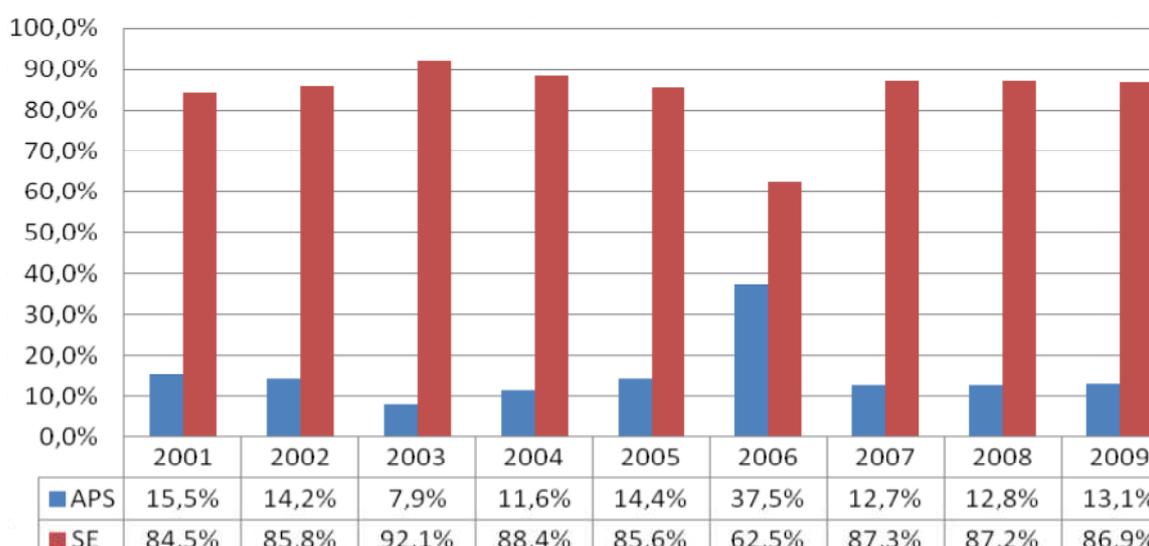
Ao retirar, da análise de tendência, os valores referentes aos anos de 2002 e 2006 torna possível verificar uma tendência ao crescimento da quantidade de notificações (Figura 05).

Estes dados podem significar uma melhora na alimentação do sistema de informação, no entanto, percebe-se que os valores são bem elevados o que demonstra uma necessidade de intensificação das ações de controle da TB.

Divididos por ano e local de atendimento (Figura 06) podemos observar que no ano de 2003 mais de 90% dos indivíduos realizaram o tratamento no SE e que em 2006 observou-se a maior proporção de casos em tratamento na APS.

Perrechi e Ribeiro (2009) afirmam que o tratamento para TB deve ser realizado, em sua maioria, em nível ambulatorial no local mais próximo à residência do paciente, com exceção apenas para casos em que existam agravos associados, ou seja, quando da avaliação por um profissional capacitado, este identifique algum agravo que necessite de uma atenção mais elaborada, que implique na utilização de recursos que não existam na APS.

Figura 06: Proporção dos casos de tuberculose por local de atendimento (Atenção Primária de Saúde - APS ou Serviço Especializado - SE) no município João Pessoa/PB (2001-2009).

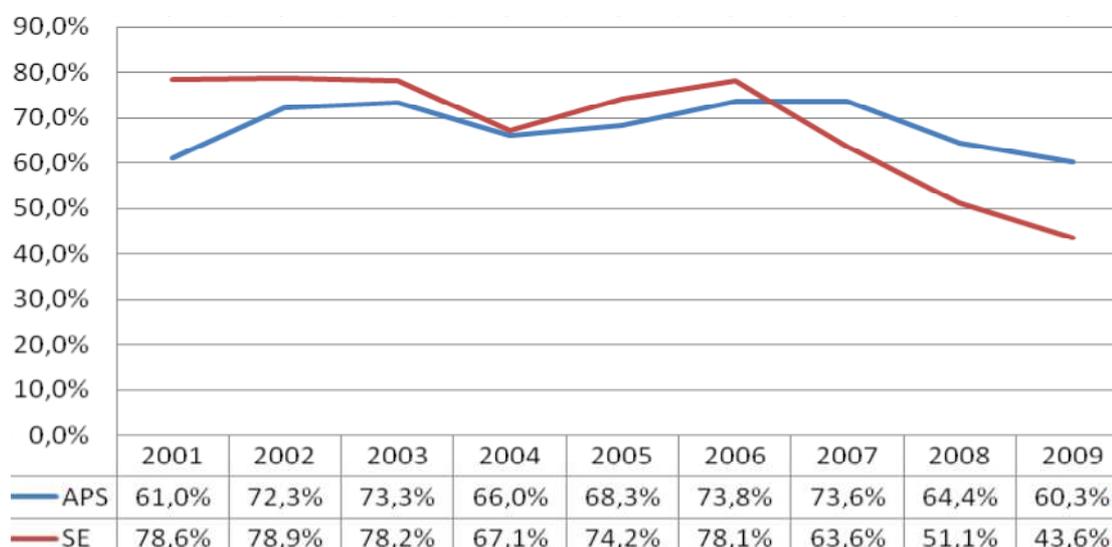


Fonte: Dados do SINAN / SMS / JP, 2010.

Quanto ao desfecho do tratamento, foram consideradas as proporções de cura e abandono nos dois níveis de atenção, a cura representando o desfecho positivo e o abandono o desfecho negativo.

No PNCT de 2004 foram consideradas metas para cura e abandono de casos tratados nos anos de 2004 (Cura = 73% / Abandono = 9%); 2005 (Cura = 75% / Abandono = 7%) e 2006 (Cura = 85% / Abandono = 5%) (BRASIL, 2004).

Figura 07: Evolução da proporção dos casos de tuberculose encerrados por cura, por local de tratamento (Atenção Primária de Saúde – APS e Serviço Especializado – SE), no município João Pessoa/PB (2001-2009).



Fonte: Dados do SINAN / SMS / JP.

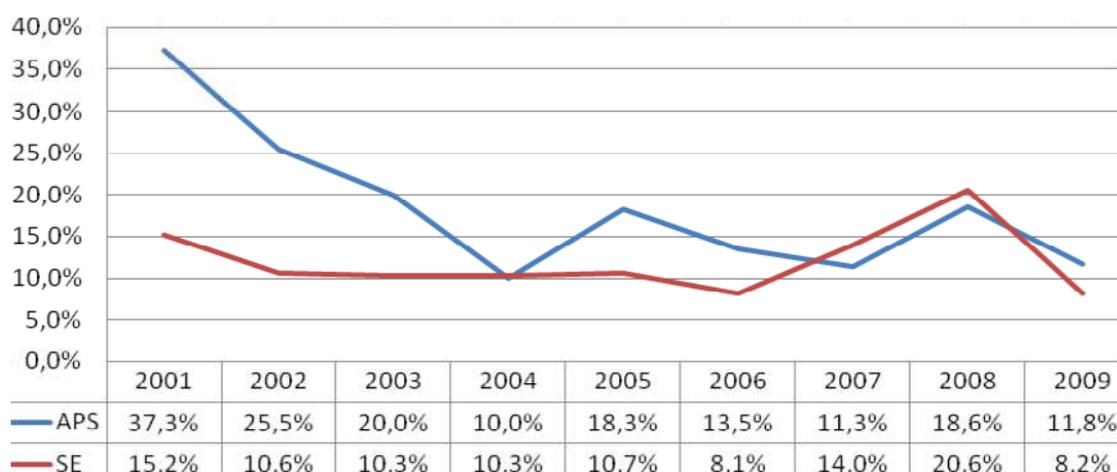
Em 2005, uma avaliação da OMS englobando os 22 países que mais concentram casos de tuberculose no mundo indicava que a taxa de cura no Brasil (81%) era a nona pior entre todos os países analisados. O quadro não foi diferente no município de João Pessoa, esta mesma taxa foi menor que a média nacional, sendo de aproximadamente 73% em 2005, em 2009 esta taxa caiu ainda mais chegando à aproximadamente 60%.

Na APS os casos que apresentaram cura, no desfecho do tratamento, comparados a todos os casos notificados apresentaram proporções entre 60% e 73%, (Figura 07). Ao realizar o teste de igualdade de proporções, observa-se um $\chi^2 = 7,149$ com $gl = 8$ e valor $p = 0,5206$, o que demonstra que não houve diferença estatisticamente significativa entre os anos em estudo, ou seja, não existem evidências que comprovem que houve um aumento ou redução nas

proporções de cura na APS no decorrer dos anos em questão. Vale salientar que a OMS preconiza uma proporção de cura em aproximadamente 85% dos casos notificados.

No SE, através do teste de igualdade de proporções, foi observado um $\chi^2 = 233,7176$ com $gl = 8$ e valor $p < 0,001$, demonstrando que as proporções ano a ano não são iguais. Em seguida foi realizado o teste de tendência de proporção que apresentou $\chi^2 = 180,8261$ com $gl = 1$ e valor $p < 0,001$, o que caracteriza uma tendência significativa. Observando as proporções percebe-se que, em 2001, a proporção de curados no SE foi de 78,6% dos casos, mantendo-se neste patamar pelos dois anos seguintes e apresentando uma redução a partir de 2004, chegando a 43,6% em 2009, fato que chama atenção, desta forma, há evidências de redução da proporção de curados no SE no transcorrer dos anos estudados.

Figura 08: Evolução da proporção dos casos de tuberculose encerrados por abandono do tratamento, por local de tratamento (Atenção Primária de Saúde – APS e Serviço Especializado – SE), no município João Pessoa/PB (2001-2009).



Fonte: Dados SINAN / SMS / JP.

Quanto aos casos de abandono na APS, quando realizado o teste de igualdade de proporções, foi identificado um $\chi^2 = 24,314$ com $gl = 8$ e valor $p = 0,0020$, que apresenta significância estatística, demonstrando haver diferenças entre as proporções. Em seguida, foi realizado o teste de tendência de proporções, que apresentou um $\chi^2 = 13,2596$ com $gl = 1$ e valor $p < 0,001$, que demonstra uma tendência significativa para redução dos casos de abandono. No entanto ainda está aquém do preconizado pela OMS que é de 5% do total de casos. Vale ressaltar que a menor proporção alcançada foi em 2004, com 10% dos casos, seguida de 2007 e 2009 com 11,3% e 11,8%, respectivamente (Figura 08).

Com relação aos casos de abandono no SE, o teste de igualdade de proporções, apresentou um $\chi^2 = 44,4896$, com $gl = 8$ e valor $p < 0,001$, demonstrando que pelo menos uma das proporções é diferente das demais. Em seguida, foi realizado o teste de tendência de proporções o qual apresentou um $\chi^2 = 0,3645$ com $gl = 1$ e valor $p = 0,546$, caracterizando não haver tendência entre as proporções, ou seja, não há evidências de redução dos casos de abandono nos nove anos avaliados e que as diferenças são devidas ao acaso.

O abandono de tratamento tem relação direta não somente com a disseminação da doença, mas também com o aparecimento das cepas multirresistentes. A associação adequada e o uso de doses corretas, por tempo suficiente, com supervisão da tomada dos medicamentos, são os meios para se evitar a persistência bacteriana e o desenvolvimento da resistência às drogas, assegurando a cura do paciente. Mas, este é um fato longínquo de ser alcançado e parece estar muito distante da realidade deste município, necessitando de esforços por parte das autoridades de saúde para a adequação das políticas públicas, bem como daqueles que as executam.

Os compromissos assumidos pelo governo brasileiro, de reduzir significativamente a incidência e promover o diagnóstico precoce e o tratamento adequado das pessoas que vivem com tuberculose, persistem como metas a serem alcançadas (BARREIRA, 2007).

Oliveira (2008) afirma que a educação em saúde é uma das estratégias para se reduzir a proporção de abandono, e conseqüentemente, os indicadores citados. Destaca-se, ainda, a importância da organização e disposição dos serviços de saúde no acolhimento dos pacientes com TB. Nas atividades de consulta e de educação, as questões pessoais do doente devem sempre ser levadas em conta, considerando-se que cada indivíduo é único, tem sua própria história, seus valores e crenças.

Capítulo 5
Considerações Finais

Com a reformulação do SUS, visando atender aos princípios de universalidade, equidade e integralidade, o poder de decisão passou para os municípios em gestão plena de saúde, descentralizando a gestão e as ações de assistência à saúde, de forma a obedecer aos três níveis de atenção, com início na atenção primária através das unidades básicas de saúde e de saúde da família.

A partir desse entendimento, como forma de ampliação do acesso às ações de saúde, assim como, para a garantia de serviços variados e arranjos necessários para que os usuários recebam todos os tipos de serviços de atenção à saúde, integrados aos demais níveis assistenciais, a atenção primária passou a ser prioridade.

Nessa perspectiva, as ações de controle da tuberculose, antes desenvolvidas majoritariamente nos serviços de alta complexidade, passaram a ter como prioridade o atendimento integral nos serviços de baixa complexidade, onde os usuários são acolhidos e atendidos obedecendo ao princípio da resolutividade e, de acordo com a sua necessidade clínica, poderão ser direcionados a outro nível de atenção.

Esse processo de descentralização vem sendo implantado progressivamente em todos os municípios brasileiros, embora o município de João Pessoa venha organizando um fluxo de atenção, descentralizando o atendimento aos indivíduos com TB para a APS, a ESF ainda não funciona como “filtro” obrigatório para atenção especializada. É comum o usuário com sintomas de TB procurar espontaneamente o SE (Ambulatório Estadual de Referência) como primeiro contato e sem encaminhamento da ESF.

Observou-se um aumento gradativo no número de notificações de casos de tuberculose no período estudado, fato que pode ser justificado pela intensificação da busca ativa dos sintomáticos respiratórios e/ou pelo aumento da disseminação do bacilo e/ou pela melhoria no processo de alimentação do sistema de informação, haja vista o número de casos de tuberculose notificados em todo mundo é bem abaixo do estimado, em decorrência das subnotificações.

Percebe-se que os números ainda são elevados, revelando uma emergência em controlar a tuberculose, necessitando, para tanto, de intervenções mais intensas e efetivas, com vistas à minimização dos danos individuais e coletivos que assolam a população ou, quem sabe, em longo prazo, a eliminação da doença, em termos de saúde pública. Ademais, tais valores ainda não são os preconizados pela Organização Mundial de Saúde nem tão pouco, necessários para o alcance do controle da infecção no município.

Não diferente de outros municípios, em João Pessoa, ainda é preponderante o número de casos de tuberculose em indivíduos do sexo masculino, com maior prevalência de acompanhamento destes no serviço de atendimento especializado, em detrimento ao sexo feminino. Em relação a isto, ressalta-se que é de suma importância considerar a relevância das adversidades referentes às questões de gênero dos usuários, no intuito de atendê-los de forma equânime e igualitária, reafirmando o princípio da equidade proposto pelo SUS.

Retomando ao objetivo geral proposto, que foi avaliar os indicadores de cura e abandono do tratamento de tuberculose notificados no município João Pessoa, após a descentralização da atenção aos casos, percebe-se que no que concerne ao desfecho abandono do tratamento, a APS conseguiu reduzir significativamente os números, cumprindo o objetivo para este fim, no entanto, ainda não alcançou os 5% preconizados pela OMS, quanto ao SE não houve tendência de redução ou aumento dos casos de abandono.

Em se tratando do desfecho de cura, a APS não apresentou diferenças nos anos em questão, quanto ao SE os resultados foram preocupantes, pois, ocorreu uma tendência para redução significativa dos casos com desfecho de cura para TB, talvez por uma sobrecarga do serviço, já que a maioria dos indivíduos realizou o tratamento neste local.

Apesar da vigência e emergência do processo de descentralização, os estudos sobre essa temática ainda são escassos. Os resultados desta pesquisa vieram corroborar com a importância dos estudos sobre o processo de descentralização das ações de controle da tuberculose, assim sendo, as experiências realizadas em nível local, como o presente estudo em João Pessoa-PB, estimula a produção de novas pesquisas sobre esta temática. Sugere-se a realização de novos estudos abordando esta temática abrangendo a gestão e os profissionais envolvidos no processo de prestação de serviços a cerca da TB, objetivando a estruturação dos serviços e a capacitação profissional e ai sim, realização da descentralização de forma eficiente, eficaz e efetiva.

Capítulo 6
Referências

ARMITAGE, P.. Tests for linear trends in proportions and frequencies. **Biometrics**, v. 11, p 375-386, 1955.

BACHA, H. A. Tuberculose: diagnóstico e tratamento. **Prática Hospitalar** [online], n. 42, nov-dez, 2005. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2042/pgs/materia%2023-42.html>>. Acesso em: 26 fev. 2012.

BARREIRA, D.; GRANGEIRO, A.. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública** [online], v. 41, sup. 1, p. 4-8, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/apresentacao.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2012.

BASTA, P. C.. As pestes do século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 22, n. 2, p. 456-458, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000200023&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 fev. 2012.

BOSSERT, T.; LARRAÑAGA, O.; RUIZ MEIR, F.. Decentralization of health systems in Latin America. **Revista Panamericana del Salud Publica**, Washington, v.8, n. 1-2, Aug. 2000. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 fev. 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União [DOU] Brasília (DF), 1990.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS – Departamento de Informática do SUS**. 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2008/d0202.def>>. Acesso em: 28 fev. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Técnico para Controle da Tuberculose**. Ministério da Saúde. Secretaria de

Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Situação da Tuberculose no Brasil e no Mundo**. 2007. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/divep/arquivos/COAGRAVOS/GT%20Tuberculose/Eventos/Oficina%20Monitoramento%20Maio%20de%202008/Programa%20Nacional%20de%20Controle%20da%20Tuberculose.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Nota técnica sobre as mudanças no tratamento da tuberculose no Brasil para adultos e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/tb/mat_tec/tb09_nt_adulto_adol.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa**. Brasília, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº. 196 de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [DOU] Brasília (DF), 1996.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Centro de Referência Hélio Fraga. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão 60 Boletim de Pneumologia Sanitária - V. 10, n. 1 - jan/jun – 2002 de Pneumologia Sanitária. Campanha Nacional Contra a Tuberculose. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília: 1999, 184p.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Controle da Tuberculose - Uma Proposta de Integração Ensino-Serviço**. 5. ed. Rio de Janeiro (Brasil): FUNASA/CRPHF/SBPT, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS) descentralização**. Brasília. Ministério da Saúde, 2000.

_____. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: Situação Atual e Novas Perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS 2001**, v. 10, n. 3, p. 129-138, 2001. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732001000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar.2012.

DANIEL, W. W. **Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences**. 9th ed. United States of America: Wiley, 2009.

FERREIRA, A. A. A. et al. Os fatores associados à tuberculose pulmonar e a baciloscopia: uma contribuição ao diagnóstico nos serviços de saúde pública. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 142-149, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v8n2/06.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2012.

FUNDO GLOBAL. **A história da Tuberculose no Brasil**. Disponível em: <<http://www.fundoglobaltb.org.br/site/tuberculose/historia.php?Section=3&SubSection=2>>. Acesso em: 19 mai. 2012.

GALESI, V. M. N. Internação por tuberculose no século XXI: o caso do Município de São Paulo (**Tese**). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2003.

HIJJAR, M. A. et al. Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. **Pulmão**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 310-314, 2005. Disponível em: <<http://www.sopterj.com.br/tuberculose/curso/1.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2012.

MARCOLINO, A. B. L. et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux – PB. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 2, p. 144-157, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n2/05.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2010.

MARQUES, R. M.. MENDES, A. Apolítica de incentivos do Ministério da Saúde para Atenção Básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 163-171, 2002.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MOTA, F. F. et al. Distribuição espacial da mortalidade por tuberculose em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 915-922, jul-ago. 2003.

MUNIZ, J. N.; et al. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**.

Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 315-321, 2005. Disponível em:
<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n2/a09v10n2.pdf>>. Acesso em: 06 de abr. 2012.

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. **(Dissertação)**. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2008.

PERRECHI, M. C. T.; RIBEIRO, S. A. Tratamento de tuberculose: integração entre assistência hospitalar e rede básica na cidade de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, n. 11, p. 1100-1106, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n11/v35n11a07.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

PORTAL EDUCAÇÃO. **Programa de Saúde da Família: diretriz conceitual**. Jul, 2008. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/5583/programa-de-saude-da-familia>>. Acessado em: 03 mai. 2012.

RISI JUNIOR, J. B.; NOGUEIRA, R. P. As condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p.117-222.

RODRIGUES, G. O. et al. A expansão do tratamento supervisionado (TS) para o controle da tuberculose na Paraíba (1999/2005). **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], v. 10, n. 3, p. 632-642, 2008. Disponível em:
<<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a09.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2012.

RUFFINO NETTO, A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. **Boletim Pneumologia Sanitária**, v.7, n.1, p.7-18, jun. 1999. Disponível em:
<<http://scielo.icc.pa.gov.br/pdf/bps/v7n1/v7n1a02.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2012.

RUFFINO-NETO, A.; VILLA, C. S. (Org.). **Implantação do DOTs em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais**, São Paulo: Instituto do Milênio REDE TB, 2006.

SÁ, L. D. et al. A experiência da implantação do DOTS em seis municípios paraibanos. In: RUFFINO-NETO, A.; VILLA, T. C. S. (Org.). **Implantação do DOTs em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais**, São Paulo: Instituto do Milênio REDE TB, 2006.

SANGLARD, G.. Filantropia e assistencialismo no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** [online], v.10, n.3, p. 1095-1098, 2003. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702003000300017&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 de abr. 2012.

SOUZA, M. V. N.; VASCONCELOS, T. R. A.. Fármacos no combate à tuberculose: passado, presente e futuro. **Química Nova** [online], v. 28, n. 4, p. 678-682, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422005000400022>. Acesso em: 23 abr. 2012.

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

TEIXEIRA, G. M. O controle da tuberculose e a saúde da família. Perspectivas de uma parceria. **Boletim de pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, dez. 2000. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103460X2000000200001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 abr. 2012.

TERENCE, A. C. F.; FILHO, E. E.. **Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais**. XXVI ENEGEP - Fortaleza, CE, Brasil, Outubro de 2006. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR540368_8017.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2012.

TRIOLA, M. F. **Introdução à Estatística**. 9. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2005.

VENDRAMINI, S. H. F. et al. Aspectos epidemiológicos atuais da tuberculose e o impacto da estratégia DOTS no controle da doença. **Revista Latinoamericana de Enfermagem** [online], v. 15, n. 1, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a25.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2012.

VILLA, T. C. S. et al. A experiência da Implantação da Estratégia DOTS no Estado de São Paulo (1998-2005). In: VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A. (org.). **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil - histórico e peculiaridades regionais**. 1 ed. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2006. p. 75-139.

WHO. World Health Organization. **Global Tuberculosis Control**. WHO Report 2001. Geneva, Switzerland, WHO/CDS/TB/2001.287. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_CDS_TB_2001.287.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2012.

Apêndices

APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados no SINAN

a) Número de casos de TB notificados em João Pessoa (2001-2009), por local de atendimento:

Local de Atendimento			
Anos	Serviço Especializado	Atenção Básica de Saúde	TOTAL
2001			
2002			
2003			
2004			
2005			
2006			
2007			
2008			
2009			
TOTAL			

b) Número de casos de TB notificados em João Pessoa (2001-2009), por sexo:

Notificações – Sexo			
Anos	M	F	TOTAL
2001			
2002			
2003			
2004			
2005			
2006			
2007			
2008			
2009			
TOTAL			

c) Número de casos de TB notificados em João Pessoa (2001-2009), por faixa etária:

Notificações – Classificação etária			
Anos	<15 anos	> 15 anos	TOTAL
2001			
2002			
2003			
2004			
2005			
2006			
2007			
2008			
2009			
TOTAL			

d) Número de casos de TB notificados em João Pessoa (2001-2009), com DESFECHO Cura e Abandono:

Notificações - Desfecho			
Anos	CURA	ABANDONO	TOTAL
2001			
2002			
2003			
2004			
2005			
2006			
2007			
2008			
2009			
TOTAL			

Anexos

ANEXO A - Ficha de Notificação da Tuberculose no SINAN

 PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE		FICHA DE NOTIFICAÇÃO INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE		SINAN <small>SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO</small>		Nº _____		
<p>TUBERCULOSE PULMONAR: PACIENTE COM TOSSE COM EXPECTORAÇÃO POR TRÊS OU MAIS SEMANAS, FEBRE, PERDA DE PESO E APETITE, COM CONFIRMAÇÃO BACTERIOLÓGICA POR BACILOSCOPIA DIRETA E/OU CULTURA E/OU COM IMAGEM RADIOLÓGICA SUGESTIVA DE TUBERCULOSE.</p> <p>TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: PACIENTE COM EVIDÊNCIAS CLÍNICAS, ACHADOS LABORATORIAIS, INCLUSIVE HISTOPATOLÓGICOS, COMPATÍVEIS COM TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR ATIVA, OU PACIENTES COM PELO MENOS UMA CULTURA POSITIVA PARA M. TUBERCULOSIS DE MATERIAL PROVENIENTE DE LOCALIZAÇÃO EXTRAPULMONAR.</p>								
DADOS GERAIS	1) TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL		2) AGRAVO/DOENÇA TUBERCULOSE		CÓDIGO (CID 10) A 16.9		3) DATA DA NOTIFICAÇÃO	
	4) UF	5) MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO			CÓDIGO (IBGE)			
	6) UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)			CÓDIGO		7) DATA DO DIAGNÓSTICO		
	8) NOME DO PACIENTE						9) DATA DE NASCIMENTO	
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	10) (OU) IDADE 1 - HORA 2 - DIA 3 - MÊS 4 - ANO		11) SEXO M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO		12) GESTANTE 1 - 1º TRIMESTRE 2 - 2º TRIMESTRE 3 - 3º TRIMESTRE 9 - IGNORADO 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA 5 - NÃO 6 - NÃO SE APLICA		13) RAÇA / COR 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARDAS 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO	
	14) ESCOLARIDADE 0 - ANALFABETO 1 - 1ª A 4ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU) 2 - 4ª SÉRIE COMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU) 3 - 5ª A 8ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU) 4 - ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU) 5 - ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU) 6 - ENSINO MÉDIO COMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU) 7 - EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA 8 - EDUCAÇÃO SUPERIOR COMPLETA 9 - IGNORADO 10 - NÃO SE APLICA							
	15) NÚMERO DO CARTÃO SUS				16) NOME DA MÃE			
	17) UF		18) MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		CÓDIGO (IBGE)		19) DISTRITO	
DADOS DE RESIDÊNCIA	20) LOGRADOURO (RUA, AVENIDA,...)			CÓDIGO				
	21) NÚMERO	22) COMPLEMENTO (APTO, CASA,...)		23) BAIRRO		24) GEO CAMPO 1		
	25) GEO CAMPO 2		26) PONTO DE REFERÊNCIA			27) CEP		
	28) (DDD) TELEFONE		29) ZONA 1 - URBANA 2 - RURAL 3 - PERIURBANO 9 - IGNORADO		30) PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)			
	DADOS COMPLEMENTARES DO CASO							
	31) Nº DO PRONTUÁRIO				32) OCUPAÇÃO			
33) TIPO DE ENTRADA 1 - CASO NOVO 2 - RECÍDIVA 3 - REINGRESSO APÓS ABANDONO 4 - NÃO SABE 5 - TRANSFERÊNCIA				34) INSTITUCIONALIZADO 1 - NÃO 2 - PRESÍDIO 3 - ASILO 4 - ORFANATO 5 - HOSPITAL PSIQUIÁTRICO 6 - OUTRO 9 - IGNORADO				
35) RAIOS X DO TÓRAX 1 - SUSPEITO 2 - NORMAL 3 - OUTRA PATOLOGIA 4 - NÃO REALIZADO				36) TESTE TUBERCULÍNICO 1 - NÃO REATOR 2 - REATOR FRACO 3 - REATOR FORTE 4 - NÃO REALIZADO				
37) FORMA 1 - PULMONAR 2 - EXTRAPULMONAR 3 - PULMONAR - EXTRAPULMONAR				38) SE EXTRAPULMONAR 1 - PLEURAL 4 - OSSEA 7 - MENINGOENCEFÁLICO 2 - GANG. PERIF. 5 - OCULAR 8 - CULTÂNEA 3 - GENITURINÁRIA 6 - MILIAR 9 - LARÍNGEA 10 - OUTRA				
39) AGRAVOS ASSOCIADOS 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO AIDS ALCOOLISMO DIABETES DOENÇA MENTAL OUTRAS								
DADOS DO LABORATÓRIO	40) BACILOSCOPIA DE ESCARRO (DIAGNÓSTICO) 1ª AMOSTRA 2ª AMOSTRA		1 - POSITIVA 2 - NEGATIVA 3 - NÃO REALIZADA		41) BACILOSCOPIA DE OUTRO MATERIAL 1 - POSITIVA 2 - NEGATIVA 3 - NÃO REALIZADA			
	42) CULTURA DE ESCARRO 1 - POSITIVA 2 - NEGATIVA 3 - EM ANDAMENTO 4 - NÃO REALIZADA				43) CULTURA DE OUTRO MATERIAL 1 - POSITIVA 2 - NEGATIVA 3 - EM ANDAMENTO 4 - NÃO REALIZADA			
	44) HIV 1 - POSITIVO 2 - NEGATIVO 3 - EM ANDAMENTO 4 - NÃO REALIZADO		45) HISTOPATOLOGIA 1 - BAAR POSITIVO 2 - SUGESTIVO DE TB 3 - NÃO SUGESTIVO DE TB 4 - EM ANDAMENTO 5 - NÃO REALIZADO					
	46) DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO ATUAL				48) DROGAS 1 - SIM 2 - NÃO RIFAMPICINA ISONIAZIDA PIRAZINAMIDA ETAMBUTOL ESTREPTOMICINA ETIONAMIDA OUTRAS:			
47) INDICADO PARA TRATAMENTO SUPERVISIONADO (TS/DOTS) 1 - SIM 2 - NÃO 3 - IGNORADO				49) NÚMERO DE CONTATOS REGISTRADOS				
48) NÚMERO DE CONTATOS REGISTRADOS				50) DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO				
INVESTIGADOR	MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE			CÓD. DA UNID. DE SAÚDE				
	NOME			FUNÇÃO				
	ASSINATURA							

ANEXO B - Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa



**FACULDADES DE ENFERMAGEM
E DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA**

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258, de 21.09.2005 e publicada no
DOU de 23.09.2005 Pg. 184 Seção 01.
Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 1.084, de 28 de dezembro 2007, publicada no
DOU de 31 de dezembro de 2007, página 36, seção 1.



CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 8ª Reunião Ordinária realizada em 09/09/10 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulada "Descentralização das ações de diagnósticos e tratamento da tuberculose no município de João Pessoa do período de 2001 a 2008" protocolo número: 215/2010 e CAAE: 0044.0.351.000-10, dos orientadores: Dra. Jordana de Almeida Nogueira e Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos e do pesquisador responsável: **Gutenberg Alves Pequeno**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30 de Março de 2011 nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 20 de Setembro de 2010

Faculdade de Medicina Nova Esperança Ltda.
Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE

Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba - Brasil
CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4777

