



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LAYANNE VERÍSSIMO FERREIRA

**PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E O ACESSO AO DIAGNÓSTICO DOS
DOENTES DE TUBERCULOSE TRATADOS NO AMBULATÓRIO DE
REFERÊNCIA, CAMPINA GRANDE/PB, 2010**

**CAMPINA GRANDE – PB
DEZ/2010**

LAYANNE VERÍSSIMO FERREIRA

**PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E O ACESSO AO DIAGNÓSTICO DOS
DOENTES DE TUBERCULOSE TRATADOS NO AMBULATÓRIO DE
REFERÊNCIA, CAMPINA GRANDE/PB, 2010**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Estadual da Paraíba como requisito
obrigatório para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro
de Figueiredo.

CAMPINA GRANDE – PB
DEZ/2010

F866g Ferreira, Layanne Veríssimo.

Perfil sócio demográfico e o acesso ao diagnóstico dos doentes de tuberculose tratados no ambulatório de referência, Campina Grande/PB, 2010 [manuscrito] / Layanne Veríssimo Ferreira. - 2010

71 f.: il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2010.

“Orientação: Profa. Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, Departamento de Enfermagem”.

1. Epidemiologia. 2. Saúde Pública. 3. Tuberculose. I. Título.

21. ed. CDD 614.4

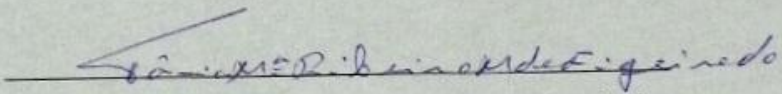
LAYANNE VERÍSSIMO FERREIRA

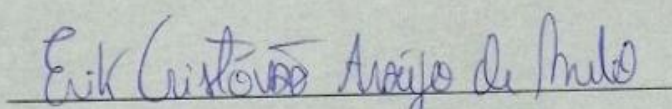
**PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E A RELAÇÃO COM O ACESSO AO
DIAGNÓSTICO DOS DOENTES DE TUBERCULOSE TRATADOS NO
AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA, CAMPINA GRANDE/PB, 2010**

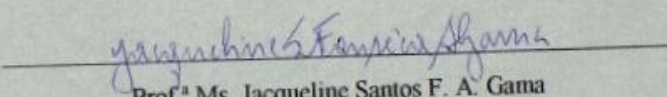
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Estadual da Paraíba como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em 16 de DEZEMBRO de 2010

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo
Orientadora


Eps. Erik Cristóvão Araújo de melo
Docente da Universidade Federal de Campina Grande
Mestrando em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba
Membro Avaliador


Prof.^a Ms. Jacqueline Santos F. A. Gama
Docente da Universidade Estadual da Paraíba
Membro Avaliador

Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus que em sua infinita glória me deu a vida e se fez presente nela a cada instante, permitindo-me reconhecê-lo em suas obras, aparando-me em minhas quedas, orientando-me em minhas falhas, multiplicando minhas alegrias e inundando minha vida de graças.

*Dedico, ainda, aos meus pais **Maria de Fatima Veríssimo Ferreira e Antônio Almeida Ferreira**, que foram instrumentos de Deus para eu vir ao mundo, que me criaram e me amam incondicionalmente tal qual o Pai. Sem eles eu nada seria. - Amo vocês!*

Agradeço aos meus irmãos, Líane e Lamark, por fazerem parte da minha vida, minha rotina, das minhas vitórias. Por serem os que, com toda certeza, estarão ao meu lado em todo e qualquer momento, que eu amo e admiro.

Aos meus tios e tias, primos e primas, minhas avós, Inácia e Tereza, e meus avôs, José Maria (in memoriam) e José Ferreira (in memoriam) por formarem minha grande e amada família.

A Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, minha orientadora, por me mostrar um lado da enfermagem que me fascinou e por plantar em mim o sentimento de pesquisadora, pela paciência e ensinamentos passados.

A Luzimara, que esteve sempre comigo no meu dia-a-dia e que é parte desta conquista.

Aos meus amigos de longas datas, dos tempos de escola e de tantas lembranças, que hoje se fazem irmãos: Laysla, Lívia, Roberta (meus diários vivos), Ramon e Thiago. São parte da minha vida e da minha história. “O que vai ficar na fotografia são os laços invisíveis que havia.” Amo vocês!

As amigas que encontrei nestes cinco anos de curso e agora colegas de profissão e amigas de vida, melhores presentes da enfermagem. Ana Carolina, Carolina Pereira, Emmanuele, Fernanda, Valdênia.

Aos amigos que me acolheram como agregada, parte do grupo, Marcio, Taiguara, que agora são amigos para a vida

As novas amigas, Luciana e Marcella, que direta e indiretamente me apoiaram neste trabalho.

Aos professores da UEPB que me passaram seus conhecimentos e suas experiências.

A todos que fazem parte do grupo de pesquisa em Hipertensão e Tuberculose, que me mostraram a importância do trabalho em equipe: Andressa Lopes, Érik Cristóvão, Fábila Chalegre, Flávia Albuquerque, Flávia Nunes, Fernanda Ramos, Heloísy Medeiros, Julianny Rodrigues, Mayrla Pinto, Salete Gomes, Talina Carla, Valdênia Veríssimo.

Precisamos dar um sentido humano às nossas construções. E, quando o amor ao dinheiro, ao sucesso nos estiver deixando cegos, saibamos fazer pausas para olhar os lírios do campo e as aves do céu.

Érico Veríssimo

RESUMO

FERREIRA, L. V. **Perfil sócio demográfico e o acesso ao diagnóstico dos doentes de tuberculose tratados no ambulatório de referência, Campina Grande/PB, 2010.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2010.

Este estudo objetivou avaliar o perfil sócio demográfico e o acesso ao diagnóstico dos doentes de tuberculose (TB) tratados no Ambulatório de Referência (AmbR) do município de Campina Grande/PB, no período de março a maio de 2010. **METODOLOGIA:** estudo descritivo, inquérito para avaliação de Serviços de Saúde (SS), com abordagem quantitativa, privilegiando-se as dimensões sócio demográficas e acesso ao diagnóstico. Os dados foram analisados no programa estatístico *SPSS. 13* para quantificar as médias da dimensão acesso ao diagnóstico, analisadas através da escala de Likert, e frequências da dimensão informações sócio demográficas, em seguida foram transportados para o *Microsoft Excel 2007* para construção dos gráficos. **RESULTADOS:** dos participantes do estudo, 52,9% eram do sexo masculino; 64,8% estavam na faixa etária 18-39 anos de idade, 14,7% tinham entre 40-50 anos e 20,6% estavam acima dos 51 anos. Quanto a escolaridade 8,8% não possuíam nenhum nível de estudo, 61,8% tinham baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto ao ensino médio incompleto). 58,8% residiam com quatro pessoas ou mais, 38,2% moravam com duas a três pessoas; 44,12% foram diagnosticados em hospitais públicos ou conveniados ao SUS, 32,35% no AmbR, 11,76% em serviços particulares e 8,82% em serviços de atenção primária. Identificou-se, ainda que 44,1% buscaram o SS apenas uma vez para conseguir o atendimento, 20,6% por duas vezes, 14,7% três vezes e 17,6% procuraram o SS por cinco ou mais vezes. Em relação à dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde o indicador é regular (média: 3,71; DP – 1,244; IC 95% [3,27-4,14]). Quanto à busca, do doente, pela unidade de saúde mais próxima à residência o índice é insatisfatório (média 2,56; DP – 1,521; IC 95% [2,03-3,09]). Os doentes perderam o dia de trabalho para ir se consultar na unidade de saúde no início dos sintomas, verificando-se índice regular (média: 3,29 e DP – 1,426; IC 95% [2,80-3,79]), utilizando meio de transporte motorizado (média – 2,03; DP – 1,605; IC 95% [1,47-2,59]), tendo que pagar por esse artifício (média – 2,35; DP – 1,739; IC 95% [1,75-2,96]). Em relação à consulta para descobrir a doença no prazo de 24 horas, constatou-se índice regular (média: 3,74; DP – 1,377; IC 95% [3,25-4,22]). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O doente de TB apresenta características próprias, muitas vezes desfavorável à sua condição de saúde, tornando-o mais vulnerável. O conhecimento dos aspectos sócio demográfico dos doentes de TB compreende ferramenta de combate à disseminação da doença, pois permite direcionar a atuação profissional no sentido de prevenir e minimizar os riscos de contágio, tendo estes aspectos implicação direta no acesso ao diagnóstico, pois características inerentes ao sujeito podem constituir barreiras no acesso ao cuidado, contudo vale ressaltar que os SS têm papel fundamental no controle da doença, uma vez que a própria organização dos serviços podem impor obstáculos ao acesso do doente ao diagnóstico, podendo incidir na motivação do indivíduo pela busca da assistência.

Palavras-chaves: tuberculose, diagnóstico, acesso aos serviços de saúde

ABSTRACT

FERREIRA, L. V. **Socio-demographic profile and access to diagnosis of patients tuberculosis treated at the clinic or reference, Campina Grande, PB, 2010.** Degree in Nursing – University of Paraíba, Center for Life Sciences and Health, 2010.

This study aimed to evaluate the socio-demographic profile and the access to diagnosis of tuberculosis (TB) treated at the Clinic of Reference in Campina Grande, PB, in the period from March to May 2010. **METHODOLOGY:** a descriptive study, a questionnaire to evaluate the Health Services using a quantitative approach, focusing on the socio-demographic and the access to diagnosis. The data were analyzed with SPSS 13 program to quantify the average of the access to diagnosis, analyzed by Likert scale, size and frequency of socio-demographic information, were then transported to the Microsoft Excel 2007 for the graphics. **RESULTS:** Among the patients interviewed, 52.9% were male, 64.8% were 18-39 years old, 14.7% were between 40-50 years old and 20.6% were above 51. As for schooling, 8.8% don't have any level of schooling, 61.8% had low education (primary school to incomplete secondary school). 58.8% lived with four or more people, 38.2% lived with two or three people, 44.12% were diagnosed in public hospitals or insured by SUS, 32.35% in the Clinic of Reference, 11.76% in private services and 8.82% in primary care services. It was identified, although that 44.1% sought the SS only once to get the service, 20.6% twice, 14.7% and 17.6% three times sought the Health Services for five or more times. Regarding the difficulty to move to the health unit, the indicator is regular (average: 3.71, SD - 1.244, 95% CI [3.27 to 4.14]). As for the search of the patient, by the health unit nearest to the residence, the index is unsatisfactory (average 2.56, SD - 1.521, 95% CI [2.03 to 3.09]). Patients missed days of work at the start of symptoms to go to the health unit, and there are regular index (mean and SD of 3.29 - 1.426, 95% CI [2.80 to 3.79]) using motorized means of transport (average - 2.03, SD - 1.605, 95% CI [1.47 to 2.59]), having to pay for this device (average - 2.35, SD - 1.739, 95% CI [1.75 to 2.96]). Regarding the query to detect the disease within 24 hours, there was regular index (mean 3.74, SD - 1.377, 95% CI [3.25 to 4.22]). **CONCLUSIONS:** The TB patient has different characteristics, often unfavorable to his health condition, making him more vulnerable. The knowledge of socio-demographic aspects of the TB patients may be used as a way to prevent the spread of the disease, because it allows the professional to conduct his activities to prevent and minimize the risks of contagion, having these aspects direct implications on access to diagnosis, characteristics inherent to the patient can be barriers to his access to care, but it is noteworthy that the Health Services plays a major role in controlling the disease, since the very organization may impose barriers to patient access to diagnosis, which could interfere on the individual's motivation for seeking assistance.

Keywords: tuberculosis, diagnosis, access to health services

Lista de Ilustrações (gráficos)

Gráfico 1 – Serviços que diagnosticaram os casos.....	40
Gráfico 2 – Número de vezes que procurou o serviço de saúde para conseguir atendimento quando começou a ficar doente	42

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Oferta de pote para exame de escarro para contactantes do doente de TB.....	40
Tabela 2 – Doentes quanto às condições de moradia e posse de bens	41
Tabela 3 – Variáveis da dimensão acesso ao diagnóstico	45

Lista de abreviatura e siglas

- AB – Atenção Básica
- AmbR – Ambulatório de Referência
- APS – Atenção Primária em Saúde
- ASM – Assembleia Mundial de Saúde
- BK – Bacilo de Koch
- DOTS – Directly Observed Treatment Short Course
- MDR – Multidroga resistente
- MS – Ministério da Saúde
- ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- OPAS – Organização Panamericana de Saúde
- PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PCAT – Primary Care Assessment Tool
- PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose
- PSF – Programa de Saúde da Família
- SS – Serviços de Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TB – Tuberculose
- TS – Tratamento Supervisionado
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família
- WHO – World Health Organization

Sumário

APRESENTAÇÃO	14
1 Introdução	16
2 Objetivos	20
2.1 Objetivo Geral.....	20
2.2 Objetivos Específicos	20
3 Revisão Literária	22
3.1 Tuberculose.....	22
3.2 Estratégias de Combate: DOTS e STOP TB	24
3.3 Avaliação de Serviços de Saúde	27
3.4 Acessibilidade.....	28
4 Metodologia	32
4.1 Tipo de Estudo	32
4.2 Cenário do Estudo.....	32
4.3 Sujeitos do Estudo	32
4.4 Critérios de Inclusão	33
4.5 Período da Coleta de Dados.....	33
4.6 Instrumento para a Coleta de Dados	33
4.7 Análise dos Dados	34
4.8 Aspectos Éticos da Pesquisa	34
5 Resultados e Discussão	36
6 Considerações Finais	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
APÊNDICES	61
Apêndice A	62
Apêndice B	68
ANEXOS	70
Anexo A.....	70
Anexo B	71

Apresentação



Apresentação

O presente estudo faz parte da pesquisa intitulada Avaliação de Desempenho das Unidades de Saúde na Atenção à Tuberculose no Município de Campina Grande Paraíba – PB, integrante do Programa de Iniciação Científica – PIBIC, edital 05/2010 da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa – PRPGP, desenvolvido pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB (ANEXO A).

O cenário do estudo foi o município de Campina Grande – PB e teve como coordenadora e orientadora a Prof.^a Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, integrante do Departamento de Enfermagem da UEPB e pesquisadora do NEPE/UEPB.

A equipe que desenvolveu o projeto foi composta pela bolsista Talina Carla da Silva e colaboradoras Fernanda Raphaelly B. A. A. Ramos, Valdênia Veríssimo de Lima e Layanne Veríssimo Ferreira, alunas do curso de graduação em Enfermagem da UEPB. A coleta dos dados contou, ainda, com o apoio de outras cinco alunas do curso de graduação em Enfermagem – UEPB.

Introdução



1 Introdução

A Tuberculose (TB) é uma das patologias mais antigas na história da humanidade, lesões ósseas presentes em esqueletos encontrados em sítios arqueológicos no vale do Rio Nilo, Norte da África, datados de aproximadamente cinco mil anos, são provas incontestes da antiguidade da doença (ROBERTS; BUIKSTRA, 2003). A TB é uma doença crônica, infectocontagiosa, causada pela *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK), descoberto somente no ano de 1882 pelo médico alemão Robert Koch (HIJAR *et al.*, 2007).

Em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a tuberculose uma emergência mundial (HIJAR *et al.*, 2007) e, nos dias atuais, ainda preenche todos os critérios de priorização em saúde pública (BRASIL, 2010a), assumindo destaque dentro do contexto social por ser uma doença associada à pobreza e à más condições de vida que acarreta impacto social e econômico para o doente e a família, com forte estigma e discriminação (FIGUEIREDO, 2008).

Cerca de 10 milhões de pessoas no mundo são infectadas por ano e há, de acordo com estimativas, dois milhões de óbitos em consequência da TB. A incidência global da TB no ano de 2008 foi de 140 por 100 mil habitantes, com prevalência de 170/100.000 hab. As regiões mais desenvolvidas apresentaram as menores incidências de TB no mesmo ano, com 31/100.000 hab. na América e 48/100.000 hab. na Europa, em contrapartida, os continentes mais pobres apresentaram índices alarmantes, com incidência de 350 por 100 mil habitantes na África e prevalência de 480/100.000 hab. Dados que corroboram a associação da doença com a pobreza e condições de vida sub-humanas (WHO, 2009a).

O Brasil, atualmente ocupa a 19ª posição entre os 22 países que concentram 80% da carga de TB mundial, saindo da posição 18ª anteriormente ocupada. Em 2009, o país apresentou taxa de incidência de 35,15 por 100 mil habitantes, índice menor que o ano anterior de 37,5, a mortalidade também caiu nesse período, passando de 2,51 para 2,21/100.000 hab. É notável a melhoria na situação da doença, contudo, os índices ainda são elevados (BRASIL, 2010b).

As regiões Norte, Nordeste e Sudeste apresentaram as maiores taxas de incidência em 2009, com 46,92, 37,98 e 34,24 por 100 mil habitantes, respectivamente. O centro-oeste possui a menor incidência de casos de TB no mesmo ano, 21,27/100.000 hab. O estado da Paraíba figurou com incidência de 27,93 e mortalidade de 1,7 por 100 mil habitantes,

mostrando redução de índices quando comparado ao ano de 2008 que apontou 28,59 de incidência e mortalidade de 1,98/100.000 hab. (BRASIL, 2010c).

O município de Campina Grande/PB mostrou incidência, em 2009, maior que a média do estado no mesmo ano, alcançando 29,44 casos de TB por 100.000 habitantes, demonstrando aumento na taxa em comparação com o ano anterior que apontou incidência de 25,17/100.000 hab. A taxa de mortalidade no município, também se mostrou maior que a média do estado, foi de 1,82 óbitos por TB a cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2010c).

Quando declarou a TB como emergência mundial, em 1993, a OMS recomendou a adoção da estratégia Directly Observed Treatment Short Course (DOTS), buscando uma resposta para o controle global da doença (BRASIL, 2010a) e propôs, ainda, a integração do cuidado de saúde primária e adaptação das reformas inseridas no setor de saúde para combater a TB no mundo (WHO, 2002).

Em 2006 a OMS lançou a estratégia STOP-TB 2006-2015 com o intuito de estabelecer as principais intervenções a serem implementadas para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e as metas da Assembleia Mundial de Saúde (AMS), sendo construída com base nos alicerces do DOTS, possuindo seis componentes (WHO, 2009b):

“dar continuidade a expansão e valorização do DOTS; abordagem da TB/HIV, da TB Multidroga resistente (MDR) e das populações pobres e vulneráveis; contribuir para o fortalecimento do sistema de saúde com base na atenção primária à saúde; participação de todos os prestadores de cuidados; emponderar as pessoas e as comunidades sobre a TB através de parcerias; e habilitar e promover a investigação” (WHO, 2009b).

O surgimento de novas tecnologias para meios diagnósticos e a formulação de medicamentos que permitam a redução do tempo de tratamento em associação com o funcionamento e organização dos Serviços de Saúde (SS), constituem os principais obstáculos no controle da TB (DUJARDIN, 1997). O desenvolvimento social do Brasil implica diretamente na problemática da TB no país, além dos entraves postos pelas falhas de organização do sistema de saúde (BRASIL, 2002a).

O acesso aos SS para a descoberta e confirmação do caso de TB é um dos primeiros obstáculos enfrentados para o combate à doença. A acessibilidade é um dos principais atributos da Atenção Primária em Saúde (APS), sendo compreendida como ausência ou presença de barreiras financeiras, organizacionais e/ou estruturais que dificultam a obtenção do cuidado (STARFIELD, 2002).

A acessibilidade é categorizada em quatro dimensões: econômica, englobando consumo de tempo, energia e recursos financeiros, prejuízos por perdas de dias de trabalho;

geográfica, associando a distância entre a população e os recursos; organizacional, referentes ao modo de organização dos recursos de assistência à saúde; e sociocultural relacionado às características intrínsecas ao doente (FEKETE, 1992).

Devido às peculiaridades epidemiológicas da TB é imprescindível compreender a atuação dos SS em seu combate por intermédio da avaliação de suas ações. A avaliação dos SS consiste em estabelecer um juízo de valor às intervenções desenvolvidas por estes ou qualquer dos seus componentes, incluindo recursos, estrutura, processo e resultados obtidos, por meio de instrumentos que promovam informações científicas legítimas, capazes de embasar julgamentos e decisões (CONTANDRIOPOULOS, 2006; HARTZ; SILVA, 2005).

Objetivos



2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

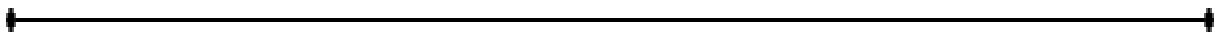
Avaliar o perfil sócio demográfico e o acesso ao diagnóstico dos doentes de tuberculose tratados no Ambulatório de Referência (AmbR) do município de Campina Grande/PB, no período de março a maio de 2010.

2.2 Objetivos Específicos

Traçar o perfil sócio demográfico dos doentes de TB tratados no Ambulatório de Referência, no período de março a maio de 2010.

Avaliar como ocorre o acesso ao diagnóstico dos doentes de TB tratados no Ambulatório de Referência.

Revisão Literária



3 Revisão Literária

3.1 Tuberculose

A TB é uma doença crônica, infectocontagiosa, causada pela *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK), descoberto somente no ano de 1882 pelo médico alemão Robert Koch (HIJJAR *et al.*, 2007).

A fonte de infecção é o doente acometido com a forma pulmonar da doença, que elimina os bacilos por via aérea quando tosse, fala ou espirra. As gotículas expelidas pelo doente ficam suspensas no ar e os núcleos secos, com um ou dois bacilos em suspensão podem ser inalados por um indivíduo saudável, atingindo os alvéolos onde se multiplicarão (BRASIL, 2010a; CARBONE, 2000).

Ao inalar os bacilos o sistema imunológico humano responde iniciando uma reação inflamatória, que, em geral, ocorre em duas a dez semanas após o contato inicial e essa reação resultará no acúmulo de exsudato nos alvéolos. A doença ativa pode desenvolver-se em virtude de uma resposta inadequada ou comprometida do sistema imune ou por reinfecção e ativação de bactérias latentes. Aproximadamente 10% das pessoas que estão inicialmente infectadas desenvolvem a doença ativa. A TB por reativação, também conhecida como TB adulto, que resulta de uma ruptura das defesas do hospedeiro, ela ocorrerá mais amiúde nos pulmões, podendo acontecer em outros órgãos (SMELTZER; BARE, 2009).

A transmissão é facilitada em ambientes fechados, escuros e pouco ventilados, pois esse tipo de espaço favorece a permanência das gotículas expelidas no ar. Desta forma, o risco de contrair a doença é maior para indivíduos que vivem em comunidades fechadas (presídios, asilos, abrigos), etilistas, usuários de drogas, mendigos, ou que apresentem imunidade deprimida e portadores de HIV (SMELTZER; BARE, 2009).

Diversos fatores estão associados para determinar a probabilidade de um sujeito saudável ser infectado pelo BK e para a evolução da doença, entre eles a resposta imunológica do organismo, fatores genéticos e ambientais, associados às condições de vida. O risco de se infectar pela primeira vez está relacionado às oportunidades de contato com o agente etiológico e isto depende das fontes bacilíferas existentes e fatores como moradia, transporte, trabalho, que podem propiciar ou não maior contato com estas fontes (CARBONE, 2000).

Aglomerções de pessoas, más condições de vida com precários serviços de infraestrutura, saneamento e habitação são determinantes no aparecimento e proliferação da doença, demonstrando o caráter social na gênese da doença (ARAKAWA, 2009).

A infecção da TB pode atingir todos os órgãos, no entanto os pulmões, gânglios linfáticos, pleura, rins, cérebro e ossos são os mais frequentemente afetados, podendo ocorrer em qualquer idade e não são todos os indivíduos expostos ao agente etiológico que se tornarão infectados (BRASIL, 2002b).

Os sinais e sintomas da doença se manifestam de forma insidiosa, a maior parte dos doentes apresenta febre baixa, tosse persistente por mais de 15 dias, produtiva ou não, sudorese noturna, fadiga e perda de peso, a hemoptise também pode estar presente (BRASIL, 2010a). A fase inicial da doença pode ser confundida com outras doenças respiratórias, fato que pode dificultar a identificação do caso de TB, retardar o tratamento e permitir maior tempo de disseminação do agente etiológico (OLIVEIRA; ROCHA, 2006).

Para o diagnóstico do caso de TB se associam a história clínica completa, exame físico e exames laboratoriais: teste tuberculínico cutâneo, cultura de escarro ou baciloscopia, radiografia do tórax e esfregaço para o bacilo ácido-resistente (SMELTZER; BARE, 2009). A baciloscopia possibilita a detecção de 60 a 80% dos casos de tuberculose pulmonar, é um exame sensível e específico, sendo prioritário do ponto de vista epidemiológico, visto que os indivíduos bacilíferos são as principais fontes de contágio (BRASIL, 2010a).

A TB é uma patologia tratável e curável em praticamente 100% dos novos casos quando se realiza o tratamento de forma adequada e ininterrupta. Para o tratamento ser efetivo a associação medicamentosa adequada, em doses certas, em consonância com o uso pelo tempo determinado são os princípios basilares para alcançar a cura e evitar a persistência bacteriana e o surgimento da resistência ao medicamento. O tempo mínimo de tratamento é de seis meses e envolve um esquema medicamentoso com a associação das drogas rifampicina, isoniazida, etambutol, estreptomicina, etionamida e pirazinamida de acordo com a determinação médica (BRASIL, 2002b).

O risco de transmissão existe desde o surgimento dos primeiros sintomas respiratórios e reduz com o início do tratamento. Por muito tempo acreditava-se que após 15 dias do início do tratamento o indivíduo não transmitia mais o bacilo, contudo, de acordo com evidências de transmissão do bacilo resistente às medicações deve-se considerar que não há risco de transmissão quando o exame de baciloscopia for negativo (BRASIL, 2010a).

Os principais meios de controle da TB estão relacionados ao diagnóstico precoce e o tratamento correto, contudo sabe-se da relação direta entre a transmissão e as más condições

de vida tornando imprescindível conscientização da população e preparo das equipes de saúde no sentido de minimizar os riscos de transmissão, reduzir o número de casos, bem como identificar os doentes sintomáticos respiratórios (BRASIL, 2002a).

3.2 Estratégias de Combate: DOTS e STOP TB

Quando declarou a TB como emergência mundial, em 1993, a OMS recomendou a adoção da estratégia DOTS, buscando uma resposta para o controle global da doença e propôs, ainda, a integração do cuidado de saúde primária e adaptação das reformas inseridas no setor de saúde para combater a TB no mundo, tendo como principais metas atingir 70% de detecção de casos, 85% de cura e diminuição do percentual de abandono ao nível máximo de 5% (WHO, 2002).

A estratégia DOTS é recomendação prioritária para os 22 países que possuem 80% da carga mundial total de TB (RUFFINO-NETTO; VILLA, 2006) e é pautada em cinco pilares:

- (1) detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios que demandam os serviços gerais de saúde;
- (2) tratamento padronizado de curta duração, diretamente observável e monitorado em sua evolução;
- (3) fornecimento regular de drogas;
- (4) sistema de registro e informação que assegure a avaliação do tratamento;
- (5) compromisso do governo colocando o controle da tuberculose como prioridade entre as políticas de saúde (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA, 1997).

Na perspectiva da estratégia DOTS, para se garantir o sucesso terapêutico, recomenda-se o Tratamento Supervisionado (TS), sendo este a administração do medicamento diretamente observada por uma segunda pessoa, capacitada para tal serviço, seja profissional da saúde ou mesmo um familiar do paciente orientado pelo profissional, podendo ser realizado na unidade de saúde, na residência do paciente ou em seu trabalho.

A recomendação quanto à implantação e implementação do TS foi considerada em virtude de não haver possibilidade dos serviços de saúde predizer com exatidão os casos que irão abandonar o tratamento, utilizando-se deste componente como forma de reduzir e evitar o abandono, a fim de que o paciente não seja o único responsabilizado pela adesão ao tratamento, mas que estejam envolvidos neste processo o governo, os profissionais da saúde, a comunidade e o doente (WHO, 1999).

Em 1999, no estado da Paraíba, iniciou-se a implantação da estratégia DOTS de acordo com um projeto estadual que estabeleceu normas para sua implantação e posterior ampliação (FORMIGA; LIMA, 2009), em associação com a municipalização e medidas de

reorganização da Atenção Básica (AB) (RODRIGUES *et al.*, 2008). A implantação deu-se, a princípio, em dez municípios considerados prioritários por apresentarem população superior a 50 mil habitantes, com maiores cargas de baciloscopia positiva e possuir laboratório de referência, e a partir de 2001 outras vinte cidades passaram a desenvolver as ações do DOTS, em virtude de parceria entre o estado e os municípios, tendo em vista a descentralização das ações de controle e combate à TB (NOGUEIRA *et al.*, 2009).

Após a implantação do DOTS na Paraíba, o índice de cura saltou de 67,8% para 92% entre 1999 e 2004, havendo queda na taxa de abandono de 16,6% para 2% no mesmo período (LIMA, 2005), contudo, fatores que limitam a eficiência da estratégia ainda estão presentes no estado, tais como obstáculos operacionais do sistema de informação e escassez de profissionais qualificados (VILLA *et al.*, 2008).

A cobertura do DOTS no Sistema Único de Saúde (SUS) tem se ampliado gradativamente desde 1998, quando alcançava cerca de 3% das Unidades Básicas de Saúde (UBS), chegando a 32% em 2001 e atingindo 63,8% no ano de 2005 (VILLA *et al.*, 2006).

No ano de 1998, foi implementado, no Brasil, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) estabelecendo meios inovadores para fortalecer a estratégia DOTS, através da implantação gradativa desta nos municípios com estratégias inseridas no SUS.

O PNCT determinou a TB como prioridade entre as políticas governamentais de saúde tendo como base a descentralização das medidas de controle para a Atenção Básica, incluindo o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visando garantir o acesso da população em geral, principalmente daqueles mais vulneráveis à doença (RUFFINO-NETTO; VILLA, 2006). A diferente realidade da situação de TB e as disparidades regionais entre as unidades federadas e até mesmo entre os municípios justificam a adoção de ações descentralizadas como viabilização das políticas públicas (DIMECH, 2010).

A expansão das ações de controle da TB para 100% dos municípios foi definida como prioridade no âmbito da atenção básica, na qual gestores municipais e estaduais devem agir de forma planejada e articulada para garantir a implantação e o cumprimento da estratégia DOTS (BRASIL, 2010a).

O PNCT fundamenta o combate à TB na busca de casos, a fim de realizar o diagnóstico precoce e promover o tratamento efetivo até o alcance da cura, para interrupção da cadeia de transmissão, sendo desenvolvido por intermédio de um programa unificado, executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal (BRASIL, 2010a).

A vigilância epidemiológica, prevenção e controle de casos são as bases das ações desenvolvidas pelo PNCT. A detecção precoce dos casos de TB é um dos objetivos da vigilância epidemiologia que estabelece a busca ativa dos sintomáticos respiratórios como ferramenta fundamental para a identificação e diagnóstico dos portadores da doença, dessa forma cabe ao PNCT garantir os insumos necessários para a realização eficaz da busca ativa, através da oferta do exame de baciloscopia de escarro para os sintomáticos respiratórios e seus contatos (SANTOS, 2007a).

Em março de 2000, a Conferência Ministerial sobre Tuberculose e Desenvolvimento Sustentável, ocorrida em Amsterdã, reuniu os representantes dos 22 países responsáveis por 80% dos casos de TB no mundo, inclusive o Brasil. A Declaração de Amsterdã, emitida pela conferência, lançou a estratégia STOP-TB, evidenciando a necessidade urgente de desenvolver ações efetivas de combate à doença, considerada um entrave significativo para o desenvolvimento das nações afetadas, reconhecendo que é um complexo problema sócio econômico, não podendo ser combatido somente pelo setor de saúde, mas há necessidade do envolvimento de demais setores do governo (WHO, 2000).

A estratégia STOP-TB se estabeleceu como uma parceria global com objetivo de acelerar as ações sociais e políticas a fim impedir a propagação da TB pelo mundo, buscando eliminar a doença do rol dos problemas de saúde pública (WHO, 2010).

A base da abordagem da saúde pública para o controle da tuberculose está no vínculo com o paciente, no diagnóstico rápido e preciso e na oferta de tratamento eficaz, de modo que os profissionais da saúde ao prestarem assistência individual contribuam para o controle da doença (WHO, 2009c).

Dentro das perspectivas de combate à TB, a OMS aponta a importância da organização e desempenho dos SS considerando que a questão do problema não consiste somente nos meios de detecção de casos e no tratamento oferecido, mas sim na forma como os serviços se organizam para detectar e tratar os doentes (WHO, 1999). O combate à tuberculose requer, atualmente, uma abordagem que transcenda os aspectos técnicos e biológicos da doença, para outra mais inclusiva, “emancipatória”, justa e social (PORTER; ODGEN, 2002), considerando todas as variáveis associadas ao problema, desde aquelas inerentes ao doente, quanto as de competência dos governos e serviços, incluindo obstáculos sociais e econômicos. O controle da TB somente será garantido mediante a superação das iniquidades sociais.

3.3 Avaliação dos Serviços de Saúde

A avaliação dos SS consiste em estabelecer um juízo de valor às intervenções desenvolvidas por estes ou qualquer dos seus componentes, incluindo recursos, estrutura, processo e resultados obtidos, por meio de instrumentos que promovam informações científicas legítimas, capazes de embasar julgamentos e decisões (CONTANDRIOPOULOS, 2006; HARTZ, 2005), através de um processo que buscar estabelecer o mais sistematicamente e objetivamente possível a importância, efetividade e impacto das atividades e ações desenvolvidas, tendo por base os objetivos das mesmas (DONABEDIAN, 1984).

A avaliação dos SS é, atualmente, ferramenta fundamental da gestão em saúde pública que tem propósito específico de dar bases aos processos decisórios no SUS, por meio da identificação de problemas e dar subsídio à reorientação das ações desenvolvidas e serviços prestados, assim como a avaliação da incorporação de novas práticas e mensuração do impacto das ações abordadas pelos SS sobre a comunidade (BRASIL, 2005), podendo-se entender a avaliação como uma intervenção formal, que permite visualizar a relação entre pesquisa, avaliação e tomada de decisão (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

A avaliação em saúde tem suas bases fundamentadas na relação existente entre as aspirações de saúde presentes em uma população e os cuidados ofertados a esta, considerando-se a eficiência e efetividade dos serviços, a fim de produzir dados fidedignos da realidade e através dos quais se podem buscar soluções aos problemas e obstáculos encontrados (VIEIRA, 2005).

O objetivo da avaliação da qualidade dos SS, segundo Donabedian (1978) é:

“determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos” (DONABEDIAN, 1978).

O entendimento de avaliar a qualidade da saúde reúne uma tríade de conceitos fundamentais como: estrutura, processo e resultado. No concernente a estrutura, avalia-se, fundamentalmente, os fatores ligados aos recursos que se empregam na atenção a saúde, desde recursos físicos e materiais, até os recursos humanos e financeiros; quanto ao processo, tem-se a descrição das atividades do serviço, orientado no sentido de analisar a competência com relação à resolução dos problemas de saúde; no que diz respeito aos resultados analisa-se o produto final da interação do indivíduo ou da população com os serviços de saúde (DONABEDIAN, 1978).

As práticas de saúde constituem um objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, desde o cuidado individual, aos níveis mais complexos de intervenção e organização, como as políticas, programas, serviços e sistemas de saúde.

Em uma perspectiva transdisciplinar, atualmente a avaliação em saúde busca em diversas áreas teorias, conceitos e instrumentos que permitem não só demonstrar a efetividade e os resultados de uma intervenção, mas, também, contribuem para a reorganização das ações avaliadas, do mesmo modo que visa produzir um fluxo continuado de interações a fim de produzir competências para o enfrentamento da realidade encontrada, procurando atingir o benefício final do usuário do serviço, programa ou projeto avaliado (TANAKA; MELO, 2000).

A avaliação faz parte das competências e responsabilidades da gestão em saúde, tendo reconhecimento mostrado nas inúmeras iniciativas empenhadas em sua implementação nas diversas dimensões do SUS (BRASIL, 2005). Atualmente, um dos maiores desafios para os sistemas de saúde é a institucionalização da avaliação, com o intuito de integrá-la em um sistema organizacional que permita gerar um modelo orientado para a ação associando as atividades de análise àquelas de gestão ligadas às intervenções programáticas (HARTZ, 2002).

Aceitando-se, pois, o contexto que envolve a avaliação como ferramenta essencial para a qualidade de vida da população, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) trás consigo um importante contingente de objetivos capazes de oferecer resolubilidade nas ações desenvolvidas relacionadas à saúde da população como, por exemplo, incentivar a cultura avaliativa dos gestores, ser instrumento de apoio à gestão do SUS, aferir satisfação do usuário do SUS, identificar oportunidades e possibilidades de melhoria, disponibilizar os resultados para conhecimento público, entre outros (BRASIL, 2007).

3.4 Acessibilidade

Semanticamente, na literatura estão presentes diferentes variações do emprego a terminologia e conceito de acessibilidade e acesso. Ainda que haja pequenas divergências, em uma perspectiva ampliada, assume-se acesso enquanto sinonímia de acessibilidade (ADAY; ANDERSEN, 1974).

Acessibilidade pode ser definida como o nível de ajustes na relação que se tem entre as características da oferta e disponibilidade de recursos de saúde e da comunidade dentro do processo da busca e obtenção da assistência à saúde (FEKETE, 1992).

O acesso ou acessibilidade indica o grau de facilidade ou dificuldade de adentrar aos serviços de saúde em busca da assistência e permanecer nele com a finalidade alcançar resolutividade às necessidades apresentadas (TRAVASSOS; MARTINS, 2004), sendo um dos principais atributos da atenção primária, compreendida como ausência ou presença de barreiras financeiras, organizacionais e/ou estruturais que dificultam a obtenção do cuidado (STARFIELD, 2002).

A nova terminologia referida à Atenção Primária em Saúde Renovada, designada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (2005), determina que a APS constitui a base dos sistemas de saúde, por ser, reconhecidamente, a melhor abordagem capaz de resultar em melhorias sustentáveis e promover a equidade no que diz respeito a oferta de saúde da população (BRASIL, 2010d).

Os serviços oferecidos dentro da APS devem ser dotados de quatro atributos considerados por Starfield (2001) essenciais, que incluem acesso de primeiro contato do sujeito com o sistema de saúde, que garante acessibilidade ao serviço como meio de cuidado para os problemas de saúde; longitudinalidade, através da oferta continuada da atenção à saúde ao longo do tempo; integralidade, por meio da disponibilidade de uma gama de serviços, a fim de garantir uma atenção integral, visando à promoção, prevenção, cura e reabilitação do estado de saúde; e coordenação da atenção, na qual o aquele que promove a atenção deve ser capaz de integrar todo o cuidado ao indivíduo por meio da coordenação.

A acessibilidade é considerada como indicador da qualidade dos SS ofertados à população desde a década de 1960. Para Donabedian (1978), a acessibilidade pode ser reconhecida por dois aspectos, o sócio organizacional, englobando atributos ligados aos recursos disponibilizados, que podem facilitar ou dificultar a obtenção do cuidado pelo indivíduo; e o aspecto geográfico, referindo-se ao 'isolamento espacial' relacionada a distância física entre os serviços e o usuário.

Outros autores dividem a acessibilidade em quatro dimensões: econômica, englobando consumo de tempo, energia e recursos financeiros, prejuízos por perdas de dias de trabalho, custos diretos e indiretos com a busca do cuidado e com o tratamento; geográfica, associando a distância entre a população e os recursos; organizacional, referentes ao modo de organização dos recursos de assistência à saúde; e sociocultural relacionado às características intrínsecas ao doente, considerando o conhecimento quanto aos serviços, doenças, crenças e

hábitos, grau de instrução, níveis de emprego e renda, entre outros fatores (ADAY; ANDERSEN, 1974; DONABEDIAN, 1989; FEKETE, 1992).

O acesso a cuidados de saúde e a serviços que disponibilizem assistência integral é direito do indivíduo garantido pela Constituição Federal de 1988, pela instituição do SUS em seu princípio da universalidade, o qual afirma que todo cidadão deve ter direito à saúde e acesso a qualquer tipo de serviço que necessitar, seja público ou privado, garantindo a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988).

Elementos essenciais dos SS que influenciam diretamente sobre o estado de saúde dos indivíduos e da coletividade podem ser elencados no acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade (RAMOS; LIMA, 2003).

Para o controle da TB a acessibilidade aos serviços de saúde é componente primordial, que envolve, necessariamente, a análise e discussão quanto a questões relacionadas ao acesso do indivíduo, da família e comunidade ao SS, tendo em vista que esta é uma doença negligenciada e com forte estigma social que vem aumentando progressivamente (FIGUEIREDO, 2008). Decididamente o desenvolvimento social e econômico interfere na predisposição e na disponibilidade de uma população na acessibilidade aos serviços de saúde (ARCÊNIO, 2008).

Metodología



4 Metodologia

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, inquérito de Avaliação de Serviços de Saúde, com abordagem quantitativa. Utilizou-se como referencial teórico - metodológico as categorias básicas de avaliação da qualidade de SS: estrutura-processo-resultado propostas por Donabedian (1996), Starfield (2002), Tanaka e Melo (2004), Hartz (2005). Neste estudo, privilegiaram-se as dimensões sócio demográficas sobre o doente de TB e acesso ao diagnóstico.

4.2 Cenário do Estudo

O estudo foi desenvolvido no Ambulatório de Referência do município de Campina Grande/PB, segundo maior do estado. A cidade está localizada no agreste paraibano, no Planalto da Borborema, situado entre o litoral e o sertão. Possui área territorial de 621 Km², com estimativa de 383.764 habitantes em 2009 de acordo com o IBGE. A cidade possui um sistema de saúde composto por 19 hospitais, 06 Distritos Sanitários, uma Unidade Básica de Saúde (UBS), 92 equipes de Saúde da Família e 09 equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), 01 Ambulatório de Referência em TB, além dos 03 Centros de Referência de Saúde, perfazendo 77% da população campinense. O Ambulatório de Referência em TB situa-se no Serviço Municipal de Saúde, dispondo de uma equipe multiprofissional para realizar as ações de controle da TB.

4.3 Sujeitos do Estudo

A população do estudo foi constituída todos os doentes de TB maiores de 18 anos, tratados no ambulatório de referência, no período de março a maio de 2010, totalizando 40. Fizeram parte da amostra 34 doentes de TB – 85% da população em estudo. O percentual de doentes que não participaram do estudo atendeu as seguintes peculiaridades: óbitos, mudança de endereço e recusa de participação da entrevista.

4.4 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo doentes de TB maiores de 18 anos, em tratamento de março a maio de 2010 no AmbR do município de Campina Grande/PB e residentes no próprio município, que apresentaram capacidade de responder por si só as questões abordadas.

4.5 Período da Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de março a maio de 2010.

4.6 Instrumento para Coleta de Dados

O instrumento utilizado no estudo é componente no PrimaryCareAssessment Tool (PCAT), desenvolvido na Universidade de Johns Hopkins por Starfield (2002), adaptado para o Brasil por Macinko e Almeida (2003), posteriormente adaptado para a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino-Netto (2008). (APÊNDICE A)

O instrumento aplicado permitiu ao entrevistado responder aos questionamentos, referentes à dimensão acesso ao diagnóstico, dentro de uma escala de possibilidades, a Escala de Likert, ou escala somatória, que permitiu relacionar várias assertivas sobre o objeto questionado, trazendo a possibilidade de fornecer direções sobre a atitude do respondente em relação a cada afirmação. A escala elencou 5 (cinco) escores “nunca”, “quase nunca”, “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”, a qual se atribuiu um valor entre um e cinco, de acordo com cada questão, onde o valor 1 (um) se referiu a pior situação e o valor 5 (cinco) indicava a melhor situação. O valor zero foi atribuído para resposta não sei ou não se aplica e os valores de 1 a 5 registraram o grau de relação de preferência (ou concordância) das afirmações.

Em relação às informações gerais e sócio demográficas sobre o doente de TB, o entrevistado respondeu cada pergunta do questionário segundo escalas variadas de respostas.

A avaliação do acesso ao diagnóstico está representada por indicadores obtidos por intermédio da média advinda do somatório de todas as respostas dividida pelo total de sujeitos.

4.6 Análise dos Dados

A análise dos dados ocorreu através do programa estatístico *SPSS. 13* para quantificar as médias da dimensão acesso ao diagnóstico e frequências da dimensão informações sócio demográficas do doente TB. Em seguida os dados foram transportados para o *Microsoft Excel 2007* para a construção dos gráficos.

Foram analisadas, neste estudo, da questão 13a à 13i da dimensão ‘informações sócio demográficas do doente de TB’, da questão 15 a questão 21 da ‘dimensão acesso ao diagnóstico’ e a questão 66 da dimensão ‘enfoque na família’ do questionário.

De cada questionamento foi possível extrair o valor médio das perguntas, obtido pelo somatório do valor numérico referente a cada escore de todos os questionários, dividido pelo total de sujeitos do estudo, obtendo assim um indicador de acessibilidade. As respostas foram então analisadas individualmente, segundo a dimensão de acessibilidade. Os escores de respostas permitiram medir os extremos bem como os valores intermediários, tornando possível classificar o resultado em satisfatório, regular ou insatisfatório. Durante a análise foram considerados níveis satisfatórios de acessibilidade quando o indicador (média) apresentou valor maior ou igual a 4 (quatro), regulares abaixo de 4 (quatro) e acima ou igual ao valor 3 (três) e insatisfatórios caso apresentasse valor abaixo de 3 (três).

A escala de Likert é confiável, mais simples de construir e permitem obter informações sobre o nível dos sentimentos dos respondentes, o que dá mais liberdade a eles, que não precisam se restringir ao simples concordo/discordo em questões afirmativas ou negativas (CHISNALL, 1973).

4.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

O projeto foi aprovado pelo de comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, Protocolo nº CAAE – 0204.0.133.000-10 (ANEXO B).

Apresentou-se ao entrevistado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), a entrevista foi realizada mediante concordância explicitada com o termo de consentimento, por meio da assinatura ou do carimbo do polegar direito do participante, assegurando sua livre vontade de participar do estudo.

Resultados e Discussão



4 Resultados e Discussão

O estudo envolveu 34 doentes de TB da cidade de Campina Grande/PB, acompanhados e tratados no Ambulatório de Referência do município. Destes 52,9% eram do sexo masculino e 47,1% do sexo feminino. No concernente a idade, 32,4% encontravam-se na faixa etária dos 18 aos 28 anos, 32,4% tinham 39 anos de idade, 14,7% estavam na faixa etária entre 40 e 50 anos e 20,6% tinham acima de 51 anos de idade.

O número superior de sujeitos do sexo masculino encontrado na pesquisa é consonante com outros estudos, Arakawa *et al.* (2009), em estudo realizado no município de Ribeirão Preto/SP com doentes de TB, apontou 69% dos participantes do sexo masculino; Figueiredo *et al.* (2009) constatou, em pesquisa realizada na cidade de Campina Grande/PB, 57,54% de homens acometidos pela doença; Assis *et al.* (2009) encontrou dentre os doentes de TB 71% de homens, em pesquisa realizada no município de Feira de Santana/BA.

A faixa etária identificada, no presente estudo, adulto jovem e considerada economicamente ativa também é consonante com outros estudos. Mascarenhas, Araújo e Gomes (2005) em estudo realizado no município de Piripiri/PI encontraram 53,8% dos doentes de TB entrevistados entre a faixa etária de 21 a 50 anos; Rocha (2009) em pesquisa desenvolvida no município de Rio Branco/AC com doentes de tuberculose identificou que 62% dos participantes contemplavam a faixa etária de 20 a 46 anos; Bataiero (2009) apontou que 69,9% dos doentes de TB entrevistados, em estudo realizado na região centro-oeste da cidade de São Paulo, encontravam-se em idade economicamente ativa.

Na fase adulta os homens apresentam quatro vezes mais chances de adoecerem por TB do que as mulheres (VENDRAMINI, 2005). No Brasil, há predomínio da TB no sexo masculino, com proporção de dois para um em relação ao feminino (HIJJAR, 2005). No mundo, a proporção de óbitos em decorrência da TB é de quatro homens para cada mulher, embora a doença seja a principal causa infecciosa de morte entre as mulheres (WHO, 2009b).

Adultos do sexo masculino apresentam maiores riscos de adoecimento em decorrência dos hábitos de vida deste gênero (ARAKAWA, 2009), que favorecem a exposição ao agente etiológico da doença e reduzem as defesas do organismo, tais como, uso abusivo de bebidas alcoólicas, horários irregulares para a alimentação, trabalhos em locais com aglomerados de pessoas, a exemplo de fábricas, feiras livres, bares e restaurantes. O gênero não influencia apenas nas diferenças fisiológicas, mas também sociais, econômicas e culturais que podem servir como agravantes ou atenuantes para a incidência da doença.

O impacto da TB desencadeia repercussões socioeconômicas que acabam por retardar o crescimento econômico dos países pobres, nos quais a doença se concentra com maior relevância (FIOCRUZ, 2008), uma vez que os doentes mais atingidos compõem o contingente da força de trabalho economicamente ativa, geralmente provedores da família que, devido à condição debilitada de saúde e ao estigma negativo da doença, ficam impedidos de trabalhar.

Neste sentido, a TB se configura como exemplo da determinação social do processo saúde doença, devido as graves repercussões sociais por acometer os extratos de maior vulnerabilidade e os segmentos populacionais em faixa etária produtiva, tanto economicamente quanto biologicamente, acarretando em impacto negativo na economia das sociedades (BERTOLOZZI, 2005).

No presente estudo, entre os entrevistados, 8,8% não possuem nenhum nível de estudo, 61,8% estão caracterizados com baixo grau de escolaridade (englobando ensino fundamental incompleto e completo ensino médio incompleto), 14,7% concluíram o ensino médio e 11,8% possuem ensino superior completo.

A escolaridade é um dos melhores indicadores utilizados para mensuração do nível socioeconômico, por caracterizar-se na percepção e capacidade de entendimento das informações e problemas de saúde, na adoção de estilos de vida saudáveis, no consumo e utilização dos serviços de saúde e na adesão aos procedimentos terapêuticos (BATAIERO, 2009).

Pacientes com baixo nível de escolaridade apresentam dificuldades de entender informações sobre a patologia, seus sintomas, consequências e tratamento (FIOCRUZ, 2008) apresentando, portanto, maior vulnerabilidade frente à doença. Sujeitos com menor grau de escolaridade possuem menor percepção de sua saúde e menos autocuidado, resultando em retardo na busca por serviços de saúde e, conseqüentemente, no diagnóstico e no tratamento da TB (PELAQUIM; SILVA; RIBEIRO, 2007).

Ao se considerar o grau de escolaridade um indicador socioeconômico, o fato de a maior parte dos doentes acometidos pela TB possuírem baixo nível neste indicador demonstram porque a doença ainda é um problema social que atinge, predominantemente, a classe menos favorecida, estando diretamente relacionada à falta de informação, à pobreza e a má distribuição de renda (BRASIL, 2010a), representando um reflexo do conjunto de condições socioeconômicas precárias (MASCARENHAS; ARAÚJO; GOMES 2005).

Em estudo realizado no município de Campina Grande/PB, Figueiredo *et al.* (2009) apontou que 20,8% dos entrevistados não possuíam nenhum grau de escolaridade e 57,5% apresentavam baixo nível de escolaridade; Assis *et al.* (2009) em pesquisa realizada com os

doentes de TB em Feira de Santana/BA identificou que 18% dos participantes não tinham escolaridade e que 61% possuíam baixo grau de escolaridade; Arcênio *et al.* (2009) apontou que entre os doentes de TB participantes em uma pesquisa realizada no município de Ribeirão Preto/SP 61% tinham cursado o ensino fundamental incompleto.

Dentre os entrevistados, 58,8% informaram que residiam com quatro pessoas ou mais, 38,2% afirmaram morar com duas a três pessoas na mesma casa e 2,9% moram apenas com uma pessoa no mesmo domicílio.

Um dos fatores de risco para a transmissão da TB consiste em aglomerações de pessoas em ambientes fechados e pequenos, neste sentido, famílias numerosas apresentam maiores chances de disseminar a doença. De acordo com Menezes *et al.* (1998) o risco de desenvolver a doença no próprio domicílio chega a ser três vezes maior em residências compartilhadas por quatro pessoas ou mais, em comparação aos domicílios que acomodam duas pessoas ou menos.

O grande número de pessoas residindo em um mesmo domicílio se associado a moradias em condições precárias, com alta umidade e pouca ventilação, o que contribui diretamente para o aumento do número de contatos infectados e da persistência da TB como problema de saúde pública (GAZETTA, 2006).

A grande concentração de pessoas no mesmo espaço domiciliar, além de caracterizar expressão direta da pobreza e baixa condição de vida, representa papel relevante nas características de gravidade que pode assumir o processo particular de saúde doença da TB (VICENTIN; SANTOS; CARVALHO, 2002).

Intervenções junto àqueles que dividem a residência com o doente de TB são essenciais para o controle da doença, visto que eles apresentam maior risco de adoecerem por serem comunicantes diretos. Segundo recomendações do Ministério da Saúde, todos os comunicantes de doentes de TB, principalmente daqueles que apresentam a forma pulmonar da doença com baciloscopia positiva, devem ser examinados pelo serviço de saúde, devendo ser realizado, fundamentalmente, pela Atenção Básica/AB; o controle de contatos deve ser considerado como uma ferramenta de combate para prevenir o adoecimento e diagnosticar precocemente casos de doença ativa na população (BRASIL, 2010a).

Nossos achados mostram que, o exame de controle dos contactantes ainda não atende as recomendações do Ministério da Saúde, apresentando índice insatisfatório com média de 2,74 e desvio padrão de 1,814 (IC 95% [2,10/3,37]) no que refere à disponibilização de pote para exame de escarro a todas as pessoas que residiam com o doente, quando este apresentou a doença (Tabela 1).

Variável	Média	Desvio Padrão	Intervalo de confiabilidade 95% Inferior/Superior %
Oferta de pote para exame de escarro para todos que moram com o doente, quando este ficou doente.	2,74	1,814	2,10/3,37

Tabela 1 – Oferta de pote para exame de escarro para contactantes do doente de TB

Fonte: Estudo de Avaliação do Desempenho das Unidades de Saúde na Atenção à Tuberculose no município de Campina Grande/PB, 2010.

Os serviços de saúde priorizam o controle da doença com enfoque no doente, não valorizando o controle e identificação dos contatos e comunicantes, fato que favorece a disseminação da TB. Epidemiologicamente, pouco ou nada adianta identificar uma fonte de infecção na população se não forem avaliados os possíveis contatos desta infecção e se estes não forem tratados adequadamente (FIOCRUZ, 2008).

Com relação à propriedade da moradia e ao tipo da moradia na qual residiam, mais de 73% dos entrevistados afirmaram residirem em casa própria e 26,47% moravam em casa alugada, sendo todas construídas com material de alvenaria (100%).

Bens	Posse	Nº.	%
Água encanada	Sim	34	100
	Não	0	0
	Total	34	100
Geladeira	Sim	31	91,18
	Não	03	8,82
	Total	34	100
Telefone (fixo ou celular)	Sim	30	88,24
	Não	04	11,76
	Total	34	100
Carro	Sim	06	17,65
	Não	28	82,35
	Total	34	100
Luz elétrica	Sim	34	100
	Não	0	0
	Total	34	100
Banheiro dentro de casa	Sim	30	88,24
	Não	04	11,76
	Total	34	100
Rádio	Sim	33	97,06
	Não	01	2,94
	Total	34	100
Televisão	Sim	34	100
	Não	0	0
	Total	34	100

Tabela 2 – Doentes de TB quanto às condições de moradia e posse de bens

Fonte: instrumento da pesquisa Avaliação do Desempenho das Unidades de Saúde na Atenção à Tuberculose no município de Campina Grande/PB, 2010.

Com relação às condições de moradia e a posse de determinados bens 100% dos entrevistados informaram possuir água encanada e luz elétrica em casa e possuíam televisão. 91,82% afirmaram possuir geladeira, 88,24% informaram que possuíam telefone fixo ou celular e 97,06% possuíam rádio em casa. Apenas 17,65% dos entrevistados informaram possuir carro.

Esses dados revelam a atual facilidade para aquisição de bens e eletroeletrônicos que são ofertados a população brasileira pela facilidade de pagamento em várias parcelas, mesmo com a inserção do juro embutido, levando a população a uma inversão de valores para o consumo necessário para uma vida saudável, onde muitas vezes se negligencia o alimento em troca de um aparelho celular ou qualquer outro objeto de consumo.

Pesquisas realizadas pelo IBGE mostram a tendência dos resultados apresentados neste estudo, no qual residências brasileiras têm apresentado melhores condições e acesso a alguns bens e serviços, como luz elétrica, água encanada, telefone, geladeira, televisão e rádio (IBGE, 2007).

Quanto ao serviço que diagnosticou a TB, 44,12% foram diagnosticados em hospitais públicos ou conveniados ao SUS, 32,35% receberam a confirmação do caso através do próprio Ambulatório de Referência, 11,76% receberam o diagnóstico da TB em serviços particulares e 8,82% foram diagnosticados pelos serviços de atenção primária UBS e Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF).

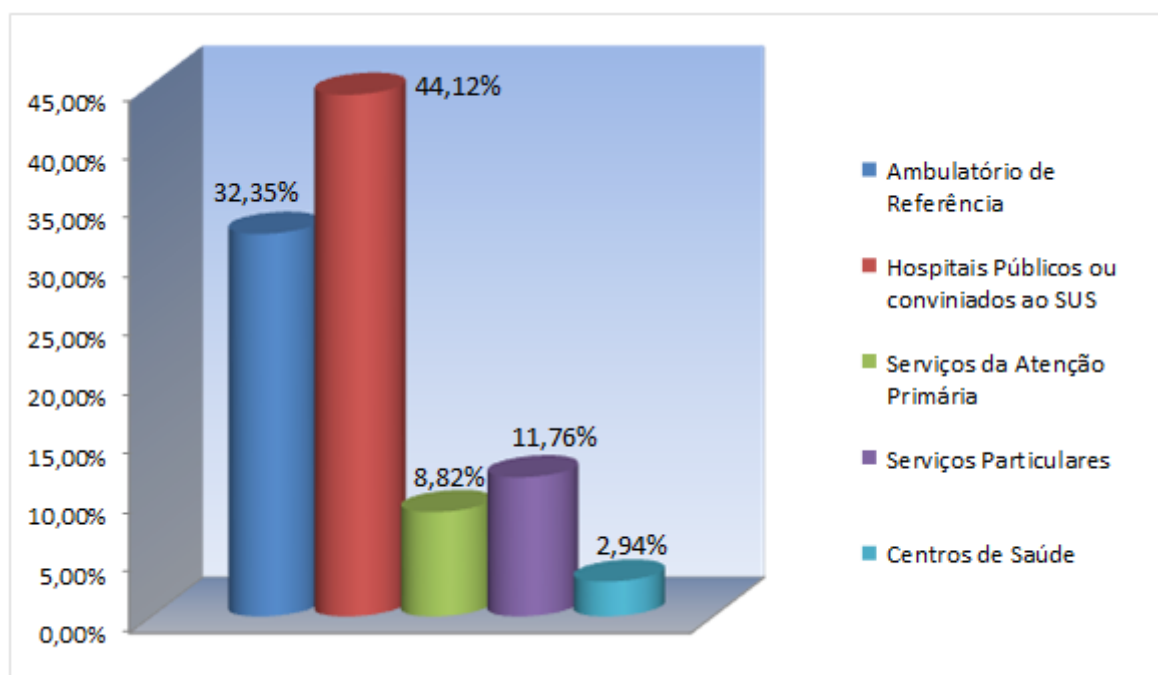


Gráfico 1 – Serviços que diagnosticaram os casos

Fonte: Estudo de Avaliação do Desempenho das Unidades de Saúde na Atenção à Tuberculose no município de Campina Grande/PB, 2010.

O gráfico mostra a inexpressividade da atenção primária na identificação e no diagnóstico dos casos de TB, em contrapartida os níveis secundário e terciário concentram a maior carga de diagnóstico dos doentes de TB. Historicamente, os usuários do SUS, demonstram preferência por prontos socorros e hospitais quando buscam assistência médica, adotando seus próprios critérios para selecionar os serviços que irão utilizar (BATAIERO, 2009).

As razões que levam os usuários a buscarem atendimento em nível secundário e terciário podem estar associadas às dificuldades do acesso à Atenção Básica, em virtude dos horários de funcionamento, e ao agravamento do quadro do indivíduo, que acaba tendo que procurar uma unidade de emergência. Por causa das barreiras que enfrentam no acesso aos cuidados, os pacientes dos países em desenvolvimento tendem a se apresentarem numa fase mais avançada da doença e, portanto, com características clínicas mais pronunciadas (WHO, 2009c).

Espera-se que deva ser a Atenção Primária/AP, oferecida pela Estratégia Saúde da Família, a porta de entrada do usuário no SUS para atenção secundária (ambulatórios especializados, serviços de apoio e algumas unidades de pronto-socorro) e terciária (serviços hospitalares de maior complexidade), compreende-se a importância da atuação desses serviços no combate a TB, uma vez que os serviços primários agindo com resolutividade, têm capacidade de resolver 80% dos problemas de saúde, incluindo o diagnóstico e tratamento da TB, devendo a equipe está preparada para identificar o indivíduo sintomático respiratório e tomar medidas cabíveis para confirmação do diagnóstico, bem como, encaminhar os casos que necessitam de serviços de maior complexidade (BRASIL, 2010a).

Em estudo para investigar as razões que levam o usuário do SUS a buscar a assistência em pronto socorro, Oliveira, Mattos e Souza (2009) identificaram que os doentes apontam como barreiras ao acesso a limitação de recursos humanos e materiais, além de perceberem as unidades de pronto socorro como serviços de maior resolutividade.

A descentralização das ações de combate à tuberculose para todos os serviços de saúde, estendendo as ações para as UBSF, envolvendo o PSF e o PACS, integrando a atenção juntamente com a rede hospitalar e Ambulatório de Referência seguindo as orientações do Programa Nacional de Controle para Tuberculose/PNCT (BRASIL, 2010a) permitiu a ampliação do acesso ao diagnóstico.

Contudo, ainda não é satisfatório o índice de usuários diagnosticados na AP. Muitas vezes o usuário busca serviços fora de sua área de abrangência, na atenção secundária e

terciária, em virtude de não encontrarem resolutividade para seu problema no nível primário de assistência, e, ainda, são encaminhados pelos próprios profissionais da atenção primária para níveis mais complexos devido ao fato de estes não estarem atentos para identificação de pacientes sintomáticos respiratórios e ao despreparo para a realização do diagnóstico da doença (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Os serviços de saúde disponibilizados diretamente, geograficamente, dentro das comunidades se referem às UBSF, que funcionam de segunda à sexta, pela manhã das 07:00h às 11:00 horas e à tarde das 14:00h às 17:00 horas. Os hospitais, que possuem serviço de emergência e pronto atendimento 24 horas, em sua maioria, estão geograficamente em áreas mais centrais das cidades.

Analisando a dimensão acesso ao diagnóstico, no concernente ao número de vezes que o doente procurou o serviço de saúde para conseguir atendimento quando começou a ficar doente, identificou-se que 44,1% dos entrevistados buscaram o serviço de saúde apenas uma vez para conseguir o atendimento, 20,6% procuraram o serviço por duas vezes, 14,7% três vezes, apenas 2,9% buscaram por quatro vezes e, ainda 17,6% tiveram que procurar o serviço de saúde por cinco ou mais vezes para serem atendido, quando ficaram doentes de TB.

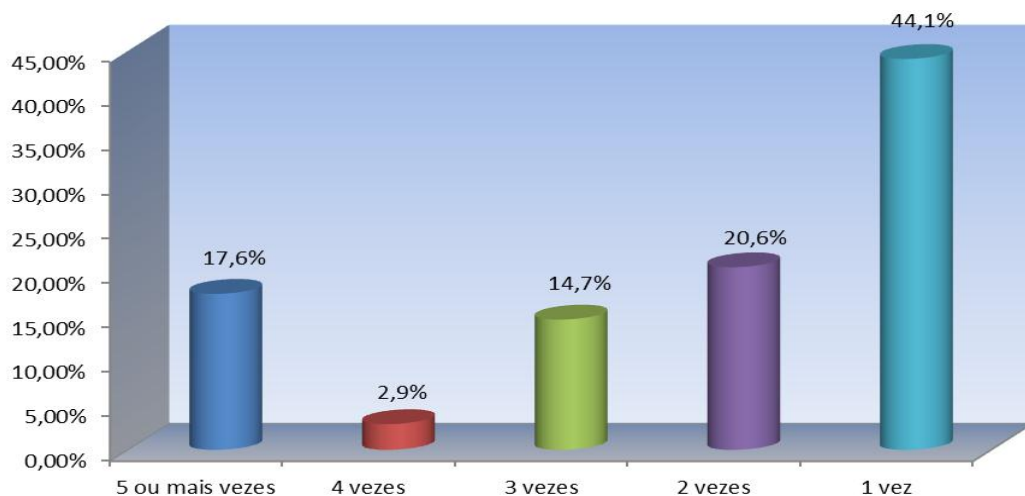


Gráfico 2 – Número de vezes que procurou o serviço de saúde para conseguir atendimento quando começou a ficar doente.

Fonte: Estudo de Avaliação do Desempenho das Unidades de Saúde na Atenção à Tuberculose no município de Campina Grande/PB, 2010.

Estando a Atenção Primária integrada às ações de combate, pode-se oferecer maior possibilidade de atendimento ao passo que reduz a demanda antes concentrada na rede de alta complexidade dos serviços de saúde, trazendo maior agilidade e rapidez ao serviço, reduzindo a necessidade do usuário buscar o serviço por mais de uma ou duas vezes para conseguir atendimento.

Variável	Média %	Desvio Padrão %	Intervalo de confiabilidade 95% Inferior/Superior %
Dificuldade para deslocamento até a unidade de saúde, quando começou a ficar doente.	3,71	1,244	3,27/4,14
Perda do dia de trabalho ou compromisso para se consultar na unidade de saúde, quando começou a ficar doente.	3,29	1,426	2,80/3,79
Utilização de meio de transporte motorizado para ir até a unidade de saúde, quando começou a ficar doente.	2,03	1,605	1,47/2,59
Gasto de dinheiro com transporte para ir até a unidade de saúde, quando começou a ficar doente.	2,35	1,739	1,75/2,96
Consulta no prazo de 24 horas, quando começou a ficar doente.	3,74	1,377	3,25/4,22
Procura pela unidade de saúde mais próxima à residência, quando começou a ficar doente.	2,56	1,521	2,03/3,09

Insatisfatório – Média < 3; Regular – Média \geq 3 e < 4; Satisfatório – Média \geq 4.

Tabela 3 – Variáveis da dimensão acesso ao diagnóstico

Fonte: Estudo de Avaliação do Desempenho das Unidades de Saúde na Atenção à Tuberculose no município de Campina Grande/PB, 2010.

Dentro da dimensão acesso ao diagnóstico foi possível construir indicadores importantes referentes à acessibilidade ao diagnóstico, tanto econômica (com questionamentos acerca do uso de transporte e gasto com o mesmo), quanto organizacional, relacionando a disponibilidade de consultas no prazo de 24 horas e a busca pelo serviço de saúde mais próximo à residência do doente.

A tabela mostra que em relação à dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde o indicador é regular com média de 3,71 (DP – 1,244; IC 95 [3,27-4,14]). O índice referente ao questionamento quanto à busca, do paciente, pela unidade de saúde mais próxima à residência, quando começou a apresentar os sintomas, se mostra insatisfatório (média 2,56; DP – 1,521; IC 95% [2,03-3,09]). A dificuldade no deslocamento está presente em relação à distância entre o domicílio e a unidade de saúde procurada pelo doente quando adoeceu.

Dentre os 34 entrevistados, 18 informaram que quase nunca ou nunca procuraram o serviço de saúde próximo a sua casa, buscando assistência fora de sua área de abrangência. Ainda não é satisfatório o índice de usuários que buscam os serviços mais próximos à sua residência, muitas vezes por preconceito para não serem identificados na equipe de saúde das UBSF.

Os entrevistados afirmaram que perderam o dia de trabalho ou compromisso para ir se consultar na unidade de saúde no início dos sintomas, verificando-se índice regular, com média 3,29 e desvio padrão de 1,426 (IC 95% [2,80-3,79]). O sistema de agendamento

presente nas UBSF e o horário de funcionamento do serviço são justificativas para a realidade encontrada, fazendo com que o paciente tenha que disponibilizar o dia inteiro para conseguir assistência.

A demora no atendimento e horários incompatíveis com os turnos de trabalho faz com que muitos doentes deixem de procurar o serviço de saúde por terem receio de perder o emprego em virtude da ausência no trabalho para se consultar na unidade de saúde (FIGUEIREDO, 2008).

No concernente à necessidade do uso de transporte motorizado, no início dos sintomas, para chegar até a unidade e gasto com este transporte, os índices são insatisfatórios. Os participantes da pesquisa informaram que utilizaram meio de transporte motorizado (média – 2,03; DP – 1,605; IC 95% [1,47-2,59]), tendo que pagar por esse artifício (média – 2,35; DP – 1,739; IC 95% [1,75-2,96]), acarretando perdas econômicas significativas ao paciente, que se configuram em barreiras no acesso ao diagnóstico, uma vez que o estudo mostrou que dos 34 entrevistados 17,6% precisaram ir à unidade de saúde cinco vezes ou mais para conseguir atendimento (gráfico 6).

Pesquisa realizada no município de São José do Rio Preto-SP mostrou a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, foi apontado o fato de o paciente ter que recorrer à unidade de saúde várias vezes até conseguir chegar ao diagnóstico e iniciar o tratamento (GAZETTA *et al.*, 2007)

Em relação a consulta para descobrir a doença no prazo de 24 horas constatou-se índice regular com média de 3,74 (DP – 1,377; IC 95% [3,25-4,22]). Dentro da organização dos serviços de saúde é possível se conseguir consulta em um prazo de 24 horas em casos de emergência. Entendendo-se que o doente de TB muitas vezes busca o serviço somente quando apresenta sintomas evoluídos da doença, como tosse persistente por mais de 15 dias, hemoptise e cansaço com dores no corpo, caracterizando necessidade de consulta de urgência.

A razão desta busca tardia pela assistência decorre, ainda, por dois motivos principais, inerentes aos próprios pacientes, no que diz respeito, a falta de entendimento acerca da patologia, bem como seus sinais e sintomas, percebendo a tosse como algo passageiro, ou, ainda que tenha conhecimento sobre a doença, há receio quanto à descoberta e confirmação da TB, devido ao estigma da doença (MUNIZ *et al.*, 2005).

Harries *et al.* (2003) ao investigar as causas para o retardo no diagnóstico de TB observaram que os doentes que procuraram os serviços com queixa de tosse receberam do o profissional de saúde, geralmente, prescrição de antibiótico e solicitação de retorno caso

persistissem os sintomas, contudo, nenhuma investigação mais detalhada foi feita, e formularam-se várias hipóteses diagnósticas, mas não relacionadas à tuberculose.

A equipe de saúde que, por muitas vezes, não associa a sintomatologia apresentada pelo paciente à tuberculose, somente a reconhecendo em casos mais evoluídos; visto que a queixa de tosse comumente é desvalorizada pelo profissional de saúde e erroneamente confundida com um sintoma comum de gripe ou resposta ao tabaco (MUNIZ *et al.*, 2005).

Considera-se que entre o aparecimento dos sintomas até a chegada ao serviço há uma etapa considerável a ser vencida, dos aspectos individuais e comportamentais (características individuais) ao social (o próprio local de moradia do usuário) (ARCÊNIO, 2008).

O número elevado de entrevistados que não buscou os serviços mais próximos ou que só o fez às vezes, ou seja, buscou serviços fora da sua área de abrangência, associado à perda do turno de trabalho é reflexo do horário de funcionamento dos serviços, buscando a assistência em horário mais flexível, uma vez que ao se sentirem doentes, as pessoas tendem a procurar por atendimento de saúde fora do seu horário de trabalho, muitas vezes indo a serviços mais distantes (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

O desenvolvimento social e econômico afeta diretamente a predisposição e disponibilidade de uma dada população na acessibilidade aos serviços de saúde e esta é mais frequentemente entendida em um contexto político, no qual aprimorar a acessibilidade deve-se configurar como meta em políticas de saúde (ARCÊNIO, 2008). A WHO (2009) identificou que os indivíduos com baixo poder aquisitivo apresentam menor capacidade na busca pelos serviços de atenção à tuberculose.

Os principais motivos para os doentes não terem acesso aos serviços de saúde que incluem: disponibilidade e acesso ao transporte, custo do transporte, localização inacessível das unidades de saúde e os baixos salários; afirmando que cada custo constitui uma barreira econômica ao cuidado (VILLA *et al.*, 2009).

A tuberculose é uma patologia socialmente associada à pobreza (BRASIL, 2010). Estando a doença diretamente relacionada à urbanização e a má distribuição de renda (ARAKAWA *et al.*, 2009) Ao ser onerado por gasto com meio de transporte para chegar à unidade de saúde, o doente sintomático muitas vezes busca o serviço de forma tardia, acarretando em demora na descoberta e diagnóstico do caso.

Bertolozzi (1998) defende que a tuberculose deve ser interpretada como um produto social, que ultrapassa os limites relativos às atitudes ou comportamentos dos indivíduos, relacionando-se, fundamentalmente, ao acesso ao trabalho e à qualidade de vida, da mesma forma que o combate depende, também, da organização apropriada dos serviços de saúde, ao

acesso à assistência de um suporte apropriado em termos de recursos humanos. A acessibilidade é um dos principais atributos da atenção primária, sendo compreendida como ausência ou presença de barreiras financeiras, organizacionais e/ou estruturais que dificultam a obtenção do cuidado (STARFIELD, 2002).

O acesso ao diagnóstico é garantido não somente pela oferta de serviços, mas fatores associados ao paciente interferem na identificação e diagnóstico da doença. O acesso aos serviços de saúde é um reflexo da inserção social do sujeito, determinando não somente a incidência da TB nos grupos que se encontram mais vulneráveis, mas agravando a situação da doença, em virtude da demora no diagnóstico e início do tratamento mantendo a cadeia epidemiológica, uma vez que prolonga o período de transmissão aumentando o risco de infecção de outros sujeitos (SANTOS *et al.*, 2007b).

A diversidade de comportamento apresentados pelos doentes de TB em relação à doença e a variabilidade das condições do acesso à assistência de saúde, principalmente em países em desenvolvimento, estão entre os muitos fatores do contexto social que afetam diretamente a habilidade e eficácia de programas de controle da TB (LIENHARDT; OGDEN, 2004).

Considerações Finais



6 Considerações Finais

Os achados revelam que a tuberculose se apresentou em maioria dos indivíduos do sexo masculino, em idade economicamente produtiva, analfabetos ou com baixo nível de escolaridade, residentes em casa própria, dividindo o domicílio com quatro pessoas ou mais. Grande parte dos sujeitos do estudo foi diagnosticada em hospitais ou no ambulatório de referência e a minoria diagnosticou a doença em serviços da atenção primária.

Os doentes, em sua maioria, precisaram utilizar meio de transporte motorizado para chegar ao serviço de saúde quando começaram a ficar doentes, obtendo gastos em dinheiro para a utilização do mesmo, buscando, ainda, serviços fora da área de abrangência de sua residência. Em relação à dificuldade de deslocamento, perda do dia de trabalho ou compromisso e consulta no prazo de 24 horas para a identificação do caso e os índices alcançados se apresentaram regulares.

Dentro da dimensão acesso ao diagnóstico, nenhuma das variáveis alcançou nível satisfatório. No que tange à acessibilidade econômica ao diagnóstico percebeu-se considerável o gasto com meio de transporte para a chegada à unidade de saúde, levando-se em consideração que relevante quantidade de usuários precisaram ir a unidade quatro vezes ou mais para receber o diagnóstico, na maioria dos casos estando o serviço buscado fora da área de abrangência do doente, constata-se um obstáculo no acesso ao serviço, posto que perdas financeiras diminuem a propensão do indivíduo buscar cuidados de saúde.

No concernente a acessibilidade organizacional a oferta de consulta no prazo de 24 horas se apresentou de forma regular, contudo não precisamente devido às condições do serviço de saúde, mas sim em relação às condições do doente e ao tipo de serviço que este buscou quando começou a ficar doente, caracterizando maior busca aos serviços de pronto socorro em hospitais e não aos serviços da atenção primária, acarretando em sobrecarga nos níveis de maior complexidade.

O doente de TB apresenta características próprias ao contexto social no qual está inserido, muitas vezes desfavorável à sua condição de saúde, tornando mais vulnerável em diversos sentidos, físico, social, emocional e economicamente. O conhecimento dos aspectos sócio demográfico dos doentes de TB compreende uma ferramenta de combate à disseminação da doença, uma vez que permite direcionar a atuação profissional no sentido de prevenir e minimizar os riscos de contágio. Desta forma os entraves e obstáculos postos para identificação dos casos de TB na população serão, igualmente, minimizados, uma vez que conhecendo as peculiaridades da comunidade, as equipes de saúde estarão mais bem

preparadas para identificar previamente os sintomáticos respiratórios, ou até mesmo aqueles que mesmo não sintomáticos possam desenvolver a doença, e diagnosticar precocemente.

Faz-se necessário e imprescindível a intervenção direta dos gestores juntos aos profissionais no contexto da atenção primária, viabilizar capacitação e orientação quanto às medidas de combate e controle da TB, uma vez que se espera que a AP seja a porta de entrada do sistema, estando esta encarregada e capacitada para o diagnóstico e tratamento da TB, devendo os servidores da saúde estar atentos para identificação dos doentes e orientação dos mesmos, sensibilizando os profissionais não só quanto aos aspectos biológicos e fisiológicos da doença, mas aos fatores associados e determinantes para o agravado da saúde e surgimento da TB socialmente, tais quais condições de moradia, emprego, escolaridade, hábitos de vida, entre outros.

É necessária, também, orientação direcionada à população para que esta tenha conhecimento acerca das peculiaridades da doença, sua forma de contágio, sintomas e cuidados que inspira. É imprescindível o entendimento da comunidade a respeito da hierarquização presente no sistema de saúde pública, fortalecendo o conceito da atenção primária junto à população para que esta busque a resolução do seu problema de saúde no primeiro nível de atenção.

O perfil sócio demográfico dos doentes de TB tem implicação direta no acesso ao diagnóstico, uma vez que características inerentes ao sujeito como a escolaridade e condições de vida e emprego podem constituir barreiras no acesso ao cuidado, contudo é de fundamental relevância ressaltar que os serviços de saúde tem papel fundamental no controle da doença, posto que a própria organização e forma de funcionamento dos serviços podem, da mesma maneira, impor obstáculos ao acesso do doente ao diagnóstico da patologia, podendo incidir na motivação do indivíduo pela busca da assistência.

Principalmente, levando-se em consideração que um dos pilares do DOTS está focado no diagnóstico e detecção de casos por baciloscopia entre os sintomáticos, reforçado pela estratégia do STOP-TB que busca contribuir para o fortalecimento do sistema de saúde com base na atenção primária, devendo os serviços de saúde estarem organizados a fim de atender às necessidades dos sujeitos acometidos pela tuberculose, no sentido de identificar precocemente os casos e oferecer tratamento adequado e eficiente para a obtenção da cura.

Referências Bibliográficas



Referências bibliográficas

ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A. **A framework for the study of access to medical care.** Health Services Research, p. 208-20, 1974.

ARAKAWA, T. *et al.* **A acessibilidade de doentes de tuberculose ao tratamento de serviços em saúde no município de Ribeirão Preto-São Paulo (2006-2007).** In: RUFINNO-NETO, A. VILLA, T. C. S. Tuberculose: Pesquisas Operacionais. Ribeirão Preto: FUNPEC, p. 48-55, 2009.

ARCÊNIO, R. A. **A acessibilidade do doente no tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto (2007).** [tese] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2008. 159 p.

ASSIS, M. M. A. *et al.* **Avaliação do programa de controle da tuberculose em Feira de Santana-BA (2007): limites e desafios.** In: RUFINNO-NETO, A. VILLA, T. C. S. (Org). Tuberculose: Pesquisas Operacionais. Ribeirão Preto: FUNPEC, p. 165-75, 2009.

BATAIERO, M. O. **Acesso, vínculo e adesão ao tratamento para a tuberculose: dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde.** [Dissertação]. Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem. São Paulo, 2009. 249 p.

BERTOLOZZI, M. R. **A adesão ao programa de controle da TB no distrito sanitário do Butantã, São Paulo** [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1998.

_____. **A adesão ao tratamento da TB na perspectiva da Estratégia do Tratamento Diretamente Observado (“DOTS”) no município de São Paulo-SP** [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde – FUNASA. **Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica.** Brasília - DF, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Técnico para o Controle da Tuberculose.** 6. ed. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2002b. 70 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: Caminhos da institucionalização**. Brasília, 2005. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNAS: resultado do processo avaliativo 2004-2006**. Brasília, 2007. 85 p. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/pnass.pdf> >. Acesso em: 22 de agosto de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a. 186 p.

_____. Ministério da Saúde. **Brasil reduz incidência da tuberculose e melhora posição na lista dos países com o maior número de casos no mundo**, 2010b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_ar ea=124&CO_NOTICIA=11165 >. Acesso em: 13 de Agosto de 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS – DATASUS – Indicadores de Saúde – Sala de Situação**, 2010c. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/?saude=http://189.28.128.178/sage/&botaoook=OK&obj=http://189.28.128.178/sage/> >. Acesso em: 13 de Agosto de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool***. Brasília, 2010d. 80 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CARBONE, M. H. **Tísica e rua: os dados da vida em jogo**. Dissertação. Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública, 2000. 106 p. Disponível em: <<http://portaldeseres.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2000/carbonemhm/capa.pdf>> acesso em: 16 de agosto de 2010.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. **Avaliando a institucionalização da avaliação**. Ciênc. saúde coletiva [online]. v. 11, n. 3, pp. 705-11, ISSN 1413-8123, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30984.pdf>>. Acesso em: 12 de agosto de 2010.

CHISNALL, P. **Marketing Research: Analysis and Measurement**. McGraw-Hill. Londres, Nova Iorque, 1973, 308p.

DIMECH, G. S. **Avaliação da efetividade da estratégia do tratamento diretamente observado (DOTS) no controle da tuberculose no Brasil, 2007.** [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 2010.

DONABEDIAN, A. **The Quality of Medical Care.** Science 200, 1978.

_____. **Enfoques básicos para la evaluación.** In: La calidad de la atención médica: definición e métodos de la evaluación. México: La prensa Médica Mexicana, Cap. 3, p. 97-157, 1984.

_____. The Quality of Care. How can it be assessed? **Journal American Association**, v. 5, p. 260-75, 1989.

_____. The effectiveness of quality assurance. **Int J Qual Health Care.** v.8, n.4, p.401-07, 1996.

DUJARDIN, B. **Tuberculosis control: did the program fail or did we fail the program?** Tropical Medicine and International Health, Oxford, v. 2, n. 8, p. 715-18, 1997.

FEKETE, M. C. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde.** IN: SANTANA, J. P. (Org.) Desenvolvimento gerencial das unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: OPAS, 1992.

FIGUEIREDO, T. M. R. M. de. **Acesso ao tratamento de tuberculose: avaliação das características organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde – Campina Grande/PB, Brasil.** [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2008. 120 p.

FIGUEIREDO, T. M. R. M. *et al.* **Desempenho da Atenção Básica no Controle da Tuberculose.** Revista de Saúde Pública [Online], São Paulo, v. 43, n. 5, p. 825-31, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/265.pdf>> Acesso em: 15 de agosto de 2010.

FIGUEROA, F. **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ.** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Educação a Distância. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço.** Coordenado por Maria José Procópio. – Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.

FORMIGA, N. S.; LIMA, D. S. **A tuberculose no Estado da Paraíba/Brasil: a operacionalidade do tratamento supervisionado no controle da tuberculose.** Revista ConScientiae Saúde, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 197-01, 2009. Disponível em: <

<http://www4.uninove.br/ojs/index.php/saude/article/viewFile/1653/1286>>. Acesso em: 16 de agosto de 2010.

GAZETTA, C. E. **O controle de comunicantes de tuberculose no programa de controle da tuberculose em um município de médio porte da região sudoeste do Brasil, em 2002.** Brasília, J. Bras. de Pneumol., v.32, n.6, p. 559-65, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v32n6/a14v32n6.pdf>> Acesso em: 15 de agosto de 2010.

GAZETTA, C. E. *et al.* **Estudo descritivo sobre a implementação da estratégia de tratamento de curta duração diretamente observado no controle da tuberculose em São José do Rio Preto e seus impactos (1998-2003).** J. Bras. de Pneumol., Brasília, v. 33, n. 2, p. 192-98, 2007.

HARRIES, A. D. *et al.* **Defining and assessing the maximum number of visits patients should make to a health facility to obtain a diagnosis of pulmonary tuberculosis.** Int. J. Tuberc. Lung. Dis., França, v. 7, n. 10, p. 953-958, 2003.

HARTZ, Z. M. D. A.; SILVA, L. M. V. D. **Avaliação em Saúde dos Modelos teóricos à prática na Avaliação de programas e sistemas de saúde.** Rio de Janeiro (RJ), Fiocruz. p. 207-53, 2005.

HARTZ, Z.M.A. **Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 7, n. 3, p. 419-21, 2002.

HIJJAR, M. A. *et al.*, **Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, nº. 41 Supl. 1, p. 50-8, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6489.pdf>> Acesso em 12 de agosto de 2010.

_____. **Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro.** Pulmão RJ; v. 14, n. 4, p. 310-14, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese dos Indicadores Sociais – Uma análise das condições de vida da população brasileira 2007.** Estudos e Pesquisas, nº 21. Rio de Janeiro, 2007.

LIENHARDT, C.; OGDEN, J. A. **Tuberculosis control in resource-poor countries: have we reached the limits of the universal paradigm?** Tropical Medicine and International Health, Oxford, v. 9, n. 7, p. 833-841, 2004.

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

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E. **Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia.** Saúde em debate, v. 27, n. 65, p. 243-56, 2003.

MASCARENHAS, M. D. M.; ARAÚJO, L. M.; GOMES, K. R. O. **Perfil epidemiológico da tuberculose entre casos notificados no município de Piripiri, estado do Piauí, Brasil.** Epidemiologia e Serviços de Saúde [Online], v. 14, n. 1, p. 7-14, 2005. Disponível em: <<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/portal/ess/v14n1/pdf/v14n1a02.pdf>> Acesso em: 15 de agosto.

MENEZES, A. M. B. *et al.* **Incidência e fatores de risco para tuberculose em Pelotas, uma cidade do Sul do Brasil.** Revista Brasileira de Epidemiologia. São Paulo, v. 1., n. 1, p. 50-60, 1998.

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 e Saúde Coletiva, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 315-21, 2005.

NOGUEIRA, J. A. *et al.* **O sistema de informação e o controle da tuberculose nos municípios de prioritários da Paraíba – Brasil.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, v. 43, n. 1, p. 125-31, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/16.pdf>>. Acesso em: 21 de Agosto de 2010.

OLIVEIRA, A. C. P.; ROCHA, A. M. **Tuberculose** In: LUNA, R.L. Medicina da família: saúde do adulto e do idoso- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 191-02, 2006.

OLIVEIRA, M. F. *et al.* **O acesso ao diagnóstico da TB nos serviços de saúde do município Ribeirão Preto – SP (2007).** In: Ruffino-Netto, A., Villa, T. C. S. Tuberculose – pesquisas operacionais. 1ª ed. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC, 2009.

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. **Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial.** Rio de Janeiro: Ciênc. Saúde Coletiva, 2009.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA. Organização Mundial de Saúde. **Reunion regional de directores nacionales de programas de control de la tuberculosis**. Informe final. Ecuador, 1997.

_____. Organização Mundial de Saúde. **Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas**. Brasil: Organização Panamericana de Saúde, 2005.

PELAQUIN, M. H. H.; SILVA, R. S.; RIBEIRO, S. A. Fatores associados ao óbito por tuberculose na zona leste da cidade de São Paulo, 2001. **J. Bras. Pneumologia**, v. 33, n. 3, p. 311-17, 2007.

PORTER, J. D. H.; ODGEN, J. A. **Comentary on “the resurgence of disease: social and historical perspectives on the ‘new’ tuberculosis”**. *Social Science & Medicine*, v. 55, p: 397-98, 2002.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. **Acesso e acolhimentos aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2003.

ROBERTS, C. A.; BUIKSTRA, J. E. **The Bioarchaelogy of Tuberculosis: a global view on a reemerging disease**. Gainesville: University Press of Florida; 2003. 343 p.

ROCHA, D. S. **Abandono ou descontinuidade do tratamento da tuberculose em Rio Branco – Acre**. [Dissertação] São Paulo: Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública, 2009. 147 p.

RODRIGUES, G. L. *et al.* **A expansão do tratamento supervisionado (TS) para o controle da tuberculose na Paraíba (1999/2005)**. *Rev. Eletrônica de Enfermagem*, v.10, n. 3, p. 632-42, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a09.pdf>>. Acesso em: 20 de Agosto de 2010.

RUFFINO-NETTO, A.; VILLA T. C. S. (org.). **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil, histórico e peculiaridades regionais**. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Ribeirão Preto: Instituto Milênio Rede TB, 2006.

SANTOS, J. **Resposta brasileira ao controle da tuberculose**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, nº. 41, Supl. 1, p. 89-94, 2007a.

SANTOS, M. L. S. G. *et al.* **Pobreza: caracterização socioeconômica da tuberculose**. Ribeirão Preto: *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2007b.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; *et al.* **Brunner & Suddarth - Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. Ed. Guanabara e Koogan. Rio de Janeiro, 2009. 11ª Ed. v. 2. p. 542-43, 2009.

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

_____.; XU, J.; SHI, L. **Validating the Adult Primary Care Assessment Tool**. The Journal of Family Practice, United States, v. 50, n. 2, p. 161-75, 2001.

TANAKA, Y.O.; MELO, C. **Reflexões sobre avaliação em serviços de saúde e adoção de abordagens qualitativa e quantitativa**. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: VOZES, p.121-36, 2004.

_____. **Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. São Paulo. v. 7, p. 113-18, 2000.

TRAVASSOS, C. MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. Cad. Saúde Pública; v. 20, supl. 2, 2004.

VENDRAMINI, S. H. F. *et al.*, **Tuberculose em município de porte médio do Sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003**. J Bras pneumol; v. 31, n. 3, p. 237-43, 2005.

VICENTIN, G.; SANTOS, A. H.; CARVALHO, M. S. **Mortalidade por tuberculose e indicadores sociais no município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Ciênc. Saúde Coletiva, 2002.

VIEIRA, E. M. **Avaliação de Serviços de Saúde**. In: FRANCO, L.J.; PASSOS, A.D.C. Fundamentos da Epidemiologia. São Paulo: Manole, 2005. p. 337.

VILLA, T. C. S. *et al.* **Implantação da estratégia DOTS no controle da TB na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa Saúde da Família (1999-2004)**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, n.0329, 2008. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2725>. Acesso em: 26 de Março de 2010.

_____. **As Políticas de Controle da Tuberculose no Sistema de Saúde no Brasil e a implantação da Estratégia DOTS (1980-2005)**. In: Ruffino-Netto, A., Villa, T. C. S.

Tuberculose – implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: Instituto Milênio Rede TB; 2006.

_____.; RUFFINO-NETTO, A. **Questionário para avaliação de desempenho se serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil**. Jornal Brasileiro de Pneumologia. (Artigo aprovado para publicação em 02 de outubro de 2008)

_____. **Desempenho dos serviços de saúde na atenção à tuberculose em Ribeirão Preto, Estado São Paulo – Brasil (2007)**. In: Ruffino-Netto, A., Villa, T. C. S. Tuberculose – pesquisas operacionais. 1ª ed. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Health-related Millennium Development Goals: MDG-6 HIV/AIDS, malaria and other diseases – TB indicators**, 2009a. Disponível em: <<http://apps.who.int/ghodata/?vid=510>>. Acesso em: 20 de agosto de 2010.

_____. **WHO Report 2009 – Global Tuberculosis Control 2009: Epidemiology, Strategy, Financing**. Switzerland, 2009b.

_____. **Pathways to better diagnostics for tuberculosis: a blueprint for the development of TB diagnostics by the new diagnostics working group of the Stop TB Partnership**. Geneva, Switzerland, 2009c.

_____. **An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control: Stop TB Communicable Disease**. Geneva; 2002.

_____. **What is DOTS? A guide to understanding the WHO-recommended TB control strategy known as DOTS**. Geneva: WHO, 1999.

_____. Stop TB Partnership. Ministerial Conference, 22-24 March 2000. Amsterdam, The Netherlands. Amsterdam Report, Amsterdã, 2000. Disponível em <http://www.stoptb.org/assets/documents/events/meetings/amsterdam_conference/decla.pdf>. Acesso em: 27 de Agosto de 2010.

_____. **The global plan to stop TB 2011-2015: transforming the fight towards elimination of tuberculosis**. Geneva, Switzerland, 2010.

Apêndices



APÊNDICE A - INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS**I. Doentes de Tuberculose**

Número do questionário: _____
Município: Campina Grande/PB _____
Data da digitação dos dados: __/__/____
Digitador: _____

**Questionário sobre Avaliação da Efetividade das ações de Controle da Tuberculose,
Comparando o Modelo de Atenção do Programa Saúde da Família, Unidades Básicas de
Saúde e Ambulatório de Referência em Tuberculose no Município de Campina
Grande/PB**

(Para ser aplicado aos doentes de TB)

Apresentação:

Bom dia!

Meu nome é...

Estou realizando uma pesquisa.

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

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

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

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

Este instrumento é baseado num questionário elaborado por James Macincko (New York University) e Célia Almeida (ENPS-FIOCRUZ), norteado por Bárbara Starfield, MD, MPH, FRPCGP e James Macincko, PHD.D, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins, Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD. USA. Adaptado para a atenção à tuberculose por Tereza Cristina Scatena Villa (EERP-USP/ Área Operacional REDE-TB) e Antonio Ruffino Netto (FMRP/ REDE-TB).

Nome do Entrevistador:.....

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

Município: Campina Grande Estado: Paraíba.....

A. INFORMAÇÕES GERAIS.			
1	Código identificador (Nº SINAM) do entrevistado		
2	Iniciais do entrevistado e Nº do Prontuário:	Iniciais:	
		Prontuário:	
3	Endereço completo do entrevistado		
4	Nome da Unidade de Saúde		
5	Endereço da Unidade de Saúde		
6	Tipo de Unidade		
	UBS/PACS	1 ()	
	UBSF/PACS	2 ()	
	Ambulatório de Referência	3 ()	
7a	Unidade de saúde que encaminhou o caso	Nome: _____ End : _____	Bairro: _____
7b	Unidade de saúde que diagnosticou o caso	Nome: _____ End : _____	Bairro: _____
8	Faz Tratamento Supervisionado	Sim	Não
9	Co-Infestado TB/HIV		
10	Tratamento MDR		
11	Tempo de Tratamento		
12	Local de Atendimento		
12a	Consulta Médica de Controle	UBSF/PACS	1 ()
		UBS/PACS	2 ()
		Ambulatório de Referência	3 ()
		Domicílio	4 ()
		NR/NA	00()
12b	Tratamento Supervisionado	UBSF/PACS	1 ()
		UBS/PACS	2 ()
		Ambulatório de Referência	3 ()
		Domicílio	4 ()
		NR/NA	00()
B. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS SOBRE O DOENTE DE TB.			
13.a	Sexo do usuário	Feminino	0 ()
		Masculino	1 ()
13.b	Qual foi a última série escolar que o(a) Sr.(a) cursou?	Sem escolaridade	0 ()
		Ensino Fundamental (1º grau incompleto)	1 ()
		Ensino Fundamental (1º grau completo)	2 ()
		Ensino Médio (2º grau incompleto)	3 ()
		Ensino médio (2º grau completo)	4 ()
		Ensino superior (universitário) incompleto	5 ()
		Ensino superior (universitário) completo	6 ()
13.c	O local onde o(a) Sr.(a) vive é:	Própria	1 ()
		Alugada	2 ()
		Empréstimo	3 ()
		Instituição (asilar/abrigo/outros)	4 ()
		Não tem moradia	5 ()
13.d	Tipo de Moradia	Alvenaria	1 ()
		Madeira	2 ()
		Material Reciclável	3 ()
		Outros	4 () Especifique: _____
13.e	O(A) Sr.(a) têm em sua moradia?	Sim	Não
		Água Encanada	

	Geladeira		
	Telefone (Cel. Ou Fixo)		
	Carro		
	Luz Elétrica		
	Banheiro dentro casa		
	Rádio		
	Televisão		
13.f	Número de cômodos da sua casa INCLUINDO o banheiro:		
	1 Cômodo	1 ()	
	2 Cômodos	2 ()	
	3 Cômodos	3 ()	
	4 Cômodos	4 ()	
	5 ou mais Cômodos	5 ()	
		4 ou mais pessoas	2 – 3 pessoas
		1 pessoa	NR/NA
		1	00
13.g	Número de pessoas residentes em sua casa?		
13.h	Número de adultos maiores de 60 anos?		
13.i	Número de crianças (menores de 12 anos)?		

C. SAÚDE DO CASO CONFIRMADO DE TB.

		Muito Ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
14.a	De um modo geral, nos últimos 30 dias, como o(a) Sr.(a) considera seu estado de saúde ?						
		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
14.b	Com que frequência o(a) Sr.(a) deixa de realizar qualquer atividade habitual (trabalhar, estudar, lazer), por conta do tratamento de TB?						

D. ACESSO.

D.1. ACESSO AO DIAGNÓSTICO.

		5 ou mais vezes	4 vezes	3 vezes	2 vezes	1vez	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
15	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, quantas vezes precisou procurar a unidade de saúde para conseguir atendimento?						
		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
16	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, teve dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde?						
17	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente, teve que deixar de trabalhar ou perder seu dia de trabalho ou compromisso para consultar na unidade de saúde?						
		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
18	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB, precisou utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir até a unidade de saúde?						
19	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB, gastou dinheiro com o transporte para ir até a unidade de saúde?						

		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
20	Quando o Sr.(a) começou a ficar doente de TB conseguiu consulta na unidade de saúde para descobrir a doença no prazo de 24 horas?						
21	Quando o(a) Sr.(a) começou a ficar doente de TB, procurou a unidade de saúde mais perto da sua casa?						

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

OBS: AGORA VAMOS FALAR DA UNIDADE ONDE O(A) SR.(A) TRATA A TB

D 2. ACESSO AO TRATAMENTO.

		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
22	Se o Sr.(a) passar mal por causa da medicação ou da TB, consegue uma consulta médica no prazo de 24 horas?						
		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
23	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar seu problema de TB, tem que deixar de trabalhar ou perder seu dia de trabalho ou compromisso?						
24	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar seu problema de TB precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado?						
25	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, paga pelo transporte?						
26	Durante o seu tratamento faltou medicamentos para TB?						
27	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido?						
		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
28	O profissional da unidade de saúde que acompanha seu tratamento de TB, costuma visitá-lo em sua moradia?						
29	O(A) Sr.(a) faz o tratamento de TB na unidade de saúde mais perto da sua casa?						

AGORA VAMOS FALAR SOBRE A FORMA DE COMO O(A) SR.(A) É ATENDIDO PELOS PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE SAÚDE.

E. VÍNCULO.

		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
30	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para a consulta de TB, é atendido pelo mesmo profissional?						
31	Se o(a) Sr.(a) tem alguma dúvida sobre o seu tratamento, consegue falar com o mesmo profissional da unidade de saúde que o atende?						
		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
32	Quando o(a) Sr.(a) faz alguma pergunta ao profissional da unidade de saúde sente que ele						

	entende?						
33	Quando o(a) Sr.(a) consulta o profissional da unidade de saúde conversa sobre outros problemas de saúde?						
34	O profissional da unidade de saúde dá tempo suficiente para que o(a) Sr.(a) fale suas dúvidas ou preocupações?						
35	O profissional da unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está fazendo o tratamento responde às suas perguntas de maneira clara?						
36	Durante seu atendimento o profissional da unidade de saúde anota as suas queixas no seu prontuário?						
37	O profissional da unidade de saúde explica sobre os medicamentos utilizados para o tratamento de TB?						
38	O profissional da unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamentos que o(a) Sr.(a) está utilizando?						
39	Quando o(a) Sr.(a) tem algum problema de saúde ou outras necessidades (cesta básica, vale transporte...), com que frequência procura os seguintes profissionais da unidade de saúde?						
		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
39 a	Médico						
39 b	Enfermeiro						
39 c	Assistente Social						
39 d	Auxiliar Enfermagem						
39 e	Agente Comunitário de Saúde/ACS						
39 f	Outros Profissionais						
		Muito Ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
40	Qual é sua opinião sobre a equipe de saúde que o atende?						

F. ELENCO DE SERVIÇOS.

COM QUE FREQUÊNCIA AS AÇÕES A SEGUIR SÃO OFERECIDAS PELA EQUIPE QUE ACOMPANHA O PROBLEMA DA TB NA UNIDADE DE SAÚDE?

		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
41	Pote para exame de escarro para diagnóstico de TB?						
42	Teste da pele (prova tuberculínica)?						
43	Exame para HIV/AIDS?						
44	Pote para exame de escarro mensalmente para controle da TB?						
45	Consulta mensal de controle para o tratamento da TB?						
46	Cestas básicas ou vale alimentação?						
47	Vale transporte?						
48	Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?						
49	Visitas domiciliares durante o tratamento?						
50	Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?						
51	Participação em grupos de doentes de TB na unidade de saúde?						

G. COORDENAÇÃO.

		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
52	O profissional da unidade de						

	saúde pega o prontuário/ficha do(a) Sr.(a) durante a consulta?						
53	Quando o(a) Sr(a) precisa dos resultados de seus exames, eles estão disponíveis na unidade de saúde?						
54	O(A) Sr.(a) é avisado sobre o agendamento da sua consulta de retorno na unidade de saúde?						

OBS: AGORA VAMOS FALAR SOBRE O ENCAMINHAMENTO DO (A) SR.(A) PARA OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE OU ESPECIALIDADES (serviço social, odontologia, fisioterapia, psicologia, médico especialista)

		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
55	Quando o(a) Sr.(a) precisa consultar com algum especialista, é encaminhado por um profissional da unidade de saúde?						
56	Quando o profissional da unidade encaminha o(a) Sr(a) para outros serviços de saúde, ele discute ou indica os possíveis lugares de atendimento?						
57	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado ao especialista, o profissional da unidade de saúde ajuda a marcar a consulta?						
58	No momento do agendamento da consulta para o especialista, o(a) Sr.(a) recebe comprovante que a consulta foi marcada?						
59	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado ao especialista, o profissional da unidade de saúde, fornece informações escritas sobre seu problema para entregar ao especialista?						
60	O(A) Sr.(a) retorna a unidade de saúde com as informações escritas sobre os resultados da consulta com o especialista?						
61	O profissional da unidade de saúde discute com o(a) Sr.(a) sobre os resultados da consulta com o especialista?						
62	O profissional da unidade de saúde está interessado em saber se o(a) Sr.(a) foi bem atendido pelo especialista?						

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

H. ENFOQUE NA FAMÍLIA.

		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
63	O profissional da unidade de saúde pede informações sobre suas condições de vida e da sua família (emprego, moradia, disponibilidade de água potável, saneamento básico...)?						
64	O profissional da unidade de saúde pede informações sobre doenças da sua família?						
65	O profissional da unidade de saúde pergunta se as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) têm tosse, febre...?						
66	Quando ficou doente de TB, o profissional da unidade de saúde entregou pote para exame de escarro a todas as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?						
67	Os profissionais da unidade de saúde conhecem as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?						

68	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre a sua doença?						
69	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre seu tratamento?						
70	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre outros problemas de sua saúde?						

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

I. ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE

		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
71	Os profissionais da unidade de saúde perguntam ao Sr.(a) ou sua família se os serviços oferecidos resolvem seus problemas de saúde ?						
72	O(A) Sr.(a) observa propagandas/campanhas/trabalhos educativos realizados pelos profissionais da unidade de saúde para informar a comunidade sobre a TB?						
73	O(A) Sr.(a) observa que os profissionais da unidade de saúde desenvolvem ações de saúde com as Igrejas, Associações de Bairro, etc, para entrega do pote para coleta de escarro?						
74	O(A) Sr.(a) observa visitas dos profissionais da unidade de saúde na sua vizinhança, para a entrega do pote para coleta de escarro?						
75	O(A) Sr.(a) observa que os profissionais da unidade de saúde solicitam a participação de alguém da comunidade para discutir o problema da TB?						

AGORA VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE OUTROS ASSUNTOS RELACIONADOS AOS PROFISSIONAIS QUE ATENDEM O (A) SR. (A) NA UNIDADE DE SAÚDE.

J. FORMAÇÃO PROFISSIONAL

		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
76	O(A) Sr.(a) encontra um profissional na unidade de saúde para atendê-lo em dias úteis da semana?						
77	O(A) Sr.(a) recomenda esta unidade de saúde a um(a) amigo(a)?						
78	Os profissionais da unidade de saúde são capazes de ajudar o(a) Sr.(a) na melhora da TB?						
		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
79	Os profissionais da unidade de saúde relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?						
		Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
80	O(A) Sr.(a) já se sentiu rejeitado pelos profissionais da unidade de saúde por ter TB?						
81	O(A) Sr.(a) já pensou em mudar de unidade de saúde por causa dos profissionais?						

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

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a), O (A) senhor (a) foi selecionado (a) para participar de uma pesquisa sobre **Avaliação da Efetividade das ações de Controle da Tuberculose, Comparando o Modelo de Atenção do Programa Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e Ambulatório de Referência em Tuberculose no Município de Campina Grande/PB**. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da Universidade Estadual da Paraíba/UEPB. Sua participação consistirá em responder a um questionário, que dura em média 30 minutos. O questionário não vai registrar seu nome e os dados serão divulgados de forma conjunta, guardando assim o mais absoluto sigilo sobre as informações fornecidas pelo (a) Sr. (a). A sua participação é voluntária, sendo que o (a) senhor (a) pode se recusar a responder qualquer pergunta do questionário. O (A) senhor (a) também pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum benefício individual e a sua recusa em participar também não resultará em qualquer prejuízo na sua relação com a instituição responsável pela pesquisa, com os serviços de saúde, ou com os pesquisadores. No entanto, é de fundamental importância que todas as pessoas selecionadas participem, pois, as informações fornecidas contribuirão para a melhora do desempenho dos serviços de atenção à saúde no controle da tuberculose.

Caso tenha qualquer dúvida e seja necessário maiores informações sobre a pesquisa, pode solicitar esclarecimentos conosco: Telefone: (83) 3315.3415, Celular: (83) 8735.6760.

E-mail: taniaribeiro@ccbs.ufpb.edu.br.

Uma cópia desta declaração deve ficar com o (a) Sr. (a).
Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Campina Grande, ____, de _____ de _____.

Assinatura do entrevistado

Nome do responsável pela entrevista: _____.

Telefone: _____

Nota para entrevistadores: Se o entrevistado for analfabeto ou não for capaz de assinar seu nome, verifique se compreendeu bem os Termos de Consentimento, coloque as iniciais do nome do entrevistado no local da assinatura, escreva uma observação de que ele é analfabeto, mas compreendeu os termos e aceitou participar na pesquisa e rubrique.

Anexos



ANEXO A

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

DECLARAÇÃO

Declaramos que as alunas: **LAYANNE VERÍSSIMO FERREIRA, FERNANDA RAPHAELLY BRITO ALVES ALBUQUERQUE RAMOS, VALDENIA VERISSIMO DE LIMA e TALINA CARLA DA SILVA** participam do Programa de Iniciação Científica - UEPBCNPq, cota - 2009/2010, com a pesquisa: **AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DAS UNIDADES DE SAÚDE NA ATENÇÃO A TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB**, sob orientação da Professora Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo.

Campina Grande, 10 de novembro de 2010


UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
Prof. Dr. Antonio Roberto Faustino de Costa
Coordenador de Programas de Pós-Graduação
Matrícula: 122369-1

ANEXO B


Andamento do Projeto

http://portal2.saude.gov.br/sisnep/cep/extrato_proje...

Andamento do projeto - CAAE - 0204.0.133.000-10				
Título do Projeto de Pesquisa				
Avaliação de Desempenho das Unidades de Saúde na Atenção à Tuberculose no Município de Campina Grande/PB.				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	02/06/2010 08:52:27	21/06/2010 09:36:01		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
3 - Protocolo Aprovado no CEP	21/06/2010 09:36:01	Folha de Rosto	0204.0.133.000-10	CEP
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	02/06/2010 08:52:27	Folha de Rosto	0204.0.133.000-10	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	01/06/2010 11:40:27	Folha de Rosto	FR345319	Pesquisador

[Voltar](#)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
 PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


 Profª Dra. Loralucia Pedrosa de Araújo
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

y