



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

FERNANDA RAPHAELLY BRITO ALVES ALBUQUERQUE RAMOS

**IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE QUANTO À
ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE
NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB, 2010**

CAMPINA GRANDE/PB

2010

FERNANDA RAPHAELLY BRITO ALVES ALBUQUERQUE RAMOS

**IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE QUANTO À
ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE
NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB, 2010**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como pré-requisito para a obtenção do título de Bacharel e Licenciada em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba.

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

CAMPINA GRANDE/PB

2010

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

R175i Ramos, Fernanda Raphaelly Brito Alves Albuquerque.
Identificação dos serviços de saúde quanto à organização das ações de controle da tuberculose no município de Campina Grande/PB, 2010 [manuscrito] / Fernanda Raphaelly Brito Alves Albuquerque Ramos. – 2010.
70 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. Saúde Pública. 2. Tuberculose. 3. Epidemiologia.
I. Título.

21. ed. CDD 616.995

**FERNANDA RAPHAELLY BRITO ALVES ALBUQUERQUE
RAMOS**

**IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE QUANTO À
ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA
TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB,
2010**

Campina Grande/PB, aprovado em 16 de Dezembro de 2010.

Banca Examinadora


Prof^ª Dr^ª Tânia Maria Ribeiro M. de Figueiredo/UEPB
Orientadora


Larissa Cristina Carneiro Ribeiro - Enfermeira/ Mestranda
Membro Avaliador


Prof^ª Ms. Ardigleusa Alves Coelho/UEPB
Membro Avaliador

A DEUS, que permitiu que eu concretizasse mais uma etapa da minha vida, dando-me mais uma vitória. Obrigada por guiar a minha vida e me fortalecer em Teu caminho, Senhor.

Agradecimentos

Aos meus pais, Socorro e Fernando, pelo suporte e incentivo que sempre foi dado. Obrigada por acreditarem em mim, pelo amor de vocês e carinho - Amo vocês.

Ao meu irmão, José Fernando (Netinho), pelo apoio e amizade que existe entre nós.

Aos meus avós, Fernando e Solange, Luzia e Severino, pelo carinho e atenção.

Às minhas tias, Goretti, Maria José, Patrícia e Érika, por todo carinho e apoio.

Às minhas primas, Morjanía e Suemmey, mais que irmãs, amigas que me apóiam em todos os momentos.

Aos meus queridos amigos: Carlos, Layanne, Valdênia, Salete e Talina. Obrigada por estarem ao meu lado, pela cumplicidade e sinceridade.

À professora Catyane Maria, obrigada pelo apoio e atenção. Eternamente grata.

Ao meu namorado, Emerson, pelo cuidado, carinho e compreensão dedicados.

Às amigas que fiz em sala: Crístianny, Carol Pereira, Emmanuele e Carol Dantas.

Ao grupo de pesquisa pelo apoio em todos os momentos.

À professora Flávia Nunes, obrigada pela atenção e carinho nessa reta final.

À minha orientadora e professora, Dra. Tânia M^a Ribeiro Monteiro de Figueiredo, por ter acreditado em mim, pelo carinho, amizade, pelas oportunidades.

A todos que estiveram ao meu lado, pois são responsáveis por mais uma etapa da minha vida que se concretiza.

Agradecimento especial

Aos pacientes de tuberculose que nos propiciam, com sua colaboração, subsídios para a elaboração e desenvolvimento de um trabalho para melhorar a realização das ações prestadas pelo serviço de saúde.

*"Para realizar grandes conquistas,
devemos não apenas agir, mas também
sonhar; não apenas planejar, mas também
acreditar." (Anatole France)*

RESUMO

RAMOS, F. R. B. A. A. **Identificação dos serviços de saúde quanto à organização das ações de controle da tuberculose no município de Campina Grande – Paraíba.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2010.

Objetivo: Avaliar as características organizacionais das ações de controle da tuberculose no município de Campina Grande/PB. **Metodologia:** Estudo descritivo, inquérito de Avaliação de Serviços de Saúde, com abordagem quantitativa. Participaram da pesquisa 77 pacientes que receberam tratamento para a TB no período de Janeiro de 2009 a Maio de 2010. Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento componente do Primary Care Assessment Tool (PCAT), elaborado por Starfield (2000), adaptado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006), o mesmo foi adaptado para a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino-Netto (2006). Os dados foram analisados através do *SPSS 13* e foram transferidos para *Microsoft Excel 2007* para construção de gráficos e tabelas. **Resultados:** Com relação aos serviços que diagnosticaram TB foi possível observar que 45,5% foi realizado no Ambulatório de Referência, 35,1% em Hospitais Públicos e/ou conveniados com o SUS, 6,5% em Centros de Saúde e 1,3% em Instituições Policiais, somando-se um total de 88,4% e os serviços de Atenção primária obtiveram 7,8% do total de diagnósticos realizados. O percentual de doentes que realizaram o DOTS no município foi de apenas 37% e um total de 63% não realizaram. Em um universo de 92,6% obteve-se uma representativa de 7,4% de pacientes que realizaram tratamento para tuberculose multirresistente. Os locais utilizados pelos doentes de TB para a realização do DOTS foi que no montante de 22,2% em domicílio, 16% em UBSF/PACS, 1,2% UBS/PACS e Ambulatório de Referência, sendo 59,3% dos doentes que não referiram ou não se aplicava no quesito. **Considerações Finais:** Inúmeros fatores interpõem no processo de identificação do diagnóstico, como o acesso ao serviço de saúde, organização e estruturação do mesmo, escassez de profissionais capacitados, a falta de notificação no sistema, dentre outros, que de forma contígua interferem na não identificação, sendo falha no serviço de saúde.

Palavras Chave: Serviços de Saúde; Controle; Tuberculose.

ABSTRACT

RAMOS, F. R. B. A. A. Identification of health services in the organization of control of tuberculosis **in the city of Campina Grande – Paraíba**. Work of Conclusion of Course (Bachelor and Teaching Degree in Nursing). State University of Paraíba, Campina Grande, 2010.

Purpose: This study aimed to evaluate the organizational characteristics of control of tuberculosis in the city of Campina Grande, PB. **Methodology:** Descriptive study, inquiry evaluation of Health Services, with a quantitative approach. Were evaluated 77 patients who received treatment for TB between January 2009 and May 2010. The data collection was used with a component of the Primary Care Assessment Tool (PCAT), developed by Starfield (2000), adapted and validated to Brazil by Almeida and Macinko (2006), it was adapted for TB care by Villa and Ruffino-Netto (2006). Data were analyzed with *SPSS 13* and transferred to *Microsoft Excel 2007* for construction of graphs and tables. **Results:** About the Health Services which diagnosed TB was possible to observe that 45.5% were realized in Clinic of Reference; 35.1% in public hospitals and / or contracts with the SUS; 6.5% in health centers and 1, 3% in police institutions, adding to a total of 88.4% and primary care services had a representative of 7.8% of all diagnoses accomplished. The percentage of patients who underwent to the DOTS in the city were only 37% and a total of 63% did not. In a universe of 92.6%, had a representative of 7.4% of patients who underwent the treatment for multidrug-resistant tuberculosis. The places used to realize the DOTS by the TB patients were the amount of 22.2% at home; 16% at UBSF / PACS; 1.2% at UBS / PACS and Clinic of Reference; and 59.3% of the patients who did not report or did not apply in the inquiry. **Conclusions:** Several factors interposed in the identification process of diagnosis, such as the access to Health Services, organization and structure of that, lack of trained professionals, lack of notification in the system, among others, that in a contiguous way interfere with the no identification, being a fault in the Health Service.

Key words: Health Services; Control; Tuberculosis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Grupo de risco para resistência adquirida de TBMDR	25
Figura 2 - Medicamentos anti-TB.	27
Figura 3 – Percentual de doentes que realizaram o DOTS no município de Campina Grande/PB, 2010.....	39
Figura 4 – Percentual de doentes que realizam tratamento TBMDR no município de Campina Grande/PB, 2010	41
Figura 5 – Locais utilizados pelos doentes de TB para a realização do DOTS no município de Campina Grande/PB, 2010	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Principais fatores relacionados à resistência à medicamentos anti-TB.....26

Tabela 2 – Esquema terapêutico padronizado para casos de TBMR confirmados e prováveis.....28

Tabela 3 – Serviços que diagnosticaram casos de tuberculose no município de Campina Grande/PB, 201037

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AMBRF – Ambulatório de Referência

APS - Atenção Primária à Saúde

BK – Bacilo de Koch

DOTS - Directly Observed Treatment Short Course

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HIV - Human Immunodeficiency Virus/Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

MR – Multirresistência

NASF – Núcleo de Apoio à saúde da família

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNASS - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde

PNCT – Plano Nacional de Controle da Tuberculose

PSF – Programa de Saúde da Família

SS – Serviços de Saúde

SR – Sintomáticos Respiratórios

STOP – TB – Pare a TB

SUS – Sistema Único de Saúde

TB – Tuberculose

TBMDR – Tuberculose Multidrogarresistente

TS – Tratamento Supervisionado

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

WHA - Assembléia Mundial de Saúde

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo geral:	21
3 REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1 Aspectos Clínicos da Tuberculose	22
3.2 Tuberculose Multidrogarresistente (TBMDR)	23
3.2.1 Drogas anti-tuberculose	27
3.2.2 Esquema terapêutico padronizado para casos de TBMR confirmados e prováveis	28
3.3 Estratégia DOTS	29
3.4 Avaliação dos serviços de saúde na atenção à tuberculose	30
4 METODOLOGIA	33
4.1 Percurso Metodológico	33
4.2 Cenário de Estudo	33
4.3 Sujeitos do Estudo	34
4.5 Coleta de Dados	34
4.6 Período Coleta de Dados	34
4.7 Análises dos dados	35
4.8 Posicionamento Ético	35
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
A. IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE QUE DIAGNOSTICARAM CASOS DE TUBERCULOSE	37
B. PERCENTUAL DE DOENTES QUE REALIZARAM O DOTS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB	39
C. PERCENTUAL DE DOENTES QUE REALIZAM TRATAMENTO TBMDR NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB.	41
D. LOCAIS UTILIZADOS PELOS DOENTES DE TB PARA A REALIZAÇÃO DO DOTS	43
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45

7 REFERÊNCIAS	46
APÊNDICES	52
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS	53
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	67
ANEXOS	68
ANEXO A	69
ANEXO B	70

APRESENTAÇÃO

O presente projeto de pesquisa faz parte de um estudo intitulado “Avaliação de Desempenho das Unidades de Saúde na Atenção a Tuberculose no Município de Campina Grande – PB”, de caráter cooperativo e multidisciplinar, o qual foi apresentado ao PIBIC (Programa de Iniciação Científica da UEPB), Edital 01/2009 – PRPGP/UEPB (ANEXO B), desenvolvido por quatro alunas da graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), tendo como base o Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas (NEPE) apresentando como cenário de estudo o município de Campina Grande/PB. O projeto foi coordenado e orientado pela Prof.^a Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, lotada no Departamento de Enfermagem da UEPB e pesquisadora do NEPE/UEPB.

1 INTRODUÇÃO

Desde a antiguidade, a partir de relatos históricos datados de aproximadamente cinco mil anos, já haviam evidências de achados de casos de tuberculose (TB) em lesões ósseas em esqueletos (ROBERTS; BUIKSTRA, 2007). Considerada no rol das patologias de relevância, a TB ganha destaque no âmbito da saúde pública devido a sua magnitude epidemiológica e forte estigma, excluindo socialmente os portadores dessa doença. Apenas no ano de 1882 o bacilo causador da doença, denominado *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK), foi descoberto pelo médico alemão Robert Koch (HIJJAR, 2007; MELO, 2001).

Na atualidade, em escala mundial, são estimados por dia 25 mil casos de tuberculose; por ano 9,2 milhões de casos novos, em que 4,1 milhões são de casos bacilíferos e 0,5 milhões de multidrogarresistentes, chegando até quase 2 milhões de óbitos (WHO, 2009). Tem-se por justificativas através desses números relevantes, questões ligadas intimamente às condições de vida, surgimento da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e envelhecimento populacional. Ainda de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 100 milhões de pessoas são infectadas pelo bacilo de TB (BRASIL, 2009).

Dados demonstram que 80% do total da carga global estimada de casos notificados de TB está concentrada em 22 países. O Brasil encontra-se nesse ranking e passou da 18^o para a 19^o posição em março de 2010 (BRASIL, 2010a), entretanto, a incidência dessa patologia ainda permanece elevada no país. Entre os anos de 2007 e 2008 ocorreu uma redução, no entanto, de forma lenta passando de 38,1 para 37,4 a cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2010a).

A tuberculose é uma doença que tem cura. No Brasil, a taxa de mortalidade é cerca de 5,1% dos casos diagnosticados, sendo seu percentual de cura de 77% e a taxa de abandono 9% (WHO, 2008). No país, a TB apresenta-se como a 4^a causa de mortalidade; a 9^a causa de internações por doenças infecciosas; e o 7^o lugar em gastos com internação, apesar de seu tratamento ser ambulatorial (SÃO PAULO, 2006).

Dentre as regiões do país, as que concentraram maior incidência no ano de 2007, respectivamente, foram a Norte, Sudeste e Nordeste. Em 2009, o Estado da

Paraíba obteve uma taxa de incidência de 28/100.000 habitantes, TB bacilífera de 22,5/100.000 habitantes e mortalidade de 1,7%. No município de Campina Grande a incidência mostra um percentual de 29,4% e 1,8% para óbitos (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA, 2009, BRASIL, 2010b).

Devido à dimensão da problemática em tese, foi reconhecida através da 44ª Assembléia Mundial de Saúde (WHA) a relevância da TB como problema de saúde pública (WHO, 2002a), em que foram lançadas metas para detectar 70%, pelo menos, dos casos novos de bacilíferos para a realização do tratamento com perspectiva de sucesso, 85%, desses casos até o ano 2000 (WHA, 1991). Então, no ano de 1993, a TB foi classificada com situação de urgência mundial e houve a implantação da Estratégia DOTS – Directly Observed Treatment Short-course (Estratégia do Tratamento Supervisionado da Tuberculose) (WHO, 2009), sendo utilizado como uma proposta de intervenção para aumentar a probabilidade de cura dos doentes em função do tratamento assistido (BRASIL, 2009).

No ano de 2006 foi lançada a estratégia STOP TB partnership (Parceria Pare a TB) como tática mais efetiva para o controle da doença, tendo como meta reduzir o ônus global da tuberculose até 2015, possibilitando o acesso universal ao diagnóstico de alta qualidade; proteção às populações com menor poder aquisitivo (representando as mais vulneráveis); assim como traçar um plano de ações para casos de co-infecção TB/HIV e tuberculose multidrogarresistência (TBMDR) (WHO, 2006). O STOP TB foi consolidado a partir da parceria de agências internacionais científicas, como a própria WHO.

O Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) foi criado em 1999 pelo Ministério da Saúde (MS) a fim de seguir as diretrizes da OMS, sendo integrado à rede de serviços de saúde e executado pelas três esferas (federal, estadual e municipal), oferecendo um serviço universal à população, garantindo medicação gratuita e medidas de caráter preventivo para o combate à doença (SILVEIRA, 2009).

A Atenção Básica (AB) é caracterizada por um conjunto de ações que são amplificadas tanto em aspecto individual quanto coletivo, no qual os serviços de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde são incluídos na prestação dos serviços de

saúde (BRASIL, 2005a). Segundo Venâncio (2008) os cuidados considerados essenciais para a promoção e proteção da saúde das populações são os cuidados primários, os quais se realizam através de métodos e tecnologias práticas, exigindo ações intersetoriais e interdisciplinares, antecipando e evitando agravos à saúde. Tais ações devem contemplar setores socioeconômicos, saneamento, educação, além do fornecimento de medicações e garantia de acesso aos serviços de saúde.

De acordo com Castillo (2009), a sociedade refletia uma alusão de que o problema da tuberculose estaria sob controle, sendo negligenciado pelas políticas públicas durante um longo período de tempo. Tal cenário poderia ser minimizado através de uma maior atenção das autoridades e população; disponibilidade de recursos e ampliação em pesquisas científicas.

Dado o quadro epidemiológico da TB ainda apresentar-se relevante, representando um desafio para o sistema de saúde tanto em aspecto nacional quanto internacional, esta doença torna-se elemento de investigação, ampliando discussões para avaliação efetiva dos serviços de saúde. Por este motivo, observou-se a necessidade de identificar os serviços no que concerne à organização das ações realizadas quanto ao controle da TB no município de Campina Grande/PB, sendo escolhidas Unidades de Saúde neste, permitindo direcionar estratégias que venham a amenizar o problema social da patologia, contribuindo para a efetividade no seu combate e em suas múltiplas dimensões para levar a resultados significativos e rápidos à população.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

- Avaliar as características organizacionais das ações de controle da TB no município de Campina Grande/PB.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Aspectos Clínicos da Tuberculose

A tuberculose é uma patologia de caráter infecto-contagioso, de evolução lenta, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado bacilo de Koch (BK), uma bactéria que tem por seu meio de propagação as vias aéreas através de gotículas, as quais contêm os bacilos e são expelidos por um doente com tuberculose pulmonar quando este tosse, fala ou espirra, sendo uma transmissão inter-humana (TARANTINO, 2008; DE LAVOR, 2008; BRASIL, 2008).

A TB se inicia a partir do momento em que um indivíduo suscetível inala micro-bactérias, transmitidas pelas vias aéreas até os alvéolos, onde são depositadas e começam a multiplicar-se, tornando-se infectado. O sistema imunológico humano aciona uma resposta dando início a uma reação inflamatória, que, em geral, ocorre duas a dez semanas após o contato inicial. A doença ativa pode desenvolver-se em virtude de uma resposta inadequada ou comprometida do sistema imune. Aproximadamente 10% das pessoas que estão inicialmente infectadas desenvolvem a doença ativa. Alguns indivíduos podem desenvolver a TB por reativação, também conhecida como TB adulto, que resulta de uma ruptura das defesas do hospedeiro, esta ocorrerá com maior frequência nos pulmões, podendo acometer em outros órgãos (SMELTZER *et al*, 2009). A TB apresenta como sintomatologia tosse produtiva ou seca com duração de mais de três semanas, febre baixa vespertina, fadiga, sudorese noturna, anorexia e perda de peso (SMELTZER *et al*, 2009).

O exame bacteriológico direto do escarro ou baciloscopia é o principal método para a confirmação do diagnóstico da TB, o qual identifica a maioria dos casos bacilíferos, sendo um método simples, rápido e de baixo custo que detecta de 70 a 80% dos casos pulmonares, mediante exame clínico, raios-x, associado a exames laboratoriais que demonstram a presença do bacilo em materiais biológicos. (BRASIL, 2002).

É comum encontrar achados de casos de TB entre locais com aglomeração, alojamentos em condições precárias, pobreza e cuidados de saúde inadequados (SMELTZER *et al*, 2009).

3.2 Tuberculose Multidrogarresistente (TBMDR)

A multirresistência (MR) da TB é um fenômeno biológico iatrogênico que ocorre a partir da aplicação inadequada dos regimes terapêuticos de curta duração, desta forma, a correta aplicação dos tratamentos chamados de primeira linha e de curta duração são estratégias de prevenção (DALCOLMO *et al*, 2007).

A TBMR está presente em 63 dos 72 países que participaram do inquérito mundial realizado no período de 1994-1999. Caso a gravidade deste quadro não se reverta, teme-se que, até 2020, um bilhão de pessoas sejam infectadas, 200 milhões adoeçam e 35 milhões possam chegar a óbito (HIJJAR, OLIVEIRA, TEIXEIRA, 2001). Segundo a OMS (2008) entre 2000 e 2007, houve um aumento de 65% de casos de TBMDR. Em 2005, as taxas de TBMDR primária e adquirida foram, respectivamente, de 2,9% e de 15,3%. Foram cerca de 500.000 casos ocorridos e, desses, apenas 30.000 (8,5%) dos pacientes afetados por essa forma de doença recebeu diagnóstico e 5% destes segue em tratamento de acordo com as suas diretrizes.

A cultura bacteriológica é indicada para os casos suspeitos de resistência bacteriana às drogas anti-tuberculose, seguida do teste de sensibilidade. Este é utilizado para detectar a sensibilidade das bactérias, que tanto pode ser utilizado para fornecer informações úteis para a definição do esquema terapêutico de um indivíduo como para o planejamento das estratégias de tratamento em grande escala. Além disso, o monitoramento da resistência é um importante indicador da efetividade de um programa de controle da tuberculose (CAMPOS, 1999).

Nos Estados Unidos, a forma de tuberculose com bacilos resistentes à rifampicina e isoniazida foi conceituada MDR-TB (Multidrug Resistant Tuberculosis) e foi universalmente aceita (Tuberculose Multidrogarresistente) entre os anos de 1982 e 1986 (SANTOS e SANTOS, 2007).

As principais problemáticas que impedem o controle efetivo da TB são: abandono do tratamento e emergência de bacilos resistentes, principalmente à isoniazida e à rifampicina. (SANTOS e SANTOS, 2007).

Em âmbito internacional a MR pode ser definida como resistência à rifampicina e isoniazida. Entretanto, no Brasil optou-se por definir a MR como qualquer forma clínica da doença na qual o exame bacteriológico detecta resistência 'in vitro' a, pelo menos, rifampicina, isoniazida e a mais uma ou mais das drogas componentes dos esquemas I (rifampicina, isoniazida e pirazinamida) ou III (estreptomicina, etambutol, pirazinamida e etionamida) (CAMPOS, 1999).

A TBMDR, possivelmente, não é fruto de um único evento, ou seja, é o resultado da acumulação de diferentes mutações independentes. Dessa forma, sob o ponto de vista terapêutico, se utilizados os esquemas adequados de maneira correta, não há ameaça significativa ao futuro imediato da quimioterapia de curta duração, podendo a questão da MR ser auto-limitante (CAMPOS, 1999).

A tuberculose MR reflete a acumulação de etapas de mutações individuais de diversos genes independentes (HEYM *et al*, 1994). Quanto maior a população bacteriana, maior a chance de haver bacilos resistentes antes do início da quimioterapia. Acredita-se que quando a resistência surge durante a quimioterapia, isso se deve à seleção e multiplicação de mutantes resistentes, pré-existentes nas populações das lesões (CAMPOS, 1999).

Segundo Campos (1999) conceitualmente existem duas situações em que podemos elucidar a resistência bacteriana da tuberculose na qual um paciente diagnosticado como portador inicia o tratamento quimioterápico:

Resistência primária: portador de *M. tuberculosis* que, desde o processo de infecção, já eram resistentes a uma ou mais drogas ou que só realizaram durante, pelo menos, um mês, e que têm bacilos resistentes a uma ou mais drogas anti-tuberculose.

Resistência adquirida: pode ter suas lesões colonizadas por bacilos que adquiriram resistência durante o tratamento. Esta se apresenta como um indicador sensível para avaliar se tanto o médico como o paciente segue as recomendações

padronizadas para o tratamento da doença. Essa forma de resistência depende do uso prévio de drogas anti-tuberculose, ou seja, pacientes que tiveram tratamento anterior podem ser conjugados em um grupo de risco em que a resistência é mais elevada. Esse grupo inclui quatro tipos de doentes discriminados a partir da figura abaixo:

- **Pacientes nos quais houve falência do tratamento, isto é, eram bacilíferos no início da quimioterapia e assim permaneceram, ou repositivaram a partir do quinto mês de tratamento;**
- **Pacientes que voltaram a ser bacilíferos após terminar o tratamento e terem tido alta por cura (recidiva);**
- **Pacientes que interromperam o tratamento por mais de dois meses após terem recebido os remédios por pelo menos um mês e que retornam com exame positivo;**
- **Pacientes que continuam positivos após completarem esquema de retratamento (crônicos)**

FIGURA 1: Grupo de risco para resistência adquirida

FONTE: CAMPOS, Boletim de Pneumologia Sanitária, 1999

Quando o caso de MR é confirmado, deve-se notificar o caso com o preenchimento da Ficha de Notificação de Caso de TBMR, a partir do resultado da cultura e do teste de sensibilidade aos medicamentos, avaliando em conjunto com a história terapêutica do paciente. Todo paciente após alta por cura deve ser acompanhado (clínica, radiografia torácica e cultura de escarro), pois há um risco de recidiva (BRASIL, 2007).

Alguns fatores podem estar intimamente relacionados à resistência dos bacilos a medicamentos anti-TB, de acordo com o Guia de Vigilância (BRASIL, 2007. p. 23), conforme a tabela abaixo:

TABELA 1 – PRINCIPAIS FATORES RELACIONADOS À RESISTÊNCIA À MEDICAMENTOS ANTI-TB	
Utilização inadequada dos medicamentos:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Falta de adesão do paciente ao tratamento ○ Irregularidade no uso das medicações temporária ou definitivamente (abandono); ○ Uso incorreto das medicações gerando sub-doses das mesmas.
Absorção intestinal deficiente dos medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> ○ Em algumas comorbidades, como: síndromes disabsortivas, parasitoses e AIDS, por exemplo.
Prescrição inadequada dos medicamentos pela equipe de saúde que:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Não suspeita de resistência primária, por avaliação inadequada da história de contatos; ○ Desconhece ou não usa os esquemas padronizados; ○ Utiliza esquemas com múltiplos medicamentos e o bacilo é sensível a apenas um; ○ Adiciona medicamentos a esquemas falidos, de forma arbitrária, sem teste de sensibilidade e uma boa história terapêutica.
Falta ou falhas na provisão e distribuição dos medicamentos padronizados	
Falhas na organização do Programa de Controle da Tuberculose (PCT).	

FONTE: Guia de Vigilância (BRASIL, 2007. P. 23).

3.2.1 Drogas anti-tuberculose

Alguns medicamentos discriminados na figura abaixo são alternativas para o tratamento da TBMDR.



FIGURA 2 – Medicamentos anti-TB

FONTE: Guia de Vigilância Epidemiológica – Tuberculose Multirresistente, 1ª edição, p. 26, 2007.

A partir de estudos que foram apoiados e financiados pelo Ministério da Saúde, foram desenvolvidos esquemas alternativos para o tratamento de TBMDR no Brasil, com a aplicação de um esquema de cinco medicamentos e utilizado por dezoito meses. Tal esquema era composto por Clofazimina, Etambutol, Ofloxacino, Terizidona e Amicacina. Entretanto, o uso da Clofazimina foi descontinuado para o tratamento da MR para o uso exclusivo da Hanseníase a partir de recomendações da OMS (2005) para a erradicação desta no mundo (BRASIL, 2007).

3.2.2 Esquema terapêutico padronizado para casos de TBMR confirmados e prováveis

A tabela abaixo representa o esquema terapêutico padronizado para casos de TBMR confirmados e prováveis, de acordo com o peso para a posologia diária e o tempo de duração do tratamento (BRASIL, 2007. p. 29).

Medicamento	Posologia por dia	Tempo de uso
Amicacina	Peso < 60 kg = 500 mg Peso > 50 kg = 1000 mg	12 meses
Terizidona ou Cicloserina	Peso < 50 kg = 500 mg Peso > 50 kg = 750 mg	18 meses
Ofloxacino	Peso < 40 kg = 400 mg Peso > 40 kg = 800 mg	18 meses
Etambutol	Peso < 45 kg = 800 mg Peso > 45 kg = 1.200 mg	18 meses
Pirazinamida	Peso < 45 kg = 1.000 mg Peso > 45 kg = 1.500 mg	6 meses

TABELA 2:Resumo do esquema

FONTE: BRASIL, 2007. p. 29

3.3 Estratégia DOTS

O DOTS (sigla em inglês para Estratégia do Tratamento Supervisionado da Tuberculose) é uma proposta de intervenção recomendada internacionalmente que aumenta a probabilidade de cura dos doentes em decorrência da garantia do tratamento assistido, contribuindo para a interrupção da doença, sendo um método multifacetado de terapêutica que inclui a ingestão observada dos comprimidos, o compromisso da comunidade e do Governo, a detecção dos casos por observação microscópica da expectoração, assim como o fornecimento de fármacos (BRASIL, 2004).

Desde a implantação do DOTS em 1993 no mundo pela OMS, apenas em 1998 foi adotado no Brasil através do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, tendo como finalidade a garantia do tratamento assistido, contribuindo para a interrupção da transmissão da cadeia da doença, aumentando a probabilidade de cura (RUFFINO-NETTO; VILLA, 2006). Tal estratégia, DOTS, é regularizada por cinco pilares, segundo a Organização Panamericana de Saúde - OPAS (OPAS, 1997):

1. Detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios que demanda 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 informação que assegure a avaliação do tratamento;
5. Compromisso do governo colocando o controle da tuberculose como prioridade entre as políticas de saúde.

O DOTS apresenta as seguintes metas: notificar mais de 70% de casos novos BAAR (Bacilo Ácido Resistente) e cura de 85%; reverter regionalmente a incidência de TB e diminuir em 50% a sua mortalidade e prevalência até 2015 em relação à década de 90 (OPAS, 2006).

Em praticamente 100% dos casos, a TB é curável, embora seja uma patologia grave. Entretanto, a cura só é possível se o tratamento adequado for seguido de

forma correta, visto este ser prolongado devido a múltiplas drogas e efeitos adversos, no qual exige um compromisso e disciplina do doente para aderi-lo de forma correta, representando um desafio para os programas de controle da TB com a tomada de medicações preconizadas por esquemas pelo MS por, no mínimo, seis meses (BRASIL, 2002). Uma vez iniciado o tratamento, os bacilos perdem seu poder infectante em poucos dias, havendo a diminuição do fator morbimortalidade, impedindo o surgimento de cepas resistentes, quebrando a cadeia de transmissão (BRASIL, 2002).

Com a perspectiva de sistematizar os serviços de saúde, a estratégia do Tratamento Supervisionado (TS – DOTS) propõe a integração do cuidado de saúde primária, além de uma contínua adaptação de reformas dentro dos setores de saúde (FIGUEIREDO *et al* 2009).

3.4 Avaliação dos serviços de saúde na atenção à tuberculose

A atuação em saúde busca uma abertura mais ampla no que concerne à melhoria da qualidade dos serviços de saúde no decorrer da história. As práticas de saúde constituem elementos de avaliação nas suas múltiplas dimensões: o cuidado individual; níveis mais complexos de intervenção e organização, como as políticas, programas, serviços e sistemas de saúde (SILVA, 1994).

A avaliação se constitui como uma das ferramentas que agregam e dão suporte nessa melhoria e a todo instante necessita se adequar ao cotidiano dos serviços, podendo ser encarada em alguns momentos como um artifício negativo quando visa apenas um julgamento do que é proposto. Avaliar faz parte de um julgamento de valor a respeito das intervenções ou qualquer um dos componentes que estejam presentes nas mesmas, comparando recursos, estrutura, processo e resultados obtidos, este julgamento pode resultar da aplicação de normas e critérios (HARTZ, 1997).

A porta de entrada para a resolubilidade de problemas voltados à saúde é a Atenção Primária à Saúde (APS) ou nível primário de atenção à saúde e tem como prioridade a prevenção. O sistema de saúde no Brasil preconiza os serviços de saúde em uma perspectiva hierarquizada, em que a APS atua na resolução dos

problemas de saúde da população e dispõe de uma equipe multiprofissional atuante que: conhece mais intimamente a população adscrita e sua realidade local para desenvolver um diagnóstico situacional e desta forma eleger suas necessidades e peculiaridades para o planejamento de estratégias mais eficazes e resolutivas.

Na concepção de Starfield (2002, p.28) a atenção primária:

Aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando a mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a respostas das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

Em 2006, a TB foi inserida na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de acordo com a perspectiva do Programa de Saúde da Família (PSF), possuindo instrumentos que permitem a monitorização e avaliação dos indicadores (SCATENA *et al.* 2008). É de competência da Atenção Básica de Saúde (ABS) as ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) para melhorar o acesso ao diagnóstico e tratamento da doença (OMS, 2005).

O objetivo da avaliação dos serviços de saúde (SS) é constatar a efetividade e os resultados das intervenções, para que, a partir delas, contribuir na tomada de decisões e reorganização das ações avaliadas e produzir interações no enfrentamento das situações e problemas identificados, almejando o benefício final que é o usuário/cliente do serviço/programa ou o projeto que solicita a avaliação (TANAKA e MELO, 2000).

Dessa maneira, para avaliar a qualidade desses serviços, reúne-se uma tríade de conceitos fundamentais: estrutura, processo e resultado, propostas por Donabedian (1996).

- **Estrutura:** Recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Inclui financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada;

- **Processo:** Envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo;
- **Resultado:** Produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

O contexto que envolve a avaliação como ferramenta essencial para a qualidade de vida da população, se apresenta como uma das etapas para reconhecer a necessidade de um atendimento adequado dentro dos serviços. Desta forma, 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, por exemplo, incentivar a cultura avaliativa dos gestores; ser instrumento de apoio à gestão do Sistema Único de Saúde (SUS); aferir satisfação do usuário do SUS; identificar oportunidades e possibilidades de melhoria e disponibilizar os resultados para conhecimento público; (BRASIL, 2005a).

4 METODOLOGIA

4.1 Percurso Metodológico

A pesquisa teve como eixo metodológico um estudo descritivo, inquérito de Avaliação de Serviços de Saúde, com abordagem quantitativa, tendo como dimensões da AB: porta de entrada e acesso. A avaliação do desempenho dos serviços de AB no controle da TB foi realizada a partir da utilização do referencial teórico - metodológico das categorias básicas da avaliação da qualidade de Serviços de Saúde: estrutura-processo-resultado propostas por Donabedian (1996), Starfield (2002), Tanaka e Melo (2004), Hartz (2005). Levando em consideração a heterogeneidade dos modelos de organização das práticas nos SS com estratégia DOTS implementadas há mais de cinco anos.

4.2 Cenário de Estudo

Elegeu-se o município de Campina Grande – PB como local do estudo em função de ser um dos municípios prioritários para a TB e, o segundo maior do Estado, localizado no agreste paraibano, com área territorial de 599,6 Km² e cuja população é de 383.767 habitantes (IBGE/2009), o qual possui um sistema de saúde com condições de oferecer o atendimento pelo SUS, dada a fragilidade dos sistemas locais de saúde dos demais 223 municípios paraibanos. Campina Grande foi um dos primeiros 14 municípios brasileiros que implantou o Programa Saúde da Família em 1994 com 05 (cinco) equipes (PROJETO DE IMPLANTAÇÃO, 1994). A cidade possui um sistema de saúde composto por 92 equipes de Saúde da Família, 19 hospitais, 06 Distritos Sanitários, uma Unidade Básica de Saúde (UBS), e 09 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 01 Ambulatório de Referência (AMBRF) em TB, situado no Serviço Municipal de Saúde, dispondo de uma equipe multiprofissional para realizar as ações de controle da doença, além de 03 Centros de Referência de Saúde.

4.3 Sujeitos do Estudo

O universo estudado contemplou 108 doentes de TB com idade igual ou superior a 18 anos; residentes no município de Campina Grande/PB e que realizaram tratamento nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF-PACS), Ambulatório de Referência e Centros de Saúde no período de Janeiro de 2009 a Maio de 2010. No entanto, apenas 77 destes participaram da entrevista e 31 doentes ficaram impossibilitados de participar devido às seguintes peculiaridades: mudança de endereço, fora de área de abrangência e recusa de participação da entrevista. Foram excluídos do estudo doentes em estado de regime prisional.

4.5 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada através do instrumento (formulário) componente do Primary Care Assessment Tool (PCAT), elaborado por Starfield (2000), adaptado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006), o mesmo foi adaptado para a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino-Netto (2006) (APÊNDICE A) aplicado aos doentes de TB adequado para as ações de controle da doença, sendo, desta forma, englobadas fonte primária e secundária. Para os dados primários foi aplicado o questionário composto por 82 perguntas para os doentes de TB conforme critérios já apresentados anteriormente, sendo para este estudo selecionadas 04 (quatro) questões, a saber, 7b; 8; 10 e 12b com 77 doentes de TB no PSF/PACS, AMBRF e/ou no domicílio do doente, além da utilização dos prontuários para coleta de informações.

4.6 Período Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de Março a Outubro de 2010.

4.7 Análises dos dados

Os dados foram analisados através do *SPSS. 13* e posteriormente transferidos para *Microsoft Excel 2007* para construção dos gráficos e tabelas. A revisão bibliográfica foi realizada através da leitura de artigos, dissertações, livros, revistas científicas e manuais do Ministério da Saúde referentes à temática.

4.8 Posicionamento Ético

O estudo seguiu as diretrizes emanadas da Resolução 196/96 de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e suas complementares, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa.

Para garantir a legitimidade das informações coletadas, foi apresentado aos doentes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNCIDE B) para referendar suas participações na pesquisa, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da UEPB (ANEXO A).

Foi garantido o sigilo de informações confidenciais e o anonimato em qualquer forma de divulgação dos resultados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A TB não deve ser apenas vista sob o aspecto biológico, mas atentar também para a contextualização do campo social, já que a doença é intimamente ligada a aspectos socioeconômicos, como: desnutrição, habitação inadequada e dificuldade de acesso a serviços de saúde, os quais são indicadores para o adoecimento por TB. A maioria dos doentes participantes do estudo é do sexo masculino (63,6%), sendo do sexo feminino (36,4%), e, a partir de estudos realizados, pode-se referir que os homens têm maior risco de adoecer por TB do que as mulheres, o que pode ter relação com o estilo de vida desta população, prevalecendo a incidência no sexo masculino (ARAKAWA *et al*, 2009).

No que tange à faixa etária mais atingida, conforme resultados obtidos, foi: de 18 a 28 anos (32,4%); 29 a 39 anos (32,4%); 40 a 50 anos (14,5%) e acima de 51 anos (20,6%). Os doentes diagnosticados em TB neste estudo, em sua maioria, possuem baixa escolaridade (68,8%); sem escolaridade e maior grau de escolaridade apresentaram índices de 13% e 18,2%, respectivamente.

A. IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE QUE DIAGNOSTICARAM CASOS DE TUBERCULOSE

Ambulatório de Referência	45,5%
Hospitais Públicos e/ou conveniados com o SUS	35,1%
Serviços de Atenção Primária	7,8%
Serviços Particulares	6,5%
Centros de Saúde	2,6%
Instituições Policiais	1,3%

TABELA 3: Serviços que diagnosticaram casos de TB, 2010.

FONTE: Instrumento da Pesquisa – Avaliação do desempenho das Unidades de Saúde na atenção à tuberculose no município de Campina Grande/PB, 2010.

Observa-se na Tabela 3 que os serviços que diagnosticaram casos de TB foram principalmente em locais de nível secundário e terciário (Ambulatórios de referência e Hospitais), somando-se 80,6% do total dos diagnósticos realizados. Os serviços de AP obtiveram uma representativa de 7,8%.

Esses dados sugerem que os doentes de TB do município de Campina Grande/PB não têm conseguido o diagnóstico precoce na Porta de Entrada do Sistema de Saúde.

De acordo com os dados obtidos, pode-se verificar que uma quantidade excessiva de doentes não foram diagnosticados nos serviços de AP, porém em níveis de atenção secundária e terciária, o que leva a conjecturar que essa realidade seja pela deficiência da busca ativa dos sintomáticos respiratórios (SR), que por sua vez leva o doente a procurar os serviços de atenção de nível secundário e terciário quando a doença se apresenta bem evoluída, acarretando o diagnóstico tardio, visto

que a queixa de tosse é comumente desvalorizada pelo profissional de saúde e confundida, de maneira errônea, como um sintoma de gripe comum ou de resposta ao tabaco, se for o caso (MUNIZ *et al.*, 2005). Uma problemática relevante para o não diagnóstico de muitos casos de tuberculose é a questão do acesso aos serviços de saúde e a qualificação dos profissionais de saúde com relação à atenção aos sintomáticos respiratórios (MUNIZ *et al.*, 2005).

O motivo pelo qual o doente procura o serviço hospitalar para atendimento com sintomas de TB representa uma diminuição no tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico da doença (DÍEZ *et al.*, 2005). A valorização de ações curativas demonstra a fragmentação da atenção em saúde que supervaloriza a especialidade, comprometendo às questões voltadas à promoção e prevenção da saúde (OLIVEIRA, 2006).

A maior parte dos diagnósticos dos doentes foi realizada em redes públicas de saúde, totalizando 92,3%, sendo apenas 6,5% em serviços privados, o que demonstra ainda uma característica de que a TB é uma patologia predominante em populações mais pobres (YIMER *et al.*, 2005).

Dentre outros fatores já apontados, a possibilidade de os doentes não buscarem a assistência em saúde pode estar diretamente relacionada ao estigma e preconceito à doença e descrédito nos serviços públicos de saúde (LÖNNROTH *et al.*, 2001; THORSON *et al.*, 2004).

De acordo com uma pesquisa realizada na cidade de São Paulo, algumas situações são tidas como geradoras de medo e vergonha dos doentes de TB, à exigência para a circulação de máscara nos serviços, caracterizando os usuários de “tuberculosos”, permitindo, de maneira explícita, que a doença é de alta periculosidade e alta letalidade à comunidade (SANCHÈZ, 2007).

B. PERCENTUAL DE DOENTES QUE REALIZARAM O DOTS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB

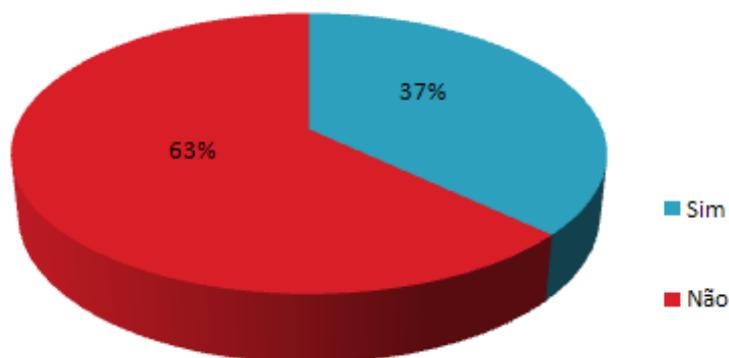


FIGURA 3 - Percentual de doentes que realizaram o DOTS no município de Campina Grande/PB, 2010.

FONTE: Instrumento da Pesquisa – Avaliação do desempenho das Unidades de Saúde na atenção à tuberculose no município de Campina Grande/PB, 2010.

De acordo com a Figura 1, apenas 37% dos doentes de TB realizaram Tratamento Supervisionado – DOTS e 63% o Tratamento Auto-administrado (TAA), ou seja, mesmo com a implantação do Tratamento Diretamente Observado no município, há ainda um número relevante de doentes que não aderiram a essa prática benéfica para o tratamento de TB. Pode-se levar em consideração a justificativa do estigma e a não aceitação da patologia por parte dos doentes, refletindo assim na resistência ao tratamento e baixa adesão ao mesmo.

O TS ainda não se apresenta como uma realidade freqüente no município, pois foi aderido por uma minoria dos doentes, sugerindo aos gestores a disponibilização de recursos e incentivos necessários para a viabilização de tais ações para implementar o DOTS, aumentando o percentual de cura e reduzindo os índices de abandono, estes que apresentam elementos que influenciam negativamente na adesão, como o número de medicamentos, efeitos colaterais e a longa duração do tratamento.

O sucesso da manutenção de altas taxas de adesão ao tratamento acontece em decorrência do DOTS além do comprometimento dos profissionais de saúde em manter uma comunicação apropriada com os doentes (MISHRA *et al.*, 2006). Um fato que corrobora que o Tratamento Supervisionado não se limita à observação da ingestão de medicação é que amplia o espectro para a escuta e compartilhamento de necessidades (BERTOLOZZI, 2005).

O profissional de saúde pode aproveitar o momento do TS para desmistificar a doença e auxiliá-lo no processo de saúde-doença (BERTOLOZZI, 1998), permitindo o vínculo entre profissional de saúde e o doente.

Tendo em vista a alta incidência da doença, o TS deve ser indicado a todos os doentes, indiscriminadamente, entretanto, alguns estudos apontam que os serviços oferecem o TS a pacientes denominados “difíceis”, os que apresentam alto risco de abandono, como os alcoolistas, usuários de drogas, os recidivantes e os que abandonaram o tratamento anteriormente (TERRA, 2007). Segundo o PCT é preconizado que o TS é prioritário apenas nos dois primeiros meses de tratamento, devendo ser desenvolvido durante toda a semana, necessitando do apoio da família para a continuidade do tratamento nos finais de semana, sendo nos últimos quatro meses a supervisão ao menos uma vez por semana (Organización Mundial de la Salud, 1997; RUFFINO NETTO, VILLA, 2006).

Outro fator que se pode elencar é a baixa cobertura da atenção básica e diferenças na qualidade da assistência prestada (FUNDO GLOBAL, 2009). A falta de sensibilização e capacitação profissional, a rotatividade de profissionais, e os altos índices de abandono constituem nos principais obstáculos que ainda devem ser superados para o efetivo controle da doença e a adesão ao tratamento (SÀ *et al.*, 2007; MONROE, 2008).

C. PERCENTUAL DE DOENTES QUE REALIZAM TRATAMENTO TBMDR NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB.

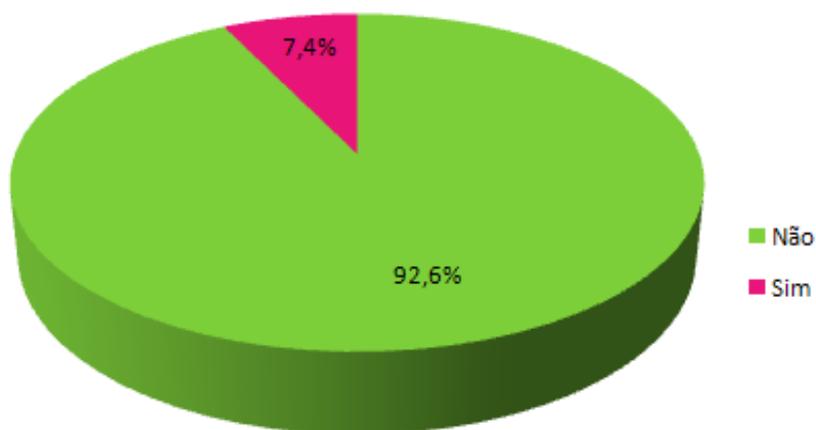


FIGURA 4 - Percentual de doentes que realizam tratamento TBMDR, 2010.

FONTE: Instrumento da Pesquisa – Avaliação do desempenho das Unidades de Saúde na atenção à tuberculose no município de Campina Grande/PB, 2010

De acordo com a Figura 2 observa-se que do universo de 92,6% ainda tem-se uma representativa de 7,4% de pacientes que realizam tratamento MR. Esses números indicam a necessidade de implantação de medidas no PCT no país, priorizando a detecção precoce da TB-MDR, tanto por meio de medidas mais efetivas de controle de infecção em hospitais, sistemas prisionais, implantação desses testes supracitados (moleculares ou fenotípicos) em laboratórios da região e de referência, como através de pesquisas/estudos avaliando a eficácia dos novos esquemas terapêuticos para TB-MDR sendo na forma ativa ou latente (KRITSKI, 2010).

De acordo com Kritski, 2010, só haverá a queda na incidência de TB-MR apenas quando 75% dos casos de TB-MDR forem detectados e 80% deles apresentem resultado favorável ao tratamento. No entanto, não tem sido priorizada a abordagem dos contatos institucionais ou intradomiciliares de TB-MR devido à escassez de estudos sobre a efetividade do tratamento da infecção latente por TB resistente. Em uma recente busca realizada em 25 países, 10 (40%) informaram a avaliação de contato de TB-MR em seus manuais de normas, e apenas 2 (8%) utilizavam medicamentos potencialmente ativos contra TB-MR (CAIN *et al*, 2010).

Em 2008 a OMS recomendou o uso de testes moleculares e, em novembro de 2009, o uso de testes colimétricos para o diagnóstico de TB resistente. Entretanto, para o uso dessas novas técnicas é necessário que sejam realizados a relação custo-benefício e custo-efetividade, assim como uma avaliação do impacto em que estes procedimentos acarretarão no sistema de saúde em que será utilizado (BRASIL, 2010d). O DOTS *plus* é proposto pela OMS para os casos de TB-MDR (WHO, 2002b).

Os achados desse estudo corroboram a necessidade de investimento no setor de capacitação profissional para o manejo desses doentes para uma melhor explanação da patologia trazendo uma abordagem mais significativa da relevância da adesão ao tratamento, originando conscientização, reduzindo, dessa forma, o índice de TBMDR.

D. LOCAIS UTILIZADOS PELOS DOENTES DE TB PARA A REALIZAÇÃO DO DOTS

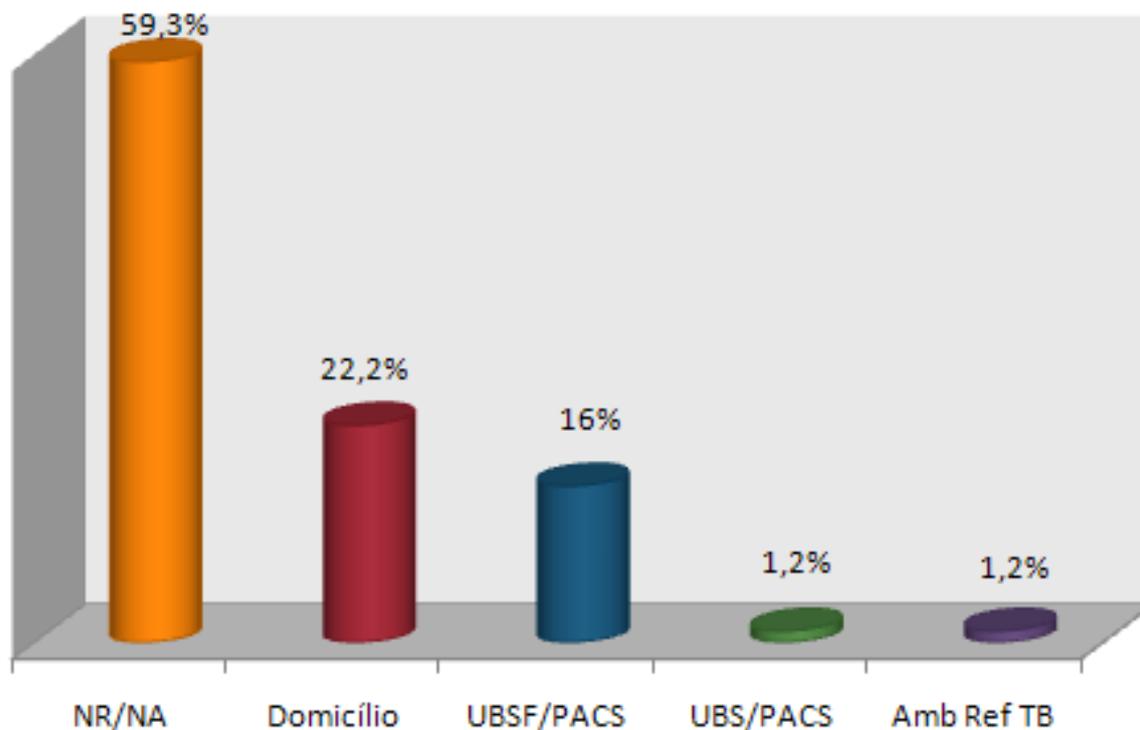


FIGURA 5 – Locais utilizados pelos doentes de TB para a realização do DOTS.

FONTE: Instrumento da Pesquisa – Avaliação do desempenho das Unidades de Saúde na atenção à tuberculose no município de Campina Grande/PB, 2010.

A Figura 3 mostra que 59,3% dos doentes não realizavam ou não se aplicava no quesito de apontar o local em que realizavam o Tratamento Supervisionado (TS). O montante de 22,2% realizaram o TS em domicílio, 16% mencionou a UBSF/PACS, 1,2% dos doentes entrevistados citou UBS/PACS e o Ambulatório de Referência, respectivamente.

Atualmente, o PNCT brasileiro tem por finalidade a expansão da cobertura do DOTS. A utilização dessa estratégia viabiliza a participação de diversos atores envolvidos no controle da doença, como: comunidade e o governo para o alcance das metas recomendadas (OLIVEIRA *et al*, 2010).

O município de Campina Grande apresenta, atualmente, cobertura de 83% da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE –

CG, 2010), e algumas equipes de saúde da família desenvolvem ações de TB, o que contribuiria para um controle mais efetivo da doença. Entretanto, alguns aspectos relacionados com a organização interna dos SS podem influenciar como o horário de atendimento, uma vez que é incompatível com o horário dos doentes, já que muitos trabalham; há demora no atendimento, utilização de transportes motorizados para ir ao serviço e pagar pelo transporte, repercutindo na motivação do doente na evolução do tratamento (FIGUEIREDO, 2008). A adesão ao tratamento pode ser ameaçada pela não flexibilidade dos serviços que prestam assistência, como a mudança de horário na aplicação do TS, sendo referido o rigor da estrutura das práticas dos SS, ferindo os princípios da cidadania (TERRA, 2007).

Em um estudo realizado no Estado de São Paulo pôde ser identificado resistências expressivas das UBS em relação à incorporação do TS e a busca de sintomáticos respiratórios devido à escassez de recursos humanos (FIGUEIREDO, 2008), resultando na sobrecarga de funções entre os profissionais, comprometendo, assim, a resolutividade dos SS, a interação entre profissional e doente, assim como a adesão ao processo terapêutico (FIGUEIREDO, 2008).

Tais números podem indicar que o TS ainda não é uniforme e que tudo se configura e remete à baixa adesão ao tratamento, por motivos já apontados, falta de qualificação dos profissionais para estimular a comunidade no engajamento para o controle da TB, sendo situação que traduz a insuficiência das políticas de controle, que tem como prioridade a Atenção Primária (AP), porta de entrada para o acesso à saúde, o que preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), demonstrando a deficiência nos serviços. Sendo ainda inevitável adicionar à discussão sobre o estigma e preconceito da doença, os quais apresentam grande impacto no controle da morbidade (BARAL *et al*, 2007);

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apontou que a maioria dos diagnósticos está sendo realizado em níveis de atenção secundária e terciária, o que vai de encontro com o que preconiza a PNAB, uma vez que a atenção primária foi pouco representativa. Ainda pôde-se observar que, traçando um comparativo com doentes que obtiveram diagnóstico em redes públicas e privadas, grande parte dos diagnósticos foi realizada em redes públicas de saúde, levando a conjecturar que a doença está vinculada às condições socioeconômicas.

Inúmeros fatores podem interpor no processo de identificação do diagnóstico, como o acesso aos SS, organização e estruturação do mesmo, escassez de profissionais capacitados, além de que muitos doentes desconhecem o DOTS, sua relevância; assim como outras problemáticas, que de forma contígua interferem na não identificação, sendo, muitas vezes, por falha no serviço.

A TB assume um caráter de conjuntura social, visto que os portadores são fortemente estigmatizados e discriminados, o que dificulta a sua adesão ao tratamento. Nesse sentido, é relevante a sugestão que os SS desenvolvam estratégias que facilitem a adesão e a manutenção do paciente no processo terapêutico, buscando não apenas a cura, mas também a melhoria na qualidade de vida do indivíduo acometido, bem como o controle da doença.

A forma de organização dos SS local compete com a resolubilidade na atenção e qualificação do corpo profissional para lidar com as múltiplas facetas da doença e suas subjetividades. Ou seja, aplicando-se um relacionamento de qualidade entre paciente e profissional e melhor investimento por parte dos gestores há o fortalecimento das ações de controle da TB, beneficiando a adesão ao tratamento, tendo, por conseguinte, o aumento da taxa de cura da doença.

Nessa perspectiva, são necessárias políticas públicas que possam, de maneira efetiva, proporcionar qualidade de vida à população, acarretando em repercussões positivas para o controle da doença, tratamento eficaz com adesão do DOTS, atividades de promoção em saúde e que os órgãos responsáveis priorizem a imediata melhoria de ações para a capacitação dos profissionais na busca ativa de SR, para um diagnóstico precoce, reduzindo a incidência da TB e MDR no país.

7 REFERÊNCIAS

ARAKAWA, T.; *et al.* **A acessibilidade de doentes de tuberculose ao tratamento em serviços de saúde no município de Ribeirão preto – São Paulo (2006 – 2007)** in Tuberculose Pesquisas operacionais, VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A.; 2009, p. 49-50.

BARAL, S. C.; KARKI, D. K.; NEWELL, J. N.; Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study. **BMC Publ Hlth** 2007; 7 211

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

BERTOLOZZI, M. R. **A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva 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. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Relatório de gestão 2001**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Tema da Campanha do dia Mundial de Controle da Tuberculose, 2004**. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=20855 Acesso em 06 Nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 382, de 10 de março de 2005**. Institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – 8 - PNASS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 11 de março de 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Projeto MSH. **Tuberculose Multirresistente – Guia de Vigilância Epidemiológica** – 1. ed. Rio de Janeiro, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose - **Caderno de Atenção Básica**, Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose - **Caderno de Atenção Básica**, Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Notícias. Brasil reduz incidência da tuberculose e melhora posição na lista dos países com o maior número de casos no mundo, 2010.

Disponível em: <<http://189.28.128.101/portal/aplicacoes/.../default.cfm?>>. Acesso em: 26 de Março de 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Sala de Situação em Saúde**. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/?saude=http%3A%2F%2F189.28.128.178%2Fsage%2F&botaoook=OK&obj=http%3A%2F%2F189.28.128.178%2Fsage%2F> Acessado em: 13 nov 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010d.

CAIN, K. P.; NELSON, L. J.;, CEGIELSKI, J. P.; Global policies and practices for managing persons exposed to multidrug-resistant tuberculosis. **Int J Tuberc Lung Dis**. 2010;14(3):269-74.

CAMPOS, H. S. Mycobacterium tuberculosis Resistente: De onde vem a resistência? **Boletim de Pneumologia Sanitária** – v. 7, n. 1 – Jan/jun – 1999. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/bps/v7n1/v7n1a06.pdf> Acesso em: 8 Nov. 2010.

CASTILLO, A. D. D. *et al.* A operacionalização das ações do programa de controle da tuberculose na rede básica de saúde do município de Porto Velho, RO. 2009. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/842/84211419005.pdf> Acesso em 09 Nov. 2010.

DALCOLMO, M. P.; ANDRADE, M. K. N. de; PICON, P. D. Tuberculose Multirresistente no Brasil: histórico e medidas de controle. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, supl. 1, São Paulo, set. 2007.

DE LAVOR, A. Tuberculose: ainda uma doença negligenciada. **Revista Radis: Comunicação em Saúde**, RJ, n. 69, p.19, Maio, 2008.

DÍEZ, M. *et al.* Determinants of health system delay among confirmed tuberculosis cases in Spain. **Eur J Publ Hlth**, 2005; 15 (4):343-9.

DONABEDIAN, A. The effectiveness of quality assurance. **Int J Qual Health Care**. v. 8, n.4, p.401- 407, 1996.

FIGUEIREDO, T. M. R. M. de; *et al.* **Acesso ao tratamento de tuberculose: Avaliação das características organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde – Campina Grande/PB, Brasil (2007)**. 2008. Tuberculose – Pesquisas Operacionais. RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S.; ORG., 2009. Capítulo: IV, p. 128-129.

FIGUEIREDO, T. M. R. M. de; *et al.* Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, 2009; 43(5):825-31.

FUNDO GLOBAL DE LUTA CONTRA A AIDS, TUBERCULOSE E MALÁRIA. Notícias. **Tuberculose no mundo segundo a OMS, 2009**. Disponível em: <<http://www.fundoglobaltb.org.br/.../mostraNoticia.php>>. Acesso em 26 de Março de 2010.

HARTZ, Z. M. A. de. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro, 1997.

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. 2005.

HIJJAR, M. A.; OLIVEIRA, M. J. P. R. de.; TEIXEIRA, G. M. **A tuberculose no Brasil e no mundo**. Bol. Pneumol. Sanit. v.9 n.2 Rio de Janeiro, dez. 2001. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X2001000200003&lng=pt&nrm=iso Acesso em 12 jan. 2010.

HIJJAR, M. A.; *et al* Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 2007; 41 (Supl. 1): 50-58.

HEYM, B., HONORE, N. *et al.* Implications of multidrug resistance for future of short course chemotherapy of tuberculosis: a molecular study. **Lancet** 1994; 344: 293-8

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Utilização de Serviços de Saúde – Brasil (2009)**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acessado em 12 de Novembro de 2010.

KRITSKI, A. L. Emergência de tuberculose resistente: renovado desafio. J. bras. pneumol., v.36, n.2, São Paulo, Mar./Apr. 2010.

LÖNNROTH, K; *et al.*; Can I afford free treatment?: Perceived consequences of health care provider choices among people with tuberculosis in Ho Chi Minh City, Vietnam, **Social Science & Medicine**, Suécia, v. 52, p:935-948, 2001.

MELO, F. A. F. de.; Carta a um paciente portador de tuberculose multirresistente. **Bol. Pneumol. Sanit.** v.9, n.1 Rio de Janeiro, jun. 2001.

MISHRA. P. *et al.*; Adherence is associated with the quality of professional-patient interaction in Directly Observed Treatment Short-course, DOTS. **Paciente Educ Couns.** 2006 (1/2): 29-37.

MONROE, A. A. *et al.* Envolvimento de equipes da Atenção Básica à saúde no controle da tuberculose. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n.2, p. 262-267, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a07.pdf>> Acesso em: 18 de Março de 2010.

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. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n, 2, p. 315-21, 2005.

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, 2006. p. 191-202.

OLIVEIRA, L. G. D. de.; NATAL, S.; CHRISPIM, P. P. M.; Tratamento diretamente supervisionado: estratégia para o controle da tuberculose. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 3, p. 357-364, jul./set. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (WHO). **Global TB control, surveillance, planning, financing**. Geneva: WHO, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A estratégia STOP TB**, 2006. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/2006/stoptb_strategy_por.pdf. Acesso em: 9 de Nov. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Switzerland, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence/_ful_report.pdf>. Acesso em: 16 de Nov. de 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Tratamiento de La tuberculosis: directrices para los programas nacionales**. Ginebra, 1997.

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

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. Organización Mundial de La Salud. **Reunión regional de directores nacionales de programas de control de la tuberculosis: informe final**. Ecuador, OPAS, 2006.

PROJETO DE IMPLANTAÇÃO. **Programa Saúde da Família: projeto de implantação**. Secretaria Municipal de Saúde. Campina Grande: Secretaria Municipal de Saúde, 1994.

RIBEIRO, S. A.; *et al.*; Estudo caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose. **J Pneumol**. 2000; 26(6): 291-6.

ROBERTS, C. A.; BUIKSTRA, J. E.; The Bioarchaeology Of Tuberculosis: A Global View On A Reemerging Disease. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.4, Rio de Janeiro, Apr. 2007.

RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S.; organizadores. **Tuberculose: implantação da DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades**. Ribeirão preto: Wdesign e Associados, 2006.

SÁ, L.D. et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Rev. Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, out/dez 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a16v16n4.pdf> ->. Acesso em: 26 de Março de 2010.

SÁNCHEZ, A. I. M. **O Tratamento Diretamente Observado – DOTS e a adesão ao tratamento da tuberculose: significados para os trabalhadores de unidades de saúde da região central do município de São Paulo – Brasil**. 2007. 154 f. Tese em Enfermagem em Saúde Pública, São Paulo, 2007.

SANTOS, S. S.; SANTOS, M. R. dos. Tuberculose Multidrogas resistente (TB – MR). **Saúde & Ambiente em Revista**, Duque de Caxias, v. 2, n. 1, p.133, jan-jun 2007.

SÃO PAULO. SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. Coordenadoria de controle das doenças. Boletim Epidemiológico Paulista. **Tuberculose no Estado de São Paulo: Indicadores de Morbimortalidade e Indicadores de Desempenho**. São Paulo, v. 3, 2006. 37 p.

SCATENA, L. M *et al.* Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, São Paulo, May/Jun 2009.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA. **Sala de Situação em Saúde do Ministério da Saúde, 2009**.

Disponível em:<<http://189.28.128.178/sage/?saude=http%3A%2F%2F189.28.128.178%2Fsage%2F&botaoook=OK&obj=http%3A%2F%2F189.28.128.178%2Fsage%2F>>. Acesso em: 11 de Novembro de 2010

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – PB, 2010.

Disponível em:

http://www.campinagrande.pb.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=215&Itemid=3 Acesso em: 17 de Dezembro de 2010.

SILVA, L. M. V. da.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: Limites e perspectivas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 10 (1): 80-91, jan/mar, 1994.

SILVEIRA, E. **Tuberculose: um bacilo invencível?**. Problemas brasileiros. Nº 392 mar/abr 2009. Disponível em:

http://www.sescsp.org.br/sesc/revistas_sesc/pb/artigo.cfm?Edicao_Id=334&Artigo_ID=5215&IDCategoria=5978&reftype=1 Acessado em: 13 dez 2010.

SMELTZER, S. C. *et al.* **Brunner & Suddarth - Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**, 11.ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 2, p. 542-543, 2009.

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

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, 2004. p.121-136.

TARANTINO, Affonso Berardinelli. **Doenças Pulmonares.** 6. ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TERRA, M. F.; **O tratamento diretamente supervisionado (“DOTS”) como estratégia para a adesão ao tratamento da tuberculose: significados segundo profissionais de saúde da supervisão técnica de saúde do Butantã, São Paulo – SP.** [dissertação]. São Paulo, 2007.

THORSON, A.; JOHANSON, E. Equality or equity in health care access: a qualitative study of doctors explanations to a longer doctors’s delay among female TB patients in Vietnam. **Health Policy**, Londres, v. 68, p:37-46, 2004.

VENÂNCIO, Sônia Isoyama, *et al.* **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família – AMQ: estudo de implantação no estado de São Paulo.** Instituto de saúde. São Paulo, 2008.

VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A. (org.). **Tuberculose: Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil – histórico e peculiaridades regionais.** 1 ed. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2006.

YIMER, S.; BJUNE G.; ALENE G. Diagnostic and treatment delay among pulmonary tuberculosis patients in Ethiopia: a cross sectional study. **BMC Infectious Diseases** 2005; 5:112.

WHA. **Forty-fourth World Health Assembly resolution.** WHO policy system. Geneva, 6-16 de maio, 1991.

WORLD HEATH ORGANIZATION. **An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control.** Stop TB communicable diseases, Geneva, 2002a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **An expanded DOTs framework for effective tuberculosis.** Genebra; 2002b. Disponível em: <http://www.emro.who.int/GFATM/DOTS.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing:** WHO report 2006, Geneva: WHO, 2009

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control.** Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/2006/stoptb_strategy_por.pdf Acessado em 13 nov 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.

Atualizado em 15 de Março de 2010

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 ()
12b	Tratamento Supervisionado	UBSF/PACS	1 ()
		UBS/PACS	2 ()
		Ambulatório de Referência	3 ()
		Domicílio	4 ()

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		
		1	2	3		
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
		1	2	3	4	5
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
		1	2	3	4	5
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
		1	2	3	4	5
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
		1	2	3	4	5
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
		1	2	3	4	5
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
		1	2	3	4	5
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
		1	2	3	4	5
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
		1	2	3	4	5
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
		1	2	3	4	5
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
		1	2	3	4	5
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
		1	2	3	4	5
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
		1	2	3	4	5
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
		1	2	3	4	5
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
		1	2	3	4	5
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?					
52	Tratamento Supervisionado? *					

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

G. COORDENAÇÃO.

		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
53	O profissional da unidade de saúde pega o prontuário/ficha do(a) Sr.(a) durante a consulta?					
54	Quando o(a) Sr(a) precisa dos resultados de seus exames, eles estão disponíveis na unidade de saúde?					
55	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
		1	2	3	4	5
56	Quando o(a) Sr.(a) precisa consultar com algum especialista, é encaminhado por um profissional da unidade de saúde?					

57	Quando o profissional da unidade encaminha o(a) Sr(a) para outros serviços de saúde, ele discute ou indica os possíveis lugares de atendimento?					
58	Quando o(a) Sr.(a) é encaminhado ao especialista, o profissional da unidade de saúde ajuda a marcar a consulta?					
59	No momento do agendamento da consulta para o especialista, o(a) Sr.(a) recebe comprovante que a consulta foi marcada?					
60	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?					
61	O(A) Sr.(a) retorna a unidade de saúde com as informações escritas sobre os resultados da consulta com o especialista?					
62	O profissional da unidade de saúde discute com o(a) Sr.(a) sobre os resultados da consulta com o especialista?					
63	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
		1	2	3	4	5
64	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...)?					
65	O profissional da unidade de saúde pede informações sobre doenças da sua família?					
66	O profissional da unidade de saúde pergunta se as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) têm tosse, febre...?					
67	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)?					
68	Os profissionais da unidade de saúde conhecem as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?					
69	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre a sua doença?					
70	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre seu tratamento?					
71	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
		1	2	3	4	5
72	Os profissionais da unidade de saúde perguntam ao Sr.(a) ou sua família se os serviços oferecidos resolvem seus problemas de saúde ?					
73	O(A) Sr.(a) observa propagandas/campanhas/trabalhos educativos realizados pelos profissionais da unidade de saúde para informar a comunidade sobre a TB?					
74	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?					
75	O(A) Sr.(a) observa visitas dos profissionais da unidade de saúde na sua vizinhança, para a entrega do pote para coleta de escarro?					
76	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
		1	2	3	4	5
77	O(A) Sr.(a) encontra um					

	profissional na unidade de saúde para atendê-lo em dias úteis da semana?					
78	O(A) Sr.(a) recomenda esta unidade de saúde a um(a) amigo(a)?					
79	Os profissionais da unidade de saúde são capazes de ajudar o(a) Sr.(a) para melhorar da TB?					
		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
80	Os profissionais da unidade de saúde relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?					
		Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca
		1	2	3	4	5
81	O(A) Sr.(a) já se sentiu rejeitado pelos profissionais da unidade de saúde por ter TB?					
82	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

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


Prof.ª Dra. Derolucia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B

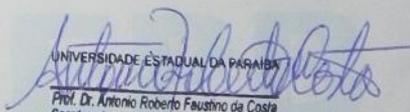


UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

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 da Costa
Coordenador de Programas de Pós-Graduação
Matrícula: 122369-1