



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

MAYRLA LIMA PINTO

**A EFETIVIDADE DO VÍNCULO ENTRE PROFISSIONAL E DOENTE
NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À TUBERCULOSE**

Campina Grande/PB

2011

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

MAYRLA LIMA PINTO

**A EFETIVIDADE DO VÍNCULO ENTRE PROFISSIONAL E DOENTE
NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À TUBERCULOSE**

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

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

Campina Grande/PB

2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

P659e Pinto, Mayrla Lima.
A efetividade do vínculo entre profissional e doente nos serviços de atenção à tuberculose [manuscrito] / Mayrla Lima Pinto. – 2011.
78 f.; il. color.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.
“Orientação: Profa. Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, Departamento de Enfermagem.”

1. Relação enfermeiro-paciente. 2. Efetividade.
3. Saúde pública. I. Título.

21. ed. CDD 610.730 699

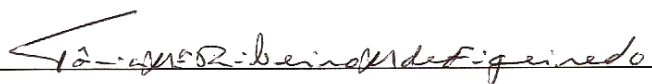
MAYRLA LIMA PINTO

**A EFETIVIDADE DO VÍNCULO ENTRE PROFISSIONAL E DOENTE
NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À TUBERCULOSE**

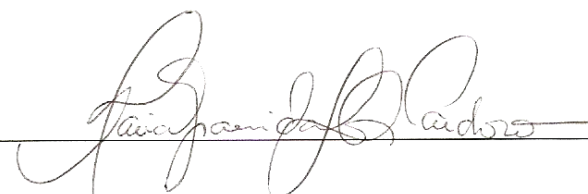
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito para
obtenção do título de Bacharel e
Licenciada em Enfermagem pela
Universidade Estadual da Paraíba.

BANCA EXAMINADORA

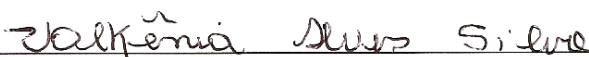
Campina Grande/PB, aprovado em 17 de junho de 2011.



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



Prof^a Dra. Maria Aparecida Alves Cardoso
1º Examinador (a)



Esp. Valkênia Alves Silva

2º Examinador (a)

Dedico este trabalho aos meus pais, Josenildo e Mércia, por estarem presentes durante toda esta caminhada, sempre acreditaram e torceram por mim dando-me condições de hoje realizar mais essa conquista em minha vida.

Agradecimento Especial

A Talina Carla da Silva, por seu ombro amigo, sua presença, dedicação, incentivo, apoio e carinho.

A Prof^a. Dra. Tânia M^a Ribeiro M. de Figueiredo, pelo apoio, acolhimento, incentivo ao estudo e a pesquisa, ensinamentos, reflexões e pela credibilidade e confiança em mim depositada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que tornou possível a minha existência, mais do que me criar, deu propósito à minha vida transformando a cada dia o meu viver, fazendo-me crescer como pessoa e profissional, e principalmente dando-me capacidade e sabedoria para superar todos os obstáculos que a vida nos apresenta diariamente. Vem d'Ele tudo o que sou, tenho e espero.

Aos meus pais, Josenildo Pinto da Silva e Sônia Mércia Lima, presentes em toda a caminhada da minha vida, detentores dos ensinamentos mais importantes e indispensáveis para a concretização dos meus sonhos e anseios, e por terem me fornecido condições para me tornar a profissional e mulher que hoje sou.

Aos meus irmãos, Maryana Lima Pinto e Gabriel Lima Pinto que estiveram sempre torcendo e acreditando em mim e no meu sucesso.

A minha madrasta, Maria do Socorro M. Montenegro, pelo incentivo, confiança, apoio e carinho em todos os momentos.

Ao meu namorado, Márcio André F. de Sousa, pelo seu amor, carinho e por torcer pela minha vitória, permanecendo ao meu lado nas minhas angústias, não me deixando desistir, nem fraquejar.

A irmã que a Enfermagem me presenteou, Talina Carla da Silva, minha amiga, companheira e cúmplice. Agradeço por tudo que fez e faz por mim até hoje, pela força, carinho, amor e incentivo. Tem muito de você nessa vitória!

A minha amiga, Aline Ayone E. de Sousa, pelo carinho, amizade e apoio. Sei que torce por mim mesmo estando distante.

*A minha amiga, **Nathália Oliveira Bastos**, pelo carinho e apreço que sempre demonstrou ter por mim.*

*A minha amiga **Renata Sobreira Cariry Barbosa** (in memoriam) que nos deixou tão cedo, você estará sempre em minha memória, eternas saudades.*

*A minha amiga, **Flávia de Moraes Albuquerque**, pela ajuda, incentivo e carinho.*

*A minha professora e orientadora, **Tânia Maria Ribeiro M. de Figueiredo**, que orientou meus passos na construção desse trabalho. Minha eterna gratidão pelo aprendizado que pude conquistar trabalhando ao seu lado, pela confiança em mim depositada, pelas oportunidades oferecidas, pela atenção, paciência, carinho, apoio e conhecimento dedicados.*

*A todos os integrantes do Grupo de Pesquisa, **Avaliação dos Serviços de Saúde**, em especial: **Fábia Vanessa Chalegre**, **Flávia de Moraes Albuquerque**, **Julianny Rodrigues de Farias**, **Heloisy Alves de Medeiros**, **Talina Carla da Silva** e **Valdênia Veríssimo de Lima**, que compartilharam comigo a experiência das coletas de dados e na construção de produções científicas.*

*A todos os profissionais do **Ambulatório de Referência em Tuberculose e das Unidades Básicas de Saúde da Família**, que facilitaram o acesso aos doentes contribuindo para realização deste estudo. Meu agradecimento particular, aos **agentes comunitários de saúde** que me acompanharam até o domicílio dos pacientes possibilitando a realização das entrevistas.*

A todos os doentes de tuberculose, que me acolheram em suas casas, compartilharam comigo suas angústias e dedicaram parte de seu tempo para realização desta pesquisa, na esperança de contribuir e melhorar a atenção e assistência prestadas pelos serviços.

A todos os professores que ao longo da graduação repartiram seus conhecimentos e experiências, contribuindo assim, para minha formação acadêmica.

Aos membros da Banca Examinadora, Maria Aparecida Alves Cardoso e Valckênia Alves Silva pelas contribuições que foram dadas.

As minhas colegas, Caroline Evelin N. Kluczynik, Cibely Freire de Oliveira, Gabriela Beserra Solano e Jussara Maria do Nascimento que juntas comigo aceitaram o desafio de representar nossa turma na Comissão de Formatura.

A todos os colegas que estagiaram comigo em algum momento do curso compartilhando seus medos, anseios, desejos, erros, experiências e a aprendizagem do cuidar holístico e humanizado a quem necessitava de nossos cuidados: Aline Ayone Emídio de Sousa, Allan Correia de Araújo, Ana Lígia Maia, Ana Paula Andrade Ramos, Caroline Evelin N. Kluczynik, Cibely Freire de Oliveira, Diogo Rodrigues Souza, Gabriela Beserra Solano, Lívia Martins de A. Fortunato, Luzicleide Pereira de Araújo, Marcelo Montino de Souza, Maurílio Adelino Alves Filho, Mirelly Karolinny de M. Meireles, Talina Carla da Silva, Wislane Shirley de A. Silva.

Enfim, a todos os citados, agradeço por acreditarem no meu potencial, na minha profissão, nas minhas idéias, nos meus devaneios, principalmente quando nem eu mais acreditava.

Sem vocês nada disso seria possível.

Muito Obrigada!

*Febre, hemoptise, dispnéia, suores
noturnos.*

*A vida inteira que podia ter sido e
que não foi:*

Tosse, tosse, tosse.

Manuel Bandeira

PINTO, Mayrla Lima. **A Efetividade do Vínculo entre profissional e doente nos serviços de atenção à tuberculose**. 2011. 78p. Trabalho de Conclusão de Curso – TCC (Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande/PB, 2011.

RESUMO

Introdução: A tuberculose ainda se configura em esfera mundial e nacional como grave problema de saúde pública. A cada ano cerca de 100 milhões de pessoas são infectadas pelo bacilo da TB no mundo, destes 9,27 milhões desenvolvem a doença e 1,7 milhões vão a óbito. **Objetivo:** Investigar a efetividade do vínculo entre o profissional e o doente de TB atendido nos serviços de saúde (Unidades Básicas de Saúde da Família e Ambulatório de Referência) do município de Campina Grande/PB. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal, tipo inquérito, para avaliação dos serviços de saúde com abordagem quantitativa. A amostra do estudo foi constituída por 79 doentes de TB diagnosticados no período de janeiro/2009 a maio/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), e posteriormente para a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino-Netto (2009). Os dados foram submetidos a procedimentos estatísticos por meio do Programa IBM SPSS 13.0 e transportados para o Microsoft Excel 2007, o qual permitiu a construção de gráficos e tabelas. **Resultados:** Dos 79 doentes, 43,04% foram atendidos no Ambulatório de Referência (AMBREF) e 56,96% nas Unidades Básicas Saúde da Família (UBSFs). Dentre os doentes do AMBREF, 91,2% não realizaram Tratamento Diretamente Observado, enquanto que nas UBSFs 57,8% seguiram esta modalidade de tratamento. Para ambos os serviços os sujeitos do estudo seguiram o mesmo padrão: sexo masculino, faixa etária produtiva e baixa escolaridade. Quanto à efetividade do vínculo, de um modo geral, os dois serviços apresentaram desempenhos favoráveis, entretanto, os maiores valores foram para o AMBREF em cinco indicadores. As diferenças foram mais significativas para os indicadores: “o profissional conversa sobre outros problemas”, que apresentou desempenho não-favorável para o AMBREF e regular para as UBSFs e “o profissional pergunta sobre todos os medicamentos que está tomando” considerado regular para o AMBREF e favorável para as UBSFs. **Considerações Finais:** O estudo revelou desempenho favorável quanto à efetividade do vínculo profissional-doente, naqueles acompanhados em ambos os serviços que desenvolvem ações de controle da TB, apontando melhores resultados para o AMBREF.

Palavras-Chave: Tuberculose, Efetividade, Serviços de Saúde.

PINTO, Mayrla Lima. **The effectiveness of the link between professional and patient in the services of tuberculosis attention.** 2011. 78p. Work of Academic Conclusion – TCC (Bachelor and Graduation Nursing). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande/PB, 2011.

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis is still set at the global and national level as a serious public health problem. Each year about 100 million people are infected with TB bacilli in the world, of these 9.27 million develop the disease and 1.7 million die. **Objective:** To investigate the effectiveness of the link between professional and TB patient treated in the Health Services (Health Basic Units and Clinic Reference) in Campina Grande, PB. **Methodology:** Cross-sectional and descriptive study, inquiry type, for evaluation of health services with a quantitative approach. The study sample consisted of 79 TB patients diagnosed in the period January/2009 to May/2010. The data was collected using a component of the Primary Care Assessment Tool (PCAT), developed by Starfield (2000), adapted and validated to Brazil by Almeida and Macinko (2006), and then to TB care by Villa and Ruffino-Netto (2009). Data were subjected to statistical procedures using the SPSS 13.0 IBM Program and transported to the Microsoft Excel 2007, which allowed the construction of graphs and tables. **Results:** Of 79 patients, 43.04% were assisted in the Clinic Reference (AMBREF) and 56.96% in the Basic Family Health (UBSFs). Among the patients of AMBREF, 91.2% did not perform directly observed treatment, whereas in 57.8% UBSFs followed this treatment modality. For both services, the study subjects followed the same pattern: male sex, productive age and low education. Regarding the effectiveness of the bond, in general, the two services had favorable performances, however, the highest values were for AMBREF on five indicators. The differences were more significant for the indicators: "the professional talks about other issues", which reported performance for the non-favorable for the AMBREF and regular for UBSFs and "the professional ask about all medications you are taking" considered regular for the AMBREF and favorable for UBSFs. **Conclusion:** The study showed positive performance for the effectiveness of professional-patient relationship, those followed in both services to develop actions to control TB, pointing to better results AMBREF.

Key-words: Tuberculosis, Effectiveness, Health Services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Componentes utilizados para Avaliação da Qualidade em Saúde	37
Figura 2 – Mapa da Atenção Básica, Campina Grande/PB, Out. 2009	41
Figura 3 – Organograma da Secretaria Municipal da Saúde	42
Figura 4 – Síntese esquemática da construção de índices compostos	47

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 – Doentes de TB acompanhados no AMBREF por sexo, Campina Grande/PB, 2010. 50
- Gráfico 2 – Doentes de TB acompanhados na UBSF por sexo, Campina Grande/PB, 2010. 51
- Gráfico 3 – Doentes de TB acompanhados no AMBREF por faixa etária, Campina Grande/PB, 2010. 51
- Gráfico 4 – Doentes de TB acompanhados na UBSF por faixa etária, Campina Grande/PB, 2010. 52
- Gráfico 5 – Doentes de TB acompanhados no AMBREF por escolaridade, Campina Grande/PB, 2010. 53
- Gráfico 6 – Doentes de TB acompanhados nas UBSFs por escolaridade, Campina Grande/PB, 2010. 54
- Gráfico 7 – Serviço utilizado pelos doentes de TB para realização de tratamento, Campina Grande/PB, 2010. 55
- Gráfico 8 – Doentes de TB que realizaram Tratamento Diretamente Observado, Campina Grande/PB, 2010. 56
- Gráfico 9 – Opinião dos doentes de TB quanto ao atendimento prestado pela equipe que os atende, Campina Grande/PB, 2010 60

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMBREF	Ambulatório de Referência
APS	Atenção Primária em saúde
BCG	Bacilo Calmette-Guérin
DOTS	Directly Observed Treatment Strategy
ESF	Equipes Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PCAT	Primary Care Assessment Tool
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNCT	Plano Nacional de Controle da Tuberculose
PPD	Derivado Protéico Purificado
PSF	Programa de Saúde da Família
SF	Saúde da Família
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TB - MDR	Tuberculose Multidrogarresistente
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TS	Tratamento Supervisionado
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO.....	18
2 OBJETIVOS	22
2.1 Objetivo Geral	23
2.2 Objetivos Específicos.....	23
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	24
3.1 Capítulo I: Tuberculose – Um problema mundial.....	25
3.1.1 Breve histórico da doença	25
3.1.2 Etiologia, Transmissão e Patogênese	27
3.1.3 Fatores de risco e Manifestações clínicas	28
3.1.4 Diagnóstico e Tratamento.....	28
3.2 Capítulo II:O Vínculo na prestação da assistência	31
3.2.1 Importância do Vínculo na atenção ao doente de TB.....	31
3.2.2 O Vínculo e a estratégia DOTS	32
3.3 Capítulo III: Avaliação dos Serviços de Saúde.....	36
4 METODOLOGIA.....	39
4.1 Percurso Metodológico	40
4.2 Cenário do Estudo	40
4.3 Organização dos Serviços de Saúde no Município	41
4.4 Coleta de dados	43
4.4.1 Período.....	43
4.4.2 Instrumento.....	43
4.4.3 População do estudo.....	44

4.4.4	Critérios de Inclusão e Exclusão	44
4.4.5	Etapas da Coleta	44
4.5	Análise dos dados	46
4.6	Aspectos Éticos da Pesquisa	48
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
5.1	Caracterização dos sujeitos do estudo.....	50
5.2	Avaliação do Processo a partir da dimensão Vínculo	54
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
	ANEXOS	70
	ANEXO A – Questionário Doentes de Tuberculose	71
	ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	76
	ANEXO C – Protocolo de Aprovação do Projeto.....	77
	ANEXO D – Termo de Autorização Institucional	78

Apresentação

Este estudo é parte do plano de trabalho desenvolvido no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), cota 2010/2011 da Universidade Estadual da Paraíba, de onde surgiu o interesse em trabalhar a temática no Trabalho de Conclusão de Curso. O projeto tem como título “Avaliação da efetividade das ações de controle da tuberculose, comparando o modelo de atenção do Programa de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e Ambulatório de Referência em Tuberculose no Município de Campina Grande/PB”, de caráter cooperativo, aprovado pelo **Edital 01/2010 – PRPGP/UEPB**. Foi desenvolvido no Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas (NEPE) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). O trabalho foi coordenado pela Prof^a. Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, lotada no Departamento de Enfermagem da UEPB, pesquisadora do NEPE/UEPB e Professora do Mestrado em Saúde Pública (UEPB). O propósito do estudo foi avançar na temática, especificamente no que se refere ao processo de assistência ao doente – componente estrutural fundamental do sistema de saúde que reflete toda sua organização e contexto político no qual este se encontra inserido. O processo de assistência envolve a interação do doente com o serviço de saúde e a comunidade, o que se configura como fator imprescindível para o êxito no controle e combate da Tuberculose.

1 Introdução

A Tuberculose (TB), uma das doenças infecto-contagiosas mais antigas, ainda se configura em esfera mundial e nacional, como grave problema de saúde pública, apesar de ser evitável e curável em 100% dos casos novos desde que o tratamento seja corretamente seguido (BRASIL, 2008).

A cada ano cerca de 100 milhões de pessoas são infectadas pelo bacilo da TB no mundo, destes aproximadamente 9,27 milhões desenvolvem a doença e 1,7 milhões vão a óbito, dos quais 200 mil pela co-infecção TB/HIV. A maioria dos casos está concentrada nas regiões da Ásia (55%) e África (31%), enquanto as regiões do Mediterrâneo Oriental (6%), Europa (5%) e Américas (3%) apresentam menores percentuais (BRASIL, 2009, 2010b).

O Brasil é atualmente o 108º país em incidência e ocupa a 19ª posição no ranking dos 22 países priorizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que representam 80% da carga mundial de TB, no entanto, os números permanecem elevados e ainda preocupam o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2010b). O país reduziu de 73.673 para 70.601 o número de casos novos entre 2008 e 2010 – o que representa cerca 3 mil casos novos a menos no período. Com a redução, a taxa de incidência baixou de 38,82 para 37,99. São números positivos, mas que ainda fazem da tuberculose um dos principais agravos que exigem maiores esforços para acelerar a diminuição do número de novos casos. No país anualmente morrem 4800 pessoas por tuberculose, principalmente nas regiões metropolitanas e em unidades hospitalares, sendo ainda, a 3ª causa de morte por doenças infecciosas e a 1ª em pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (BRASIL, 2011).

Os fatores que contribuem para esta problemática são principalmente, as desigualdades sociais oriundas das classes menos favorecidas, insuficiência de novos investimentos em pesquisas para o desenvolvimento de novas drogas e vacinas, alta prevalência de casos multidrogarresistente, associação com o vírus HIV, os movimentos migratórios e as deficiências dos sistemas de saúde, dificultando dessa maneira o controle da enfermidade (WHO, 1998; RUFFINONETTO, 2002).

A TB acomete principalmente pessoas na idade mais produtiva, cerca de 70% dos doentes têm idade entre 15 e 59 anos, o que acarreta problemas de magnitude socioeconômica, uma vez que por conta da sintomatologia específica da doença e as fortes reações medicamentosas apresentadas àqueles que se submetem ao tratamento, muitos precisam deixar de trabalhar (BRASIL, 2002).

Outro fator que colabora para o agravamento da doença é a falta de conhecimento sobre a enfermidade e sua cadeia de transmissão ainda é alta, o que contribui para o forte estigma e preconceito em relação aos doentes, fazendo com que estes sejam frequentemente isolados, discriminados e tenham seus direitos violados pela sociedade.

No Estado da Paraíba e no município de Campina Grande, no ano de 2009 foram notificados, respectivamente, 1.069 casos novos, correspondendo a uma incidência de 28,36/100.000 habitantes e 111 casos novos, apresentando incidência de 28,92/100.000 habitantes. Embora os números na Paraíba e no município de estudo estejam abaixo da média nacional, este valor ainda é considerado elevado, do ponto de vista que a TB é uma doença que tem cura e apresenta recursos capazes de promover seu controle (SINAN/PB, 2010; XAVIER).

Diante da magnitude do problema, a OMS declarou em 1993 que a tuberculose se encontrava em estado de emergência no mundo, e passou a recomendando para seu controle a estratégia Directly Observed Treatment Short-Course (DOTS), composta por cinco pilares: adesão política por parte das autoridades governamentais; estabelecimento de uma rede laboratorial de baciloscopia de qualidade; garantia no fornecimento regular de medicamentos; um sistema de monitoramento e avaliação adequado e oferta de tratamento padronizado e supervisionado.

Nesse mesmo ano o MS elaborou o Plano Emergencial para o controle da enfermidade, com objetivo de aperfeiçoar as ações de controle da doença através da implementação de atividades específicas em 230 municípios prioritários onde se concentrava 75% dos casos estimados para o Brasil, visando diminuir a transmissão do bacilo até o ano de 1998, entretanto este só foi implantado efetivamente em 1996 (RUFFINO-NETTO, 2002; WHO, 2008).

Na Paraíba o DOTS começou a ser implantado em 1999, porém, nem todas as equipes de Saúde da Família do município de Campina Grande, realizam o tratamento supervisionado proposto por esta estratégia, ficando a cargo do Ambulatório de Referência grande parcela dos casos, quando este deveria se encarregar apenas dos casos mais complexos.

O controle da tuberculose requer uma ação permanente, sustentada e organizada, desta maneira, o doente com TB pode apresentar-se em qualquer unidade de saúde, esteja esta inserida em um dos níveis de referência (Atenção

Primária, Secundária e/ou Terciária). Contudo, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) privilegia a descentralização das medidas de controle para a Atenção Básica (AB), como forma de ampliar o acesso da população e estabelecer o vínculo profissional-doente, visto que esta é a porta de entrada aos serviços de saúde (BRASIL, 2002, 2010c).

O Brasil pactuou as metas preconizadas pela OMS em detectar 70% dos casos estimados, curá-los em 85% e reduzir o abandono de tratamento para 5%. Contudo, alcançar essas metas representa um desafio para o país, visto que no ano de 2008 o percentual de cura foi de 70,4% e abandono 9,3% (BRASIL, 2011). Ao analisar a situação no estado da Paraíba, esses dados são ainda mais preocupantes, pois o índice de cura nesse mesmo ano foi de 59% e a taxa de abandono esteve acima de 12%, ou seja, mantendo-se bem abaixo da média nacional (SINAN/PB, 2009).

Na cidade de Campina Grande o percentual de cura ficou em torno de 66,39% e abandono, 13,93%, isso significa que é preciso ampliar e intensificar as ações de vigilância epidemiológica em saúde, com atuação comprometida, ética e humana por parte dos gestores e profissionais locais, com mobilização e aprimoramento da estratégia DOTS. (BRASIL, 2011; SINAN/PB, 2009).

Nesse sentido, torna-se imprescindível o estabelecimento do vínculo entre profissional de saúde, doente de tuberculose, sua família e comunidade, na tentativa de aproximar-se do contexto social em que este público se encontra inserido, além de minimizar os efeitos do estigma provocado, melhorando a qualidade da assistência e facilitando a adesão ao tratamento e conseqüentemente uma possível cura (BRASIL, 2010c).

Diante do exposto, é fundamental avaliar a efetividade do desempenho dos serviços de saúde no controle dessa patologia, como um instrumento para melhorar a aplicação dos recursos utilizados (PEREIRA, 2007). A avaliação em saúde baseia-se na relação estabelecida entre a necessidade de saúde apresentada pela população e os serviços a ela oferecidos, levando em consideração a eficácia e efetividade destes, visando a produção de dados confiáveis que demonstrem a real situação da saúde, e a partir de então, a solução de problemas que possam melhorar o desempenho na prestação da assistência (VIEIRA, 2005).

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- Investigar a efetividade do vínculo entre o profissional e o doente de tuberculose atendido nos serviços de saúde (Unidade Básica de Saúde da Família e Ambulatório de Referência) do município de Campina Grande/PB.

2.2 Objetivos Específicos

- Traçar o perfil sócio-demográfico dos doentes de tuberculose atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família e Ambulatório de Referência do município de Campina Grande/PB, diagnosticados no período de janeiro/2009 a maio/2010.
- Comparar a efetividade no estabelecimento do vínculo com o doente de tuberculose atendido nas Unidades Básicas de Saúde da Família e Ambulatório de Referência do município de Campina Grande/PB, diagnosticados no período de janeiro/2009 a maio/2010.

3 Fundamentação Teórica

3.1 Capítulo I: Tuberculose – Um problema mundial

3.1.1 Breve histórico da doença

Tuberculose, Tísica, Peste Branca, várias foram as nomenclaturas utilizadas para denominar essa doença que acompanha o homem há tempos, segundo evidências, desde a Antiguidade. Existem relatos que demonstram sinais da TB em ossos humanos pré-históricos encontrados na Alemanha (8000 a.C.), em múmias egípcias (3000 a.C.) e mais recentemente em uma múmia pré-colombiana no Peru que também apresentava aspectos da doença (CONDE, 2002; PORTAL DA SAÚDE. Tuberculose – História. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31096>. Acesso em 06. abr.2011).

Durante muito tempo em várias civilizações antigas, a TB e tantos outros males que acometiam os indivíduos eram considerados como castigo divino. Até que Hipócrates na Grécia caracterizou-a como sendo natural, e passou a denominá-la de Tísica (CONDE, 2002).

Com o início da Revolução Industrial a troca de trabalho passou a acontecer não por produtos, mas por salários, como consequência, os centros urbanos passaram a receber pessoas vindas do campo em busca de trabalho e melhores condições de vida. Esse processo fez com que as cidades ficassem super povoadas, empobrecidas, com escassas condições sanitárias e alimentares, favorecendo nesses locais o aparecimento da Tuberculose (ROSEMBERG, 1999).

No Brasil, com a chegada dos europeus e missionários foi que a doença se manifestou de forma grave e aguda disseminando-se entre os índios. Também no país, como em várias localidades, à medida que a revolução industrial progredia, a tuberculose ia se propagando cada vez mais, concomitantemente ao crescimento desordenado das cidades e agravamento da pobreza (CONDE, 2002).

A partir dos últimos anos do século XVIII, a tuberculose primeiramente foi definida como uma “doença romântica”, idealizada nas obras literárias e artísticas ao estilo do romantismo, e frequentemente associada às almas tristes e poéticas, pois vários foram os poetas e intelectuais que morreram em decorrência desta, como por exemplo: Castro Alves, Augusto dos Anjos, Álvares de Azevedo, Casimiro de Abreu, Manoel Bandeira entre tantos outros, que retratam em suas

obras a angústia em decorrência dos sintomas, o medo e principalmente a espera e certeza da morte (ROSEMBERG, 1999).

Logo após a fase romântica, a TB passou a ser vista como mal social, quando se observou uma maior incidência junto às classes populares em virtude das más condições de vida (ROSEMBERG, 1999).

No decorrer do tempo, várias foram as tentativas de tratamento realizadas, como a ingestão de preparados exóticos principalmente, infusão de repolho, de pó de casca de caranguejo, de pulmão de raposa e de fígado de lobo em vinho tinto, de rosas vermelhas em mel; utilização de sangrias; indução de vômitos; repouso e alimentação; para as hemoptises graves, aplicavam-se garrotes nas coxas e braços, a mística do ar nas montanhas se tornou comum, como objetivo de proporcionar a mudança de clima: os pacientes se deslocavam para regiões litorâneas ou montanhosas para se tratar e aqueles que não tinham forças para a viagem passavam a dormir com travesseiros de folhas de pinheiro ou colocavam algas marinhas debaixo da cama; Alguns eram proibidos até mesmo de falar ou rir e ficavam deitados sem poder se movimentar (ROSEMBERG, 1999; PORTAL DA SAÚDE. Tuberculose – História. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31096>. Acesso em 06. abr. 2011).

Na França e na Inglaterra, acreditava-se que os reis tinham o poder de curar os doentes com TB ganglionar, através de seus toques, logo os portadores desse tipo, se dirigiam uma vez por ano em uma determinada data, para receberem o toque real acompanhado de orações feitas pelos próprios reis ou por cardeais que os serviam (CONDE, 2002).

Sete tipos de tratamentos, constituindo o "septeto da panacea", porque eram indicados para todos os males, foram: sangria, purgativos, ventosas, vesicatórios, eméticos, sanguessugas e clisteres. Os seis primeiros constavam do "armamento antituberculoso", de todos os centros médicos. A sangria, cuja técnica de aplicação foi estipulada por Galeno, foi fartamente praticada até quase o final do século 19. Indicavam-se até para os doentes hemoptóicos, imaginando-se que retirando sangue do paciente diminuiriam as hemoptises. Com isso os doentes tornavam-se anêmicos, debilitando-se mais ainda (ROSEMBERG, 1999, p. 15).

A partir da identificação de estruturas nos pulmões dos doentes, com aspecto

de tubérculos, a TB começa a ser mais bem compreendida e recebe seu nome atual. Em 1882, Robert Koch através de seus estudos, descobre o agente causador da doença, a bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, também chamada de bacilo de Koch, em homenagem ao seu descobridor. Em 1908, os cientistas Albert Calmette e Camille Guérin conseguiram isolar uma cepa do bacilo da tuberculose e produzir culturas vivas atenuadas para serem usadas como vacina. Essa cepa ganhou o nome de Bacilo Calmette-Guérin, sigla de "BCG". A vacina foi aplicada pela primeira vez em crianças no ano de 1921. Apenas em 1944 foi inventado o primeiro antibiótico, a estreptomicina, produzida a partir da garganta de uma galinha. Contudo, sem o apoio ao tratamento e o contato entre doentes, surgiram bactérias resistentes ao medicamento. Para contornar o problema, novas pesquisas foram realizadas e então, desenvolveu-se um coquetel com quatro antibióticos, que atualmente vem sendo utilizado (CONDE, 2002; PORTAL DA SAÚDE. Tuberculose – História. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31096>. Acesso em 06. abr. 2011).

3.1.2. Etiologia, Transmissão e Patogênese

A tuberculose é uma enfermidade de caráter infecto-contagioso, causada pelo bacilo de Koch como também é denominado o *Mycobacterium tuberculosis*, caracterizado como um bastonete aeróbico, álcool-ácido-resistente, que cresce lentamente e é sensível à luz ultravioleta e ao calor (SMELTZER; BARE, 2005). É transmitida de pessoa a pessoa através do ar, por um doente com TB de vias aéreas (pulmões e laringe) quando este tosse, espirra e até mesmo fala. (BRASIL, 2010a).

Um indivíduo infectado libera núcleos de gotículas com tamanhos variados, as maiores depositam-se no solo não oferecendo perigo, enquanto as menores permanecem suspensas no ar e são inaladas pela pessoa susceptível. Das vias aéreas as bactérias são levadas até os alvéolos pulmonares, onde se conservam e começam a multiplicar-se, podendo também ser transportadas para outras partes do corpo (rins, ossos, meninges, laringe) e para outras partes do pulmão (lobos superiores) (SMELTZER; BARE, 2005)

A transmissão é plena até que o doente não tenha iniciado o tratamento, pois

através da medicação recomendada, gradativamente a transmissibilidade é reduzida a níveis insignificantes, ao fim de poucos dias ou semanas (BRASIL, 2010a).

3.1.3. Fatores de risco e Manifestações Clínicas

Os principais fatores de risco que predispõem ao acometimento pela TB são: contato íntimo e prolongado com um portador ativo da doença, associado a quantidade de tempo de exposição no mesmo espaço físico e ao grau de ventilação; Imunossupressão (infecção pelo HIV, órgãos transplantados, câncer, entre outros); Abuso de substâncias tóxicas (drogas lícitas e ilícitas); Suscetibilidade genética; Predisposição dos contatos devido a más condições de vida e saúde (desabrigados, pobres, pessoas em regime prisional e asilar); Portadores de doenças crônicas; Imigração de países com alta prevalência de TB e ser um profissional da saúde que desempenha atividades de alto risco (BRASIL, 2008, 2010b; SMELTZER; BARE, 2005).

Em decorrência da inflamação no parênquima pulmonar os sintomas mais sugestivos da TB são a febre baixa vespertina e a tosse persistente (mais de três semanas) com presença ou não de muco e eventualmente de sangue. Outros sinais e sintomas são ainda, a sudorese noturna, dor torácica, falta de apetite, emagrecimento acentuado e fadiga (BRASIL, 2010b, 2010c; SMELTZER; BARE, 2005; TARANTINO, 2008).

A tuberculose pode manifestar-se sob formas clínicas distintas uma vez que em alguns casos, acomete vários órgãos e sistemas, assim, outros achados diagnósticos além da tosse, podem ocorrer e precisam ser valorizados na investigação individualizada (CONDE, 2009).

3.1.4. Diagnóstico e Tratamento

Na tentativa de cumprir as metas estabelecidas pela OMS em detectar no mínimo 70% dos casos, tratar 100% destes e curá-los em 85%, esforços devem ser realizados no sentido de encontrar o mais breve possível os sintomáticos respiratórios, diagnosticar os casos positivos e oferecer o tratamento adequado, interrompendo desta forma a cadeia de transmissão da doença.

O diagnóstico da Tuberculose é baseado em um histórico completo e minucioso, exame físico e através de exames laboratoriais e radiográficos que possam contribuir e confirmar as suspeitas clínicas, dentre os quais, são mais utilizados:

⇒ Teste Cutâneo Tuberculínico

Também conhecido como Teste de Mantoux ou Teste do Derivado Protéico Purificado (PPD), consiste na inoculação intradérmica da tuberculina em uma pessoa, para detectar se houve infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* (BRASIL, 2010b).

⇒ Pesquisa Bacteriológica

È o método prioritário na detecção, monitoramento da evolução do tratamento e para documentar a cura do paciente. É realizada por meio da baciloscopia do escarro e cultura para identificar o agente etiológico (BRASIL, 2010a, 2010b, 2010c).

⇒ Exame Radiológico

A radiografia de tórax é um dos métodos bastante utilizados e deve ser solicitada para todos os pacientes com suspeita clínica de TB pulmonar. O exame permite ainda, a diferenciação de imagens sugestivas de tuberculose ou de outra doença, no entanto é indispensável a realização do exame bacteriológico. Quando a pessoa está infectada, é possível observar geralmente lesões nos lobos superiores dos pulmões e cavitação única ou múltipla (BRASIL, 2010b, 2010c; SMELTZER; BARE, 2005).

Após confirmação diagnóstica, o tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível, permitindo assim, extinguir rapidamente as maiores fontes de infecção que são os bacilíferos positivos, estes quando não tratados, podem infectar em um ano, cerca de 10 a 15 pessoas. Após 15 dias de tratamento e havendo melhora clínica, quando o doente não tem história de tratamento anterior nem riscos conhecidos de resistência, pode-se considerar o paciente não infectante.

Entretanto, recomenda-se que seja também considerada a negatificação da baciloscopia de escarro, para que as precauções com o contágio sejam desmobilizadas, principalmente para biossegurança nos serviços de saúde (BRASIL, 2010a, 2010b, 2010c; PNCT. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21446>. Acesso em: 30.abr.2011).

Dentre os princípios do tratamento da tuberculose estão: associação medicamentosa adequada, doses corretas, uso por tempo suficiente, com supervisão da tomada dos medicamentos, os quais são medidas que favorecem evitar a persistência bacteriana, e o desenvolvimento de resistência às drogas, assegurando dessa forma a cura do paciente. Assim, os doentes não precisam, nem devem ser afastados do convívio familiar e da comunidade (BRASIL, 2010a, 2010b).

Atualmente como estratégia para combater e controlar a TB recomenda-se que o tratamento seja realizado de forma supervisionada, a partir do Tratamento Diretamente Observado (TDO), pois este se constitui como fator essencial para se promover o real e efetivo controle da tuberculose. O TDO promove o aumento da adesão dos pacientes, maior descoberta das fontes de infecção, estabelecimento de vínculo o que facilita o aumento dos percentuais de cura e reduzindo-se o risco de transmissão da doença na comunidade (BRASIL, 2010c).

3.2 Capítulo II: O Vínculo na prestação da assistência

3.2.1 Importância do vínculo na atenção ao doente de TB

O conhecimento da realidade atual exige por parte dos profissionais de saúde novas responsabilidades, assim como mudanças na sua prática cotidiana que propiciem maior interação do profissional, a partir da criação de vínculos, com os usuários que demandam os serviços de saúde (BRASIL, 1998; MUNIZ; VILLA; PEDERSOLLI, 1999).

O Vínculo pode ser definido como algo que une as pessoas e promove uma aproximação mais efetiva entre usuário e profissional, estabelecendo fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua através da produção da escuta qualificada, do diálogo, respeito, confiança, autonomia, possibilitando que o doente possa entender o significado do cuidado a ele prestado e sua co-responsabilização nesse processo (ALMEIDA; MACINKO, 2006; ARCÊNCIO, 2005; STARFIELD, 2002). O Vínculo é uma das dimensões da Atenção Primária em Saúde (APS), propostas por Starfield (2002) e pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, em um ambiente de relação mútua e humanizada entre a equipe de saúde, indivíduos e famílias.

O vínculo é um dos instrumentos fundamentais no atendimento ao usuário, para que se possa incidir sobre o estado de saúde nos âmbitos individuais e coletivos (RAMOS E LIMA, 2003), constituindo-se um dos principais elementos estruturantes na atenção e no controle da TB, uma vez que ele permeia a responsabilização, a integralidade, a humanização, entre outros (ARCÊNCIO et al, 2008).

Considera-se o vínculo como a longitudinalidade do cuidado, uma vez que para ocorrê-lo necessita-se de uma relação de longa duração entre os trabalhadores da saúde e pacientes, favorecendo o reconhecimento dos problemas presentes e futuros, possibilitando o planejamento e oferta de ações específicas e sistemáticas que visem à prevenção, promoção e reabilitação (STARFIELD, 2002).

Nessa perspectiva, para que o vínculo aconteça é necessário que se constitua uma relação de confiança, a qual permitirá que o paciente e seus familiares, compreendam a enfermidade e importância do envolvimento e compromisso destes no decorrer do tratamento, tornando-os sujeitos ativos nesse

processo (RAMOS E LIMA, 2003).

Para isso é indispensável, segundo Gomes e Sá (2009, p. 368) “que os profissionais de saúde supram necessidades, intervenham, aconselhem, compartilhem opiniões, promovam suporte psicológico”, impulsionando assim, o desenvolvimento e ampliação de ações que estejam voltadas para o alívio das ansiedades, necessidades e dores do doente.

O estabelecimento do vínculo constitui ainda uma oportunidade para que o paciente expresse suas angústias e dúvidas acerca da doença, além de proporcionar que o profissional atue junto às suas necessidades, construindo estratégias facilitadoras para a continuidade do tratamento (SASSAKI, 2003).

As deficiências no envolvimento usuário-profissional, sensibilização deste frente às necessidades dos pacientes, conscientização e habilidade técnica; a rotatividade dos membros das equipes no sistema de saúde; a drenagem dos profissionais com maior capacitação para os sistemas privados são problemas ainda enfrentados pelo Sistema Único de Saúde, o que reflete na qualidade da assistência prestada (MONROE et al, 2008).

A OMS (2003) destaca que a atenção à TB implica lidar com uma doença considerada como condição crônica, que demanda habilidades específicas para um atendimento diferenciado, por se tratar de uma doença de longa duração, cuja programação das ações deve abranger os aspectos sócio-econômico-cultural do doente e o estabelecimento de vínculo e co-responsabilização entre os atores envolvidos nesse processo.

Para promover a qualidade da atenção ao doente de tuberculose a construção e fortalecimento do vínculo entre profissional-doente-família se torna elemento imprescindível no controle da doença, pois devido seu caráter estigmatizante ser ainda forte e presente, o doente muitas vezes se isola do convívio social por vergonha devido à contagiosidade da TB, podendo ficar também agressivo e desesperançado, o que dificulta o processo de adesão e continuidade ao tratamento, provocando abandono deste e conseqüentemente impedindo a cura.

3.2.2 O Vínculo e a estratégia DOTS

No ano de 1993 com a declaração da tuberculose como emergência global, a OMS estabeleceu novas diretrizes de trabalho onde recomenda estratégias globais

para o controle efetivo da TB nos países com maior carga da doença, dentre as quais encontramos o Directly Observed Treatment Short Course (DOTS) (BRASIL, 1997; RUFFINO-NETO, 2002).

DOTS significa Tratamento diretamente observado de curta duração, se configura como ferramenta prioritária para elevar os índices de cura para 85% e diminuir as taxas de abandono para no máximo 5% e é constituído por 5 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 (OPAS, 1997).

Para garantir o sucesso terapêutico, a estratégia DOTS prevê a implantação do Tratamento Diretamente Observado (TDO) ou Tratamento Supervisionado (TS) que consiste na observação da tomada dos medicamentos, pelo menos três vezes por semana durante a fase de ataque e duas vezes na fase de manutenção até o término tratamento. Deve ser conduzido por um profissional da saúde ou por uma pessoa devidamente capacitada sob supervisão e monitoramento do enfermeiro e pode ser realizado na unidade de saúde, no domicílio do paciente, no hospital ou local de trabalho. As pessoas tratadas com essa modalidade têm maior probabilidade de curar a TB, visto que o TDO aproxima o profissional do contexto que o doente está inserido, possibilita identificar grupos de risco para a não adesão, minimizar o estigma, além de instituir vínculos entre o serviço de saúde o doente e sua família (BRASIL, 2010b; MUNIZ; VILLA; PEDERSOLLI, 1999; RUFFINO-NETTO, 2002).

A OMS aponta que cerca de 30% de todos os pacientes que recebem a medicação para ser auto-administrada, não aderem à terapêutica (OMS, 2003). A não adesão é um dos principais empecilhos ao controle da TB, contribuindo para aumentar: a transmissibilidade do bacilo, resistência aos fármacos e chances de recidivas (LWILLA et al, 2003; SCHWARTZ et al, 2004).

Brunello et al (2009) consideram que somente ocorrerá sucesso no tratamento, se estabelecido o vínculo, para isso deve-se atribuir como prioridade no processo assistencial, a melhoria da relação entre o usuário e o trabalhador da saúde. Os autores colocam ainda, que o acompanhamento diário da ingestão medicamentosa permite instituir novas possibilidades de atuação, pois modifica as relações entre profissionais da área da saúde e pacientes/família constituindo novos vínculos.

Nesse aspecto, o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) propõe que as ações de controle da TB sejam realizadas nas Equipes Saúde da Família, ficando com a responsabilidade de desenvolver atividades técnicas necessárias, tais como: notificação; diagnóstico, distribuição da medicação e acompanhamento da terapêutica através do TDO; acompanhamento dos comunicantes e busca ativa de sintomáticos respiratórios (BRASIL, 1998) enquanto o Ambulatório de Referência de TB se responsabilizaria pelas situações mais complexas, como os casos de recidivas, multidrogarresistência (MDR) e co-infecção (TB/ HIV).

No entanto, ainda se observa dificuldades no processo de descentralização do PCT para os municípios brasileiros, como também a atenção aos pacientes, em muitos lugares continua acontecendo em ambulatórios especializados, sem expansão para a Atenção Básica (AB) o que dificulta a constituição do vínculo porque,

o modo de organização da estratégia saúde da família (SF) promove a produção de vínculos entre profissionais de saúde e usuários com TB, já que as unidades de SF favorecem o primeiro contato das comunidades com o serviço permitindo que as equipes de saúde da família se adaptem às diferentes necessidades da comunidade sob sua responsabilidade; e promovem um relacionamento mais próximo e duradouro entre os usuários e serviços de saúde (GOMES e SÁ, 2009, p. 366).

Essa perspectiva se torna importante, pois as relações que se formam entre profissionais de saúde, paciente e familiar decorrente da supervisão terapêutica, diferem daquelas estabelecidas no ambiente intra-hospitalar ou ambulatorial. Quando o paciente é atendido pelos serviços, a relação de dominação, subordinação tende a ser maior e imposta por normas institucionais (MUNIZ; VILLA; PEDERSOLLI, 1999).

Neste sentido, “criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro” (MERHY, 1994, p.138), esta interação deve ser formada não apenas pelas ESF, mas em todos os níveis de atenção à saúde para que se possa prestar uma assistência integral, humanizada e resolutiva.

3.3 Capítulo III: Avaliação dos Serviços de Saúde

São inegáveis os avanços obtidos no setor saúde advindos da implementação do Sistema Único de Saúde e da crescente descentralização dos serviços. Em decorrência dos crescentes investimentos e dos custos elevados da assistência médico-hospitalar a partir do aumento da complexidade da atenção, o desafio agora a ser enfrentado, é o da qualificação da rede de atenção em todos os níveis, acompanhada por um processo consistente de monitoramento e avaliação (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Nessa conjuntura, a avaliação, tornou-se essencial para dar suporte ao processo de tomada de decisão visando torná-lo mais racional e efetivo possível, mediante a identificação de problemas, re-orientação das ações, incorporação de novas práticas sanitárias e mensuração dos resultados obtidos, devendo ser exercida por todos aqueles envolvidos nesse processo, tendo em vista o benefício final, que é o usuário/cliente do serviço/programa (BRASIL, 2005; TANAKA; MELO, 2000, 2004).

Avaliar consiste em “emitir um juízo de valor sobre determinada intervenção (programa, serviço, etc.) com critérios e referenciais explícitos, utilizando-se dados e informações construídos ou já existentes, visando à tomada de decisão” (FURTADO, 2006, p. 717).

A avaliação entra como uma das ferramentas que agregam e dão suporte na melhoria da qualidade e a todo instante precisa se adequar ao cotidiano dos serviços uma vez que pode ser encarada em alguns momentos como elemento negativo quando visa somente um julgamento do que é proposto (HARTZ, 1997).

Deve-se considerar que a avaliação da qualidade não pode ser vista como um julgamento a priori, mas uma oportunidade de mudança e não precisa ser entendida com um fim em si mesmo, mas ser acompanhada por propostas que busquem implementar as mudanças (CAMPOS, 2005).

Neste sentido, ainda, a avaliação deverá ser também compreendida como uma estratégia para decidir como encarar e resolver problemas, sendo um processo técnico-administrativo designado à tomada de decisão (TANAKA E MELO, 2004).

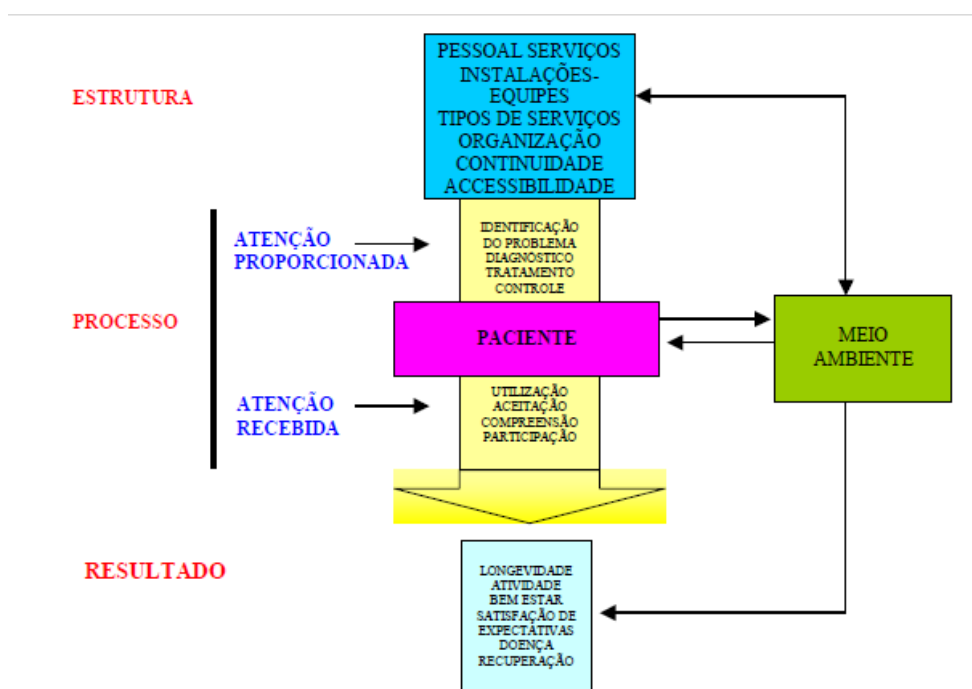
Pereira (2007, p. 538) enfatiza que o termo avaliar,

tem o sentido de determinar o valor ou a quantidade de alguma coisa, e comparar os resultados com normas ou outros valores e quantidades, que sirvam como parâmetros, tais como os obtidos por consenso ou verificados em um grupo-controle.

Dessa forma, Donabedian (1980) propõe um modelo unificado para avaliação da qualidade em saúde, baseado em três elementos (Figura 1):

- ⇒ Estrutura: corresponde aos recursos físicos, humanos e organizacionais necessários à prestação da assistência, os quais podem aumentar ou diminuir a qualidade do cuidado. Inclui ainda, financiamento e disponibilidade de mão de obra qualificada.
- ⇒ Processo: abrange todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes (relação médico/profissional/equipe de saúde-paciente) a partir das quais se obtêm os resultados da assistência. Por isso, é de onde se retiram as bases para atribuir o valor da qualidade.
- ⇒ Resultado: constitui o produto final que se alcançou através da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

Figura 1 - Componentes utilizados para Avaliação da Qualidade em Saúde



Fonte: Ruffino-Neto (2002), modificado de Starfield (1992)

Posteriormente Donabedian amplia esse conceito e inclui os sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990).

O que se pode observar nos dias atuais é que ainda existem conceitos errôneos no que diz respeito a avaliação, colocando-a como elemento punitivo, quando na verdade se constitui como ferramenta essencial para a qualidade de vida da população, sendo uma das etapas para reconhecer a necessidade de um atendimento adequado dentro dos serviços, a qual precisa ser também entendida como um elemento educativo e que serve de instrumento de gestão fundamental para apoiar os países no esboço, na implementação e na organização de serviços (TANAKA; MELO, 2004; VIEIRA, 2005).

4 Metodologia

4.1 Percurso Metodológico

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, tipo inquérito, para avaliação de serviços de saúde com abordagem quantitativa.

Segundo Pereira (2007) e Rouquayrol (2003), estudos transversais fundamentam-se em investigações que produzem instantâneos da situação de saúde de uma população ou comunidade, no qual o fator e o efeito são observados no mesmo momento histórico, sendo este último definido pelo investigador que escolhe o período de coleta de dados.

Para este trabalho, foi utilizado como referencial teórico - metodológico as categorias básicas da avaliação da qualidade de Serviços de Saúde, propostas por Donabedian (1994), Starfield (2002), Tanaka e Melo (2004), Hartz (2005), priorizando-se o “processo”, a partir da dimensão vínculo.

4.2 Cenário de Estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Campina Grande, segundo maior do Estado, com uma área total de 594,18 km² e uma população de 385.276 habitantes conforme dados do IBGE, 2010, foi um dos primeiros 14 municípios brasileiros que implantou o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 com 05 (cinco) equipes (PROJETO DE IMPLANTAÇÃO, 1994) e é um dos seis municípios prioritários no combate a tuberculose (BRASIL, 1998).

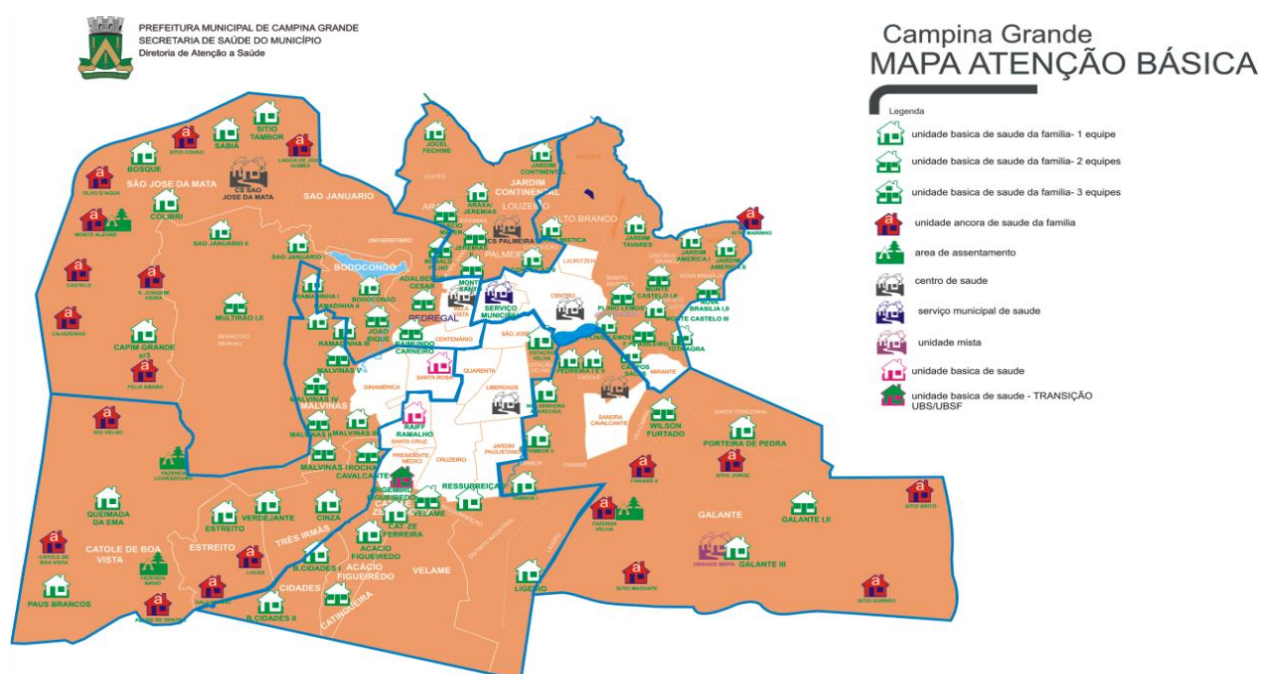
Situa-se no Agreste Paraibano entre o litoral e o sertão, o que o confere, um clima equatorial semi-árido, ou seja, menos árido do que o habitual no interior do estado. Quanto às temperaturas máximas registram-se 33° C nos dias mais quentes de verão, e 28°C no inverno, já as mínimas ficam em torno de 23°C nos dias mais quentes e 15°C nas noites mais frias do ano.

As principais atividades econômicas incluem extração mineral, as culturas agrícolas, pecuária, artesanato, comércio varejista e atacadista, indústrias de transformação, beneficiamento e de desenvolvimento de software, o que leva a ser considerado um dos principais pólos industriais da Região Nordeste e maior pólo tecnológico da América Latina.

4.3 Organização dos Serviços Saúde no Município

Como porta de entrada da Atenção Primária em Saúde, o município adotou o PSF como modelo para reorganização da Atenção Básica, possui atualmente 92 Equipes Saúde da família, distribuídas em 88 Unidades Básicas, o que equivale a 77% de cobertura populacional.

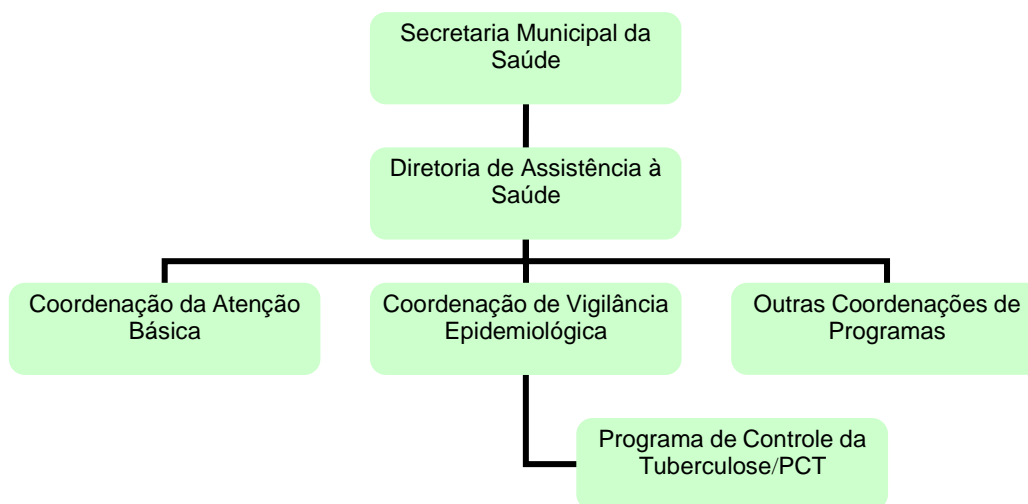
Figura 2 - Mapa da Atenção Básica, Campina Grande/PB, Out. 2009



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/ Relatório de Gestão 2009

Em 1998 foi implantado na cidade de Campina Grande o Programa de Controle da Tuberculose (PCT). A Coordenação deste é subordinada à de Vigilância Epidemiológica, que é subordinada à Diretoria de Assistência à Saúde, e esta, à Secretaria Municipal de Saúde (Figura 3).

Figura 3 - Organograma da Secretaria Municipal da Saúde



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/ Relatório de Gestão 2009

No ano de 1999, ocorreu a implantação da Estratégia DOTS, articulada com a expansão do PSF. As ações de controle da TB são desenvolvidas pelas 92 equipes de saúde da família, por 01 (um) Ambulatório de Referência em TB e por 06 (seis) Centros de Saúde. A referência estadual para encaminhamento de pacientes é o Hospital Clementino Fraga, em João Pessoa/PB, distando 130 km do município de estudo.

As UBSF funcionam nos dias úteis da semana: de segunda à sexta, nos horários de 7:30h às 11:30h e das 13:30h às 17:30h; a equipe é composta pelos profissionais: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde (ACS), uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais. Algumas unidades dispõem ainda, de dentistas e técnico em higiene dental (equipe ampliada). Estas recebem ainda suporte dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). As ações de controle da TB são desenvolvidas basicamente pelos médicos, enfermeiros e ACS.

O AMBREF funciona durante cinco dias da semana, no período de segunda à sexta, no turno manhã. A equipe de saúde é composta por uma médica (pneumologista), uma enfermeira, uma assistente social, uma auxiliar de

enfermagem, uma bioquímica, um técnico de laboratório e uma recepcionista. O atendimento médico é realizado em três dias da semana.

4.4 Coleta de Dados

O estudo inclui os portadores de TB, atendidos e acompanhados nas UBSF e AMBREF do município. A coleta de dados foi realizada por meio de contato pré-estabelecido com os profissionais de saúde dos dois serviços, sendo apresentado e discutido o trabalho a ser desenvolvido, bem como o agendamento das entrevistas com os doentes de TB e agentes comunitários de saúde (ACS).

4.4.1 Período

Os dados primários e secundários foram coletados no período de fevereiro a novembro de 2010.

4.4.2 Instrumento

Foram utilizadas quinze questões (três sócio-demográficas, uma sobre local de tratamento, uma quanto à modalidade de tratamento e dez da dimensão vínculo) do instrumento componente do *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), formulado e validado para avaliar os aspectos críticos da atenção primária, desenvolvido na Universidade de Johns Hopkins, por Starfield (2000). Este foi adaptado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006) por meio de sua aplicação no município de Petrópolis/RJ e posteriormente, para avaliar a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino-Netto (2009) (Anexo A).

O entrevistado respondeu cada pergunta do questionário segundo uma escala de possibilidades preestabelecida, tipo Likert, à qual foi atribuído um valor entre zero e cinco. O valor zero foi atribuído para resposta não sei ou não se aplica e os valores de 1 a 5 registram o grau de relação de preferência (ou concordância) das afirmações.

No que se refere às informações gerais e sócio-demográficas sobre o doente de TB, o entrevistado respondeu cada pergunta do questionário segundo escalas variadas de respostas como, dicotômicas, qualitativas ordinais, etc.

4.4.3. População do Estudo

A população do estudo foi constituída por 428 doentes de TB notificados no SINAN-NET/PB, no período de janeiro/2006 a dezembro/2009, sendo deste quantitativo, selecionados para realização da entrevista 79 doentes de TB que atenderam aos critérios de inclusão e não foram classificados nos de exclusão.

4.4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

⇒ Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo, doentes de TB:

- Com idade igual ou superior a 18 anos;
- Residentes no município de Campina Grande/PB;
- Que tinham condições de responderem por si só;
- Realizavam tratamento nas Unidades Básicas de Saúde da Família e Ambulatório de Referência no município de estudo;
- Que tiveram diagnóstico de TB entre janeiro/2009 a maio/2010.

⇒ Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo, doentes de TB que:

- Encontrava-se em regime prisional;
- Realizaram tratamento em centros de saúde;
- Residiam em áreas de difícil acesso, como também área de risco social e violência urbana.

4.4.5 Etapas da Coleta

1ª Etapa

Inicialmente foi feito o levantamento dos dados secundários do SINAN-

NET/PB, no período de 2006 a 2009 e em prontuários dos doentes de TB.

2ª Etapa

Constituiu na entrevista com doentes de TB diagnosticados no período de janeiro/2009 a maio/2010, que estavam em tratamento supervisionado ou auto-administrado nas UBSF e AMBREF.

As entrevistas foram realizadas na grande maioria no domicílio do doente e uma pequena quantidade nas Unidades de Saúde, respeitando-se a vontade do doente.

Para os doentes de TB que já haviam concluído o tratamento, a entrevista era realizada no próprio domicílio. O ACS estabelecia contato prévio e no dia agendado acompanhava o pesquisador até o local, porém não participava da entrevista.

Ao chegar às Unidades de Saúde ou no domicílio, antes de responder as questões, o entrevistado era esclarecido sobre a pesquisa, seus objetivos e a importância de sua participação. Em caso de concordância, era solicitado que assinasse o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo B).

Durante o período de coleta alguns elementos foram facilitadores e outros dificultadores desse processo:

⇒ Elementos Facilitadores

- A parceria com os serviços de saúde locais (profissionais de saúde, gerente da vigilância epidemiológica e entrevistadores) para o planejamento da coleta de dados (fornecimento de mapas das unidades UBSF/PACS, número de prontuário dos doentes, identificação do doente de TB e agendamento prévio das entrevistas);
- Disponibilidade do ACS em acompanhar o entrevistador até o domicílio do doente para realização das entrevistas;
- Disponibilização de salas das unidades de saúde para entrevistar os doentes de TB;
- A disponibilização dos horários de consulta dos doentes pelos profissionais de saúde, facilitando a coleta de dados pelos pesquisadores.

⇒ Elementos Dificultadores

- Mudança de endereço dos doentes, dificultando sua localização;
- Localização geográfica de moradia dos doentes de difícil acesso, como também área de risco social e violência urbana;
- A falta de compromisso de alguns doentes que ao agendarem as entrevistas, não se encontravam no horário estabelecido ou estavam ocupados com outras atividades, solicitando ao entrevistador que voltasse em outro momento;
- O baixo grau de escolaridade dos doentes que em alguns momentos tornou moroso o processo de entrevista.
- Greve deflagrada pelos profissionais do PSF por um período aproximado de quatro meses.

4.5 Análise dos Dados

Inicialmente houve a criação de um banco de dados para armazenamento das informações obtidas via questionário. Os dados foram registrados em uma planilha eletrônica do Microsoft Office Excel 2007 e posteriormente transferidos para a tabela de entrada de dados do Programa IBM SPSS 13.0.

Em seguida, os dados foram submetidos a procedimentos estatísticos como: cálculos de frequência relativa, média, desvio padrão, intervalos de confiança. Logo após foram transportados para o Microsoft Excel 2007, o qual permitiu a construção de gráficos e tabelas.

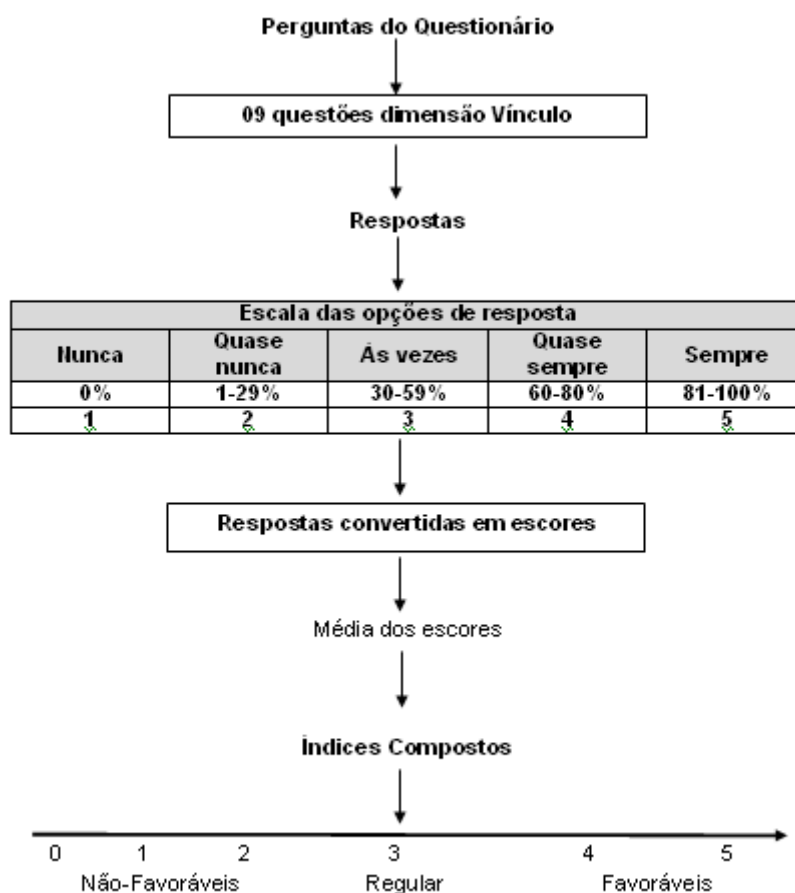
As respostas foram analisadas individualmente e estratificadas por tipo de unidade: UBSF e Ambulatório de Referência. Como os itens do questionário e as escalas de respostas foram iguais para todos os entrevistados foi possível dessa forma, realizar a comparação entre os serviços de saúde.

Para atingir o primeiro objetivo específico, a análise dos dados incluiu inicialmente a construção do perfil sócio-demográfico dos doentes.

Para alcançar o segundo objetivo específico, realizou-se análise e comparação das respostas obtidas por meio dos dados primários das diferentes fontes (usuários do AMBREF e UBSF).

As respostas obtidas foram somadas e o valor médio destas representou um índice composto, utilizado para verificar o desempenho dos serviços no que concerne à dimensão vínculo (Figura 4).

Figura 4 - Síntese esquemática da construção dos índices compostos



Fonte: Adaptado de Almeida e Macinko (2006).

Consideraram-se níveis favoráveis de constituição de vínculo quando o índice composto apresentou valor maior ou igual a 4 (quatro), regulares abaixo de 4 e acima ou igual a 3 (três) e não-favoráveis se escores abaixo de 3.

Para a última questão da dimensão vínculo que trata da satisfação do doente sobre a equipe de saúde que o atendeu, optou-se por utilizar as freqüências relativas de cada serviço para melhor ilustrar o desempenho obtido nesse aspecto.

4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, em concordância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe das normas que regulamentam a pesquisa com seres humanos.

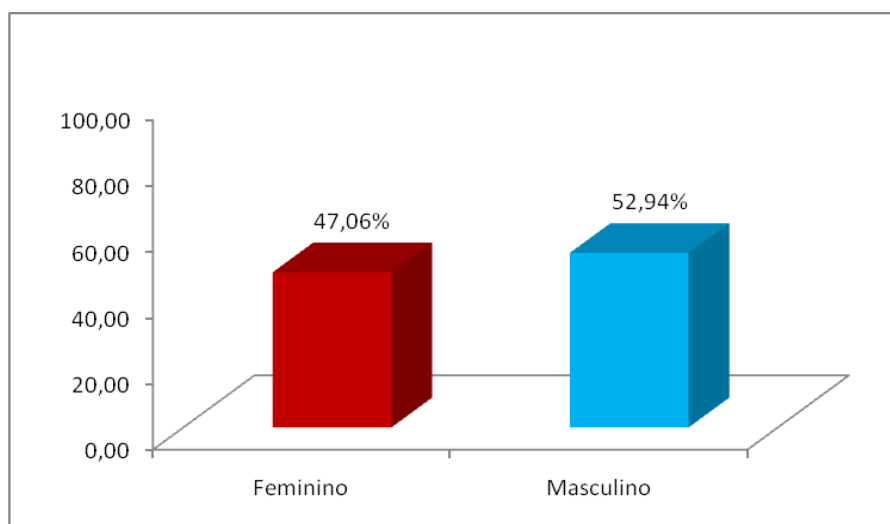
A cada sujeito da pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e a entrevista somente foi realizada mediante concordância explicitada com o termo, por meio da assinatura ou do carimbo do polegar direito do participante, assegurando sua livre vontade de participar do estudo.

5 Resultados e Discussão

5.1 Caracterização dos sujeitos do estudo

Dos participantes do estudo observou-se que, predominou o sexo masculino nos dois serviços, 52,94% no AMBREF e 73,3% nas UBSFs (Gráfico 1 e 2).

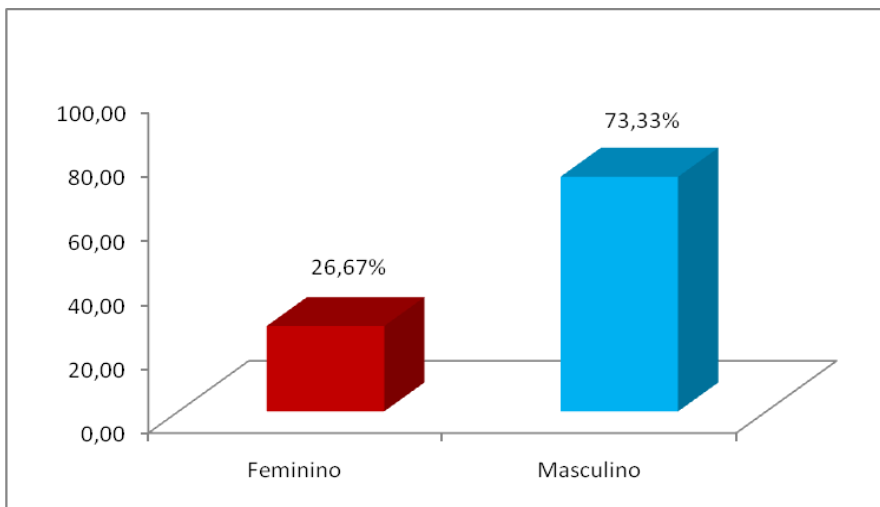
Gráfico 1 - Doentes de TB acompanhados no AMBREF por sexo, Campina Grande/PB, 2010.



Fonte: Dados do Projeto Avaliação da efetividade das ações de controle da tuberculose, comparando o modelo de atenção do Programa de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e Ambulatório de Referência em Tuberculose no Município de Campina Grande/PB, 2010.

Dados nacionais indicam que a incidência entre homens (49,6/100.000 habitantes) é aproximadamente duas vezes maior que nas mulheres (24,6/100.000 habitantes) (BRASIL, 2011). Estudos realizados de 1985 a 2003 evidenciaram que os homens têm maior risco de adoecer de TB, o que possivelmente relaciona-se aos hábitos de vida desta população associados ao menor interesse nos cuidados com a saúde, favorecendo a maior incidência neste sexo (VENDRAMINI et al, 2005).

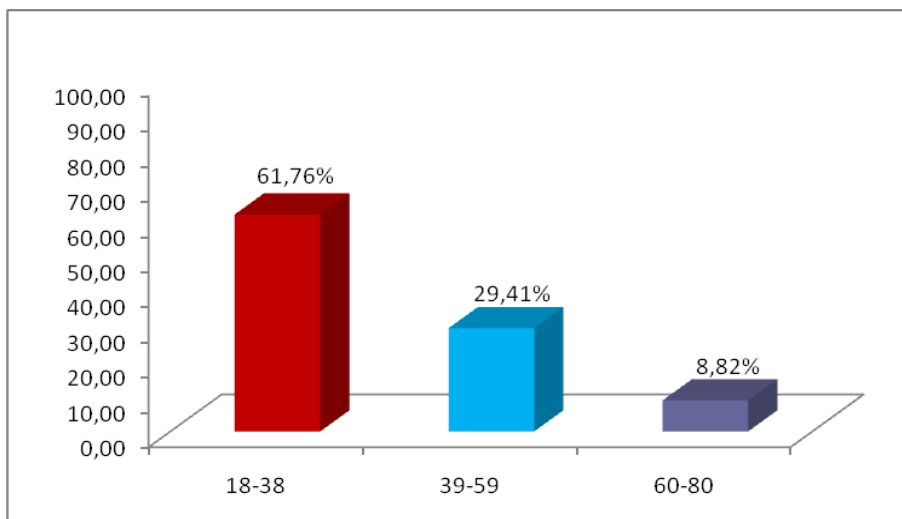
Gráfico 2 - Doentes de TB acompanhados na UBSF por sexo, Campina Grande/PB, 2010.



Fonte: Dados do Projeto Avaliação da efetividade das ações de controle da tuberculose, comparando o modelo de atenção do Programa de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e Ambulatório de Referência em Tuberculose no Município de Campina Grande/PB, 2010.

Com relação à faixa etária, pode-se observar que a maior parte dos entrevistados eram adultos jovens na faixa economicamente ativa, 61,76% dos atendidos no AmbRef e 48,89% nas UBSFs encontravam-se com idade entre 18 a 38 anos (Gráficos 3 e 4) corroborando com as estatísticas nacionais que referem um maior acometimento da enfermidade no adulto jovem, predominantemente dos 20 aos 49 anos de idade (BRASIL, 2011).

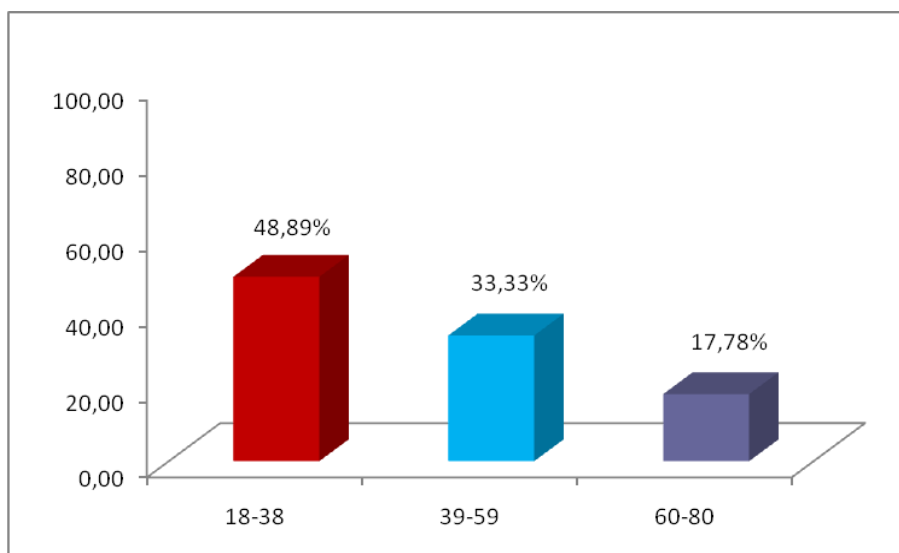
Gráfico 3 - Doentes de TB acompanhados no AMBREF por faixa etária, Campina Grande/PB, 2010.



Fonte: Dados do Projeto Avaliação da efetividade das ações de controle da tuberculose, comparando o modelo de atenção do Programa de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e Ambulatório de Referência em Tuberculose no Município de Campina Grande/PB, 2010.

Esses dados retratam um dos problemas sociais da TB, pois quando a doença acomete mais pessoas na faixa etária produtiva, isso reflete na vida socio-econômica da família, com o estado de debilidade ocasionado pela doença, o que pode ocasionar o afastamento do doente ao trabalho, muitas vezes deixa a família sem renda do provedor.

Gráfico 4 - Doentes de TB acompanhados na UBSF por faixa etária, Campina Grande/PB, 2010.



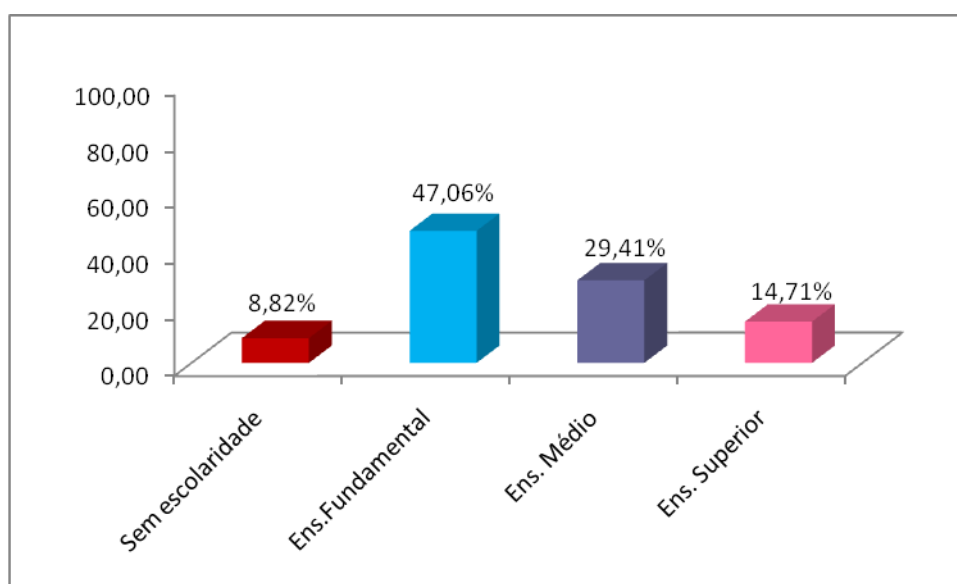
Fonte: Dados do Projeto Avaliação da efetividade das ações de controle da tuberculose, comparando o modelo de atenção do Programa de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e Ambulatório de Referência em Tuberculose no Município de Campina Grande/PB, 2010.

Quanto ao grau de instrução, no AMBREF 8,82% referiram que não possuíam escolaridade alguma, 47,06% cursaram ou estavam cursando o ensino fundamental, 29,41% frequentaram ou estavam frequentando o ensino médio e 14,71% possuíam ensino superior completo ou incompleto (Gráficos 5 e 6) enquanto nas UBSFs respectivamente os números foram 17,78%, 71,11%, 6,67% e 4,44%. Estudo realizado em Campina Grande/PB nas equipes de Saúde da Família e Ambulatório de Referência em TB no ano de 2007 demonstrou o baixo índice de escolaridade

entre os doentes de TB no município, 20,75% dos participantes apresentaram-se sem escolaridade e 51,88% com ensino fundamental incompleto (FIGUEIREDO, 2008).

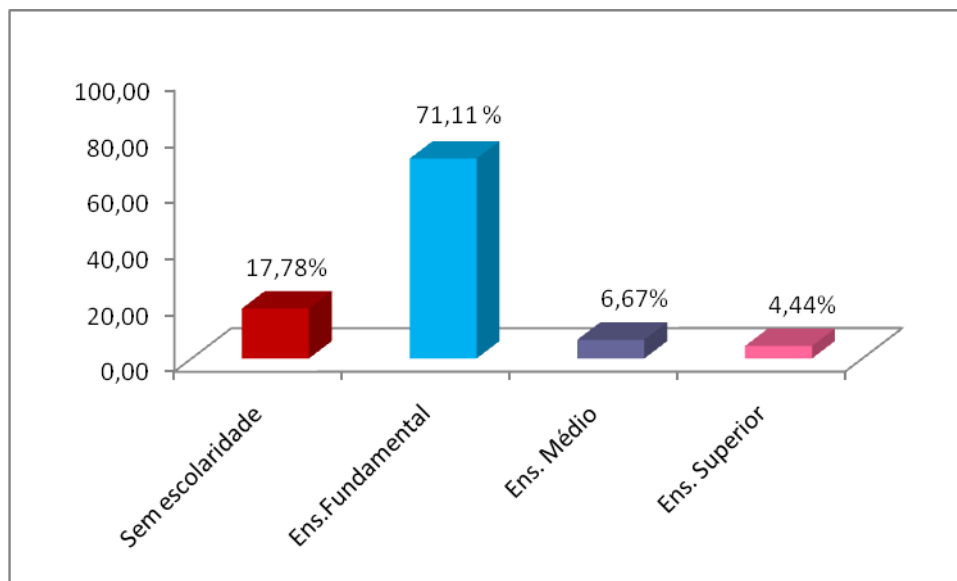
Essa informação corrobora com a de outras pesquisas que revelam maior incidência por TB nas camadas sociais com menor nível de escolaridade, evidenciando maior vulnerabilidade social, pois a baixa escolaridade pode influenciar os indivíduos na aquisição de informações sobre a doença, assim como o acesso às informações de maneira geral e, conseqüentemente o acesso à qualidade de vida (BOWKALOWSKI; BERTOLOZZI, 2010).

Gráfico 5 - Doentes de TB acompanhados no AMBREF por escolaridade, Campina Grande/PB, 2010.



Fonte: Dados do Projeto Avaliação da efetividade das ações de controle da tuberculose, comparando o modelo de atenção do Programa de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e Ambulatório de Referência em Tuberculose no Município de Campina Grande/PB, 2010.

Gráfico 6 - Doentes de TB acompanhados nas UBSFs por escolaridade, Campina Grande/PB, 2010.



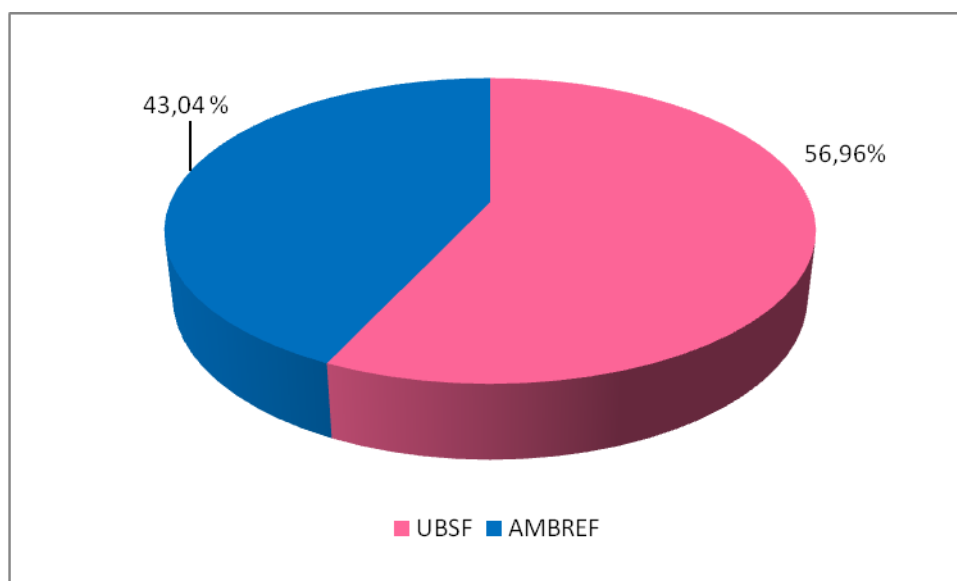
Fonte: Dados do Projeto Avaliação da efetividade das ações de controle da tuberculose, comparando o modelo de atenção do Programa de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e Ambulatório de Referência em Tuberculose no Município de Campina Grande/PB, 2010.

5.2 Avaliação do Processo a partir da dimensão Vínculo

A partir do processo de reorganização da Atenção Básica, o controle da tuberculose passou a ser uma das áreas estratégicas sob responsabilidade das equipes saúde da família, ficando a cargo dos ambulatórios de referência, apenas os casos mais complexos. Contudo, é possível observar (Gráfico 7) que boa parte do acompanhamento dos doentes de TB do município em estudo ainda está concentrada no AMBREF, ficando as ESF com 56,96% dos casos.

É importante ressaltar que esse processo dificulta a adesão ao TDO, pois o recomendado pelo MS é que a oferta dessa modalidade seja feita de forma descentralizada, em locais de fácil acesso da população, próximo a moradia das pessoas acometidas, na tentativa de minimizar as dificuldades enfrentadas pelo doente no seguimento do tratamento, sendo a ESF o local mais recomendado (BRASIL, 2010c).

Gráfico 7 – Serviço utilizado pelos doentes de TB para realização de tratamento, Campina Grande/PB, 2010.

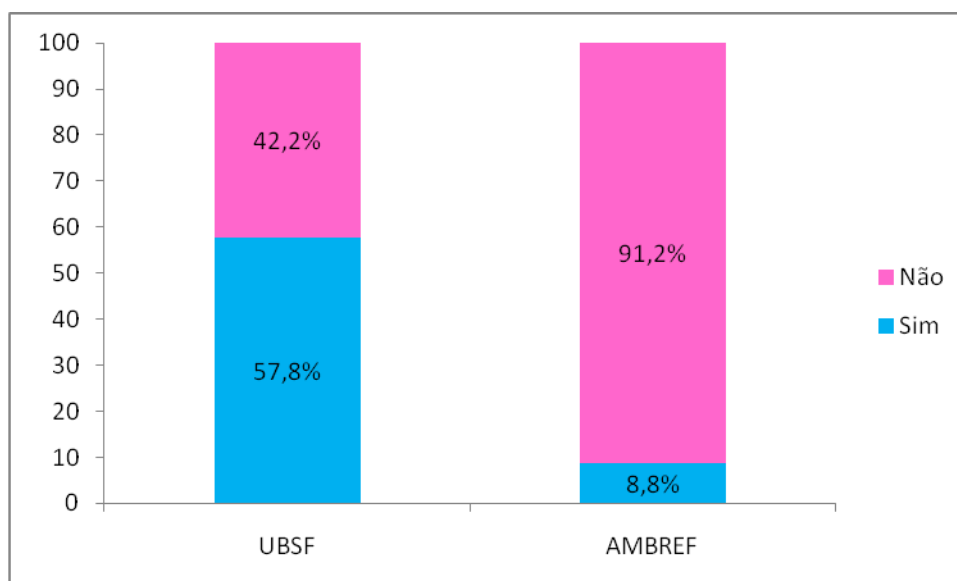


Fonte: Dados do Projeto Avaliação da efetividade das ações de controle da tuberculose, comparando o modelo de atenção do Programa de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e Ambulatório de Referência em Tuberculose no Município de Campina Grande/PB, 2010.

Dentre os doentes atendidos no AMBREF, 91,2% (Gráfico 8) não realizaram TDO o que pode ser justificado pela alta demanda de usuários atendidos neste serviço, pois além de atender os casos de maior atenção (co-infecção TB/HIV, TB-MDR, complicações associadas à TB e os casos nos quais a AB não atinge boa resolatividade) assistem ainda àqueles que preferem este serviço. Em estudo realizado em São José do Rio Preto (CRUZ-OLIVEIRA, 2007) os dados diferem dos encontrados, onde no AMBREF, 77,8% dos acompanhados realizaram TDO.

Dos acompanhados nas UBSF, apenas 57,8% realizavam o TDO, apresentando desempenho regular, apesar de as ações de controle da tuberculose consistir em uma área prioritária para esse serviço. No entanto, quando comparado com o AMBREF, apresenta números mais favoráveis. O TDO deve ser incentivado, uma vez que essa forma de tratamento além de estabelecer relações de vínculo e acolhimento, aumenta os percentuais de cura e diminui os de abandono (VENDRAMINI et al, 2002).

Gráfico 8 - Doentes de TB que realizaram Tratamento Diretamente Observado, Campina Grande/PB, 2010.



Fonte: Dados do Projeto Avaliação da efetividade das ações de controle da tuberculose, comparando o modelo de atenção do Programa de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e Ambulatório de Referência em Tuberculose no Município de Campina Grande/PB, 2010.

De um modo geral, é possível observar a partir dos índices compostos do vínculo, que ambos os serviços apresentaram desempenhos favoráveis quanto a essa dimensão (Tabela 1). Entretanto para quase todas as variáveis (5 indicadores), os valores foram maiores para o AMBREF do que para as UBSF, apesar de ser o vínculo um dos princípios fundamentais da Estratégia Saúde da Família.

Os indicadores “é atendido pelo mesmo profissional” e “consegue falar com o mesmo profissional em caso de dúvidas” apesar de favoráveis, obtiveram melhor execução para o AMBREF. O primeiro pode ser justificado pela grande rotatividade de profissionais, principalmente da classe médica nas UBSF, o que prejudica a interação profissional-doente; o segundo pela alta demanda de usuários nas ESF e forma de organização dos serviços que dificulta o acesso aos doentes que não estavam marcados para realização de consultas.

Sabe-se que para que o vínculo entre profissional e usuário aconteça, este precisa sentir-se acolhido, criar confiança e contato com aquele que o atende e acompanha, processo que é potencializado quando o doente é atendido sempre pelo mesmo profissional durante as consultas.

A variável “o profissional entende suas perguntas” não apresentou diferença para os dois serviços, sendo considerado favorável para ambos. Esse dado é de grande relevância, pois o doente deve sentir-se à vontade para relatar todos os problemas e angústias que o envolvem. A escuta qualificada proporciona a identificação das necessidades do usuário, deve ser focada não apenas na doença, mas no sujeito social, o que também favorece a produção do cuidado com responsabilidade e compromisso.

A variável “o profissional conversa sobre outros problemas”, apresentou desempenho não-favorável (2,94) para o AMBREF e regular (3,36) para as UBSFs (Tabela 1). Nesse contexto, fica clara a dificuldade dos profissionais em realizar uma prática integral, tratando o indivíduo como um ser completo. Segundo Gomes e Sá (2009), “a produção do vínculo pode promover uma nova lógica no processo de trabalho, permitindo o cuidar na perspectiva da integralidade”.

Também foram favoráveis tanto para as UBSFs quanto para o AMBREF, “o profissional dá tempo suficiente para que você fale suas dúvidas” e “o profissional responde suas perguntas de maneira clara”, com melhores índices para o serviço de referência. Para que o vínculo seja efetivado, o processo de comunicação entre usuários e profissionais deve ser claro, o que implica que o tempo disponibilizado para expressar dúvidas e angústias é fundamental para se instituir uma relação de valorização do doente e de suas necessidades (BERTOLOZZI, 2005).

Foram favoráveis para ambos os serviços “o profissional anota suas queixas no prontuário”. Para que o profissional conheça e acompanhe tudo que se passa com o doente de TB durante o período de tratamento, é de extrema importância que se registre as informações fornecidas, as preocupações relatadas e as intercorrências ocorridas, no prontuário do paciente, a fim de resgatar essas informações com o intuito de garantir resolubilidade dos problemas através das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

O indicador “o profissional explica sobre os medicamentos utilizados”, apresentou-se como favorável para os dois serviços, porém a UBSF superou o AMBREF. É de extrema importância que além de conhecer a enfermidade, os doentes reconheçam o correto uso da terapêutica, para isso é necessário que estes sejam informados pelos profissionais também, quanto aos possíveis efeitos colaterais e riscos, intervindo quando necessário. Em um estudo realizado em Porto Velho/RO constatou que apenas 20% dos entrevistados mostraram conhecer a

medicação de que faziam uso (FIDELES; JESUS, 2002).

O indicador “o profissional pergunta sobre todos os medicamentos que está tomando” para o AMBREF foi considerado regular (3,38), já para as UBSFs foi favorável (4,0) com melhor desempenho (Tabela 1). O doente de TB deve ser visto como ser único, integral, completo e que pode vir a ser acometido por outras patologias. Torna-se necessário que os profissionais da saúde responsáveis pelo acompanhamento de seu tratamento demonstrem o interesse e a preocupação em interrogar sobre quaisquer outras medicações que o usuário esteja fazendo uso como o de anticoncepcionais orais em mulheres, fármacos utilizados para tratar outras doenças como no caso da co-infecção com o HIV, co-morbidades com cardiopatias, asma, diabetes, insuficiência renal e hepática, entre outras que podem causar interações medicamentosas prejudicando a eficácia das drogas e o andamento correto do tratamento (CAMPOS, 2007).

Tabela 1: Valor médio, desvio padrão, intervalo de confiança e índice composto dos indicadores do vínculo entre profissional de saúde e doente de tuberculose em serviços de saúde do município de Campina Grande.

Indicador	AMBREF (n=34)			UBSF (n=45)		
	Média	DP	IC	Média	DP	IC
É atendido pelo mesmo profissional ^a	4,82	0,716	[4,57- 5,07]	4,51	1,180	[4,16 - 4,87]
Consegue falar com o mesmo profissional em caso de dúvidas ^a	4,71	0,760	[4,44- 4,97]	4,27	1,437	[3,84 - 4,70]
O profissional entende suas perguntas ^a	4,62	0,697	[4,37- 4,86]	4,62	0,912	[4,35 - 4,90]
O profissional conversa sobre outros problemas ^a	2,94	1,324	[2,48- 3,40]	3,36	1,626	[2,87 - 3,84]

Continuação: Tabela 1 - Valor médio, desvio padrão, intervalo de confiança e índice composto dos indicadores do vínculo entre profissional de saúde e doente de tuberculose em serviços de saúde do município de Campina Grande.

O profissional dá tempo suficiente para que você fale suas dúvidas ^a	4,53	0,662	[4,30- 4,76]	4,16	1,278	[3,77 - 4,54]
O profissional responde suas perguntas de maneira clara ^a	4,68	0,684	[4,44- 4,92]	4,56	0,967	[4,27 - 4,85]
O profissional anota suas queixas no prontuário ^a	4,91	0,265	[4,73- 5,09]	4,71	1,100	[4,38 - 5,04]
O profissional explica sobre os medicamentos utilizados ^a	4,15	1,077	[3,57-4,72]	4,33	1,225	[3,97 - 4,70]
O profissional pergunta sobre todos os medicamentos que está tomando ^a	3,38	1,615	[2,82- 3,95]	4,00	1,446	[3,57 - 4,43]
Índice Composto	4,30	-----	-----	4,28	-----	-----

IC: Intervalo com 95% de confiança.

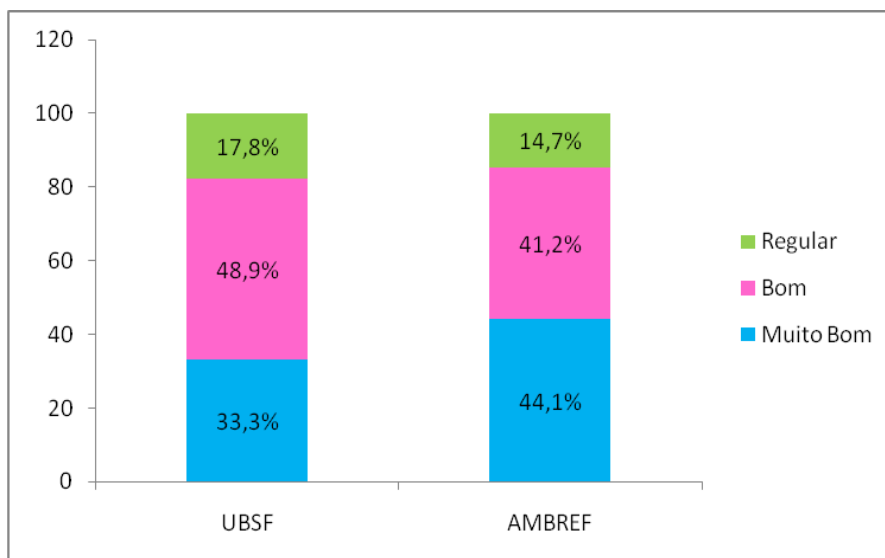
^a: Padrão de respostas (1= nunca; 2= quase nunca; 3= às vezes; 4= quase sempre; 5= sempre).

Fonte: Dados do Projeto Avaliação da efetividade das ações de controle da tuberculose, comparando o modelo de atenção do Programa de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e Ambulatório de Referência em Tuberculose no Município de Campina Grande/PB, 2010.

A satisfação do usuário reflete na continuidade da assistência prestada (STARFIELD, 2002). Nessa perspectiva, com relação à opinião dos doentes de TB sobre a equipe de saúde que o assistia, verificou-se que a assistência proporcionada, foi em sua maioria considerada como boa ou muito boa – 82,2% nas UBSFs e 85,3% no AMBREF (Gráfico 9). O maior percentual para o serviço de referência pode ser justificado por diversos fatores, tais como: demanda espontânea,

não há demora no atendimento ou espera para consultas e os resultados de exames são mais rápidos (CERQUEIRA, 2008).

Gráfico 9 - Opinião dos doentes de TB quanto ao atendimento prestado pela equipe que os atende, Campina Grande/PB, 2010.



Fonte: Dados do Projeto Avaliação da efetividade das ações de controle da tuberculose, comparando o modelo de atenção do Programa de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e Ambulatório de Referência em Tuberculose no Município de Campina Grande/PB, 2010.

6 Considerações Finais

Por ser a tuberculose uma doença social e de caráter estigmatizante, é necessário maior envolvimento e compromisso por parte dos profissionais de saúde com o doente, a fim de minimizar o impacto causado na vida destes em decorrência da enfermidade. Neste sentido, o estudo revelou desempenho favorável quanto à efetividade do vínculo profissional-doente, naqueles acompanhados em ambos os serviços que desenvolvem ações de controle da TB.

Apesar de ter sido satisfatório em relação à constituição do vínculo, observou-se que boa parte dos atendimentos de TB ainda se concentra no serviço de referência, quando o recomendado seria que este fosse descentralizado e sob responsabilidade das UBSF, o que prejudicou a adesão ao TDO, uma vez que a maioria dos entrevistados realizava tratamento auto-administrado.

O Tratamento Diretamente Observado é considerado pelo Ministério da Saúde a principal estratégia para fortalecer a adesão ao tratamento, entretanto, ainda é um desafio a ser enfrentado pelo Programa de Controle da Tuberculose. Nossos resultados mostram que o TDO ainda não é uma realidade freqüente no município de Campina Grande/PB, pois é realizado pela minoria dos doentes, o que indica aos gestores da saúde maior envolvimento para operacionalização do DOTS, considerando sua importância comprovada como meio eficaz para elevar o percentual de cura da TB e reduzir os índices de abandono.

Com relação ao perfil dos doentes de TB, os resultados do estudo corroboram com outros estudos realizados no Brasil, mostrando que a maioria dos acometidos é do sexo masculino, na faixa etária produtiva e com baixa escolaridade.

Comparando os dois serviços, ressaltamos melhor desempenho pelo AMBREF, embora as UBSF também tenham mostrado números positivos em relação à interação do profissional com o doente. O fortalecimento do vínculo constitui-se como um elemento essencial para aperfeiçoar o desempenho dos serviços de saúde, no que concerne à qualidade da atenção e no controle da TB, sendo considerado como recurso terapêutico já que amplia a eficácia da assistência e diminui os índices de abandono. Logo, torna-se imprescindível capacitar os trabalhadores da saúde para lidar com esse tipo de doente, haja vista a amplitude da repercussão da tuberculose na vida do indivíduo e família.

Constata-se que é bastante favorável a satisfação do doente em relação à assistência prestada pelas equipes de saúde, o que favorece a adesão à terapêutica, possibilitando a cura do usuário.

O trabalho é relevante para a enfermagem, já que esta desempenha papel importante na promoção da saúde, visto que atua não apenas na prevenção e supervisão do tratamento, mas também na melhoria da qualidade de vida da população sendo o vínculo primordial nesse aspecto.

A partir dos achados, recomenda-se que as ações de controle da tuberculose tenham um olhar voltado não só para o tratamento da doença como também, o desenvolvimento de políticas públicas devem ser direcionadas para a realidade do doente de TB contemplando ações que incidam em seus determinantes sociais, em conformidade com o princípio da integralidade. Assim como, a descentralização das ações de controle da TB para as UBSF favorecendo a implementação do TDO como estratégia prioritária para o controle da doença.

Referências Bibliográficas

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

ARCÊNCIO, R.A. et al. City tuberculosis control Coordinators perspectives of patient adherence to DOT in São Paulo State, Brazil, 2005. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 12. n. 5, p.527-531, 2008.

BERTOLLOZI, M.R. **A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da estratégia do tratamento diretamente observado (DOTS) no município de São Paulo-SP** [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2005.

BOWKALOWSKI, C.; BERTOLOZZI, M. R. Vulnerabilidades em pacientes com Tuberculose no Distrito Sanitário de Santa Felicidade – Curitiba, PR. **Cogitare Enfermagem**, v.15, n.1, p.92-99, jan-mar, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano nacional de controle da tuberculose.** Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. **Controle da Tuberculose: Diretrizes do Plano de ação emergencial para municípios prioritários,** Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para controle da Tuberculose.** 6ªed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

_____. 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: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose.** 2. ed. rev. Brasília:Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Coordenação Geral de Regulação e Avaliação. **Programa nacional de avaliação dos serviços de saúde.** Edição 2004/2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Dados epidemiológicos da TB no Brasil e no Mundo – PNCT.** Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica.** 7. ed. Brasília:

Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica**: Protocolo de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Situação da Tuberculose no Brasil – PNCT**. Brasília, 2011.

BRUNELLO, M.E.F. *et al.* O desempenho dos profissionais de saúde para o estabelecimento do vínculo na atenção ao doente de tuberculose, Ribeirão Preto, 2007. In: RUFINNO-NETO, A. VILLA, T.C.S.(Org). **Tuberculose: Pesquisas Operacionais**. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2009. p. 68-74.

CAMPOS, C.E.A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife. v. 5, p. 63-69, 2005.

CAMPOS, H.S. **Tratamento da Tuberculose**. Rio de Janeiro: Pulmão, RJ, 2007.

CERQUEIRA, D. F. **O vínculo no processo de atenção à tuberculose no município de Ribeirão Preto – SP (2006-2007)** [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br>>. Acesso em 02 de fevereiro de 2011.

CONDE, M.B; SOUZA, G.R.M. **Pneumologia e Tisiologia**: Uma abordagem prática. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

CONDE M.B; SOUZA G.M; KRITSKI A.L. **Tuberculose sem medo**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2002. Disponível em: <<http://redetb.org/a-historia-da-tuberculose>>. Acesso em 02. mar. 2011.

CRUZ-OLIVEIRA, S.A da, et al . **Enfoque na Família e orientação para a Comunidade nos Serviços de Atenção à Tuberculose na Percepção do doente**, São José do rio Preto, 2007. Cap II, p 92-98.

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

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**, v. 114, p.1115-1118, 1990.

FIDELES, D.S.; JESUS, M. B. **Percepção do usuário quanto à assistência**

prestada no programa de tuberculose numa unidade de referência de em doenças infectocontagiosas de Porto Velho, Rondônia. Fundação Universidade Federal de Rondônia, 2002. Disponível em: <<http://www.unir.br/.../Domitilia%20dos%20Santos%20Fideles.html>>. Acesso em 02 de fevereiro de 2011.

FIGUEIREDO, T.M.R.M. **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. Disponível em:(<http://www.teses.usp.br>>. Acesso em: 10 de Maio de 2011.

FURTADO, J.P. Avaliação de Programas e Serviços. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

GOMES, A.L.C.; SÁ, L.D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 365-372, 2009. Disponível em: <http://ar.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2011.

HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na Análise da Implantação de Programas**. Fiocruz, 1997, 132p.

HARTZ, Z.M.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, p. 207-253.

IBGE - Cidades. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 09.abr.2011.

LWILLA, F, et al. Evaluation of efficacy of community-based vs. institucional-based Directly Observed Treatment for the control of tuberculosis in Kilombero district, Tanzania. **Tropical Medicine & International Health Journal Information**, v.8, n.3, p.204-210, 2003.

MERHY, E.E. **Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida**. In: CECILIO, L.C.O. (Org.). Inventando a mudança em saúde. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 116-160.

MONROE, A.A, et al. Envolvimento de equipes da atenção básica á saúde no controle da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.2, p.262-267, 2008.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação:** relatório mundial. Brasília, 2003.

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, 1997.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14902.pdf>>. Acesso em: 16.abr.2011.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde.** 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

PNCT. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21446>. Acesso em: 30.abr.2011.

Portal da Saúde - www.Saúde.gov.br - Tuberculose: Histórico. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31096>. Acesso em 06. abr. 2011.

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

ROSEMBERG, J. Tuberculose: Aspectos históricos, realidades, seu Romantismo e transculturação. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 7, n. 2, jul/dez, 1999.

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

SASSAKI, C.M. **Tempo de tratamento da tuberculose de pacientes inscritos em um serviço de saúde do município de Ribeirão Preto-SP** [dissertação]. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

SCHWARTZ, D.B, et al. Improving adherence with antimicrobial therapy for respiratory tract infections: a discussion of Directly Observed Therapy (DOT) and short-course therapies. **American Journal of Therapeutics**, 11 suppl, n.1, p.18-21, 2004.

SINAN/PB NET. Disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande/PB, 2009.

SINAN/PB NET. Disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Campina

Grande/PB, 2010.

SMELTZER, Suzanne C., BARE, Brenda G. Brunner & Suddarth, **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Tradução de José Eduardo Ferreira de Figueiredo. 10ª ed. vol.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

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

TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

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

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

VENDRAMINI, S.H.F. et al. Tratamento Supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 10, n.1, jan/jun 2002. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/bps/v10n1/v10n1a02.pdf>>. Acesso em: 26. Fev. 2011.

VENDRAMINI, S.H.F. et al. Tuberculose em município médio do sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 31, n. 3, mai/jun 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?...37132005000300010...>>. Acesso em: 16. Mai. 2011.

VIEIRA, E. M. Avaliação de serviços de saúde. In: FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D. C. (Orgs.). **Fundamentos da epidemiologia**. São Paulo: Manole, 2005. cap. 20, p. 337.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis Control**. WHO Report, WHO/TB/ 98.237, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2005**. Geneva: WHO, 2008.

XAVIER, Natália. Índice de mortes por tuberculose aumenta na Paraíba e chega a 8%. **Jornal da Paraíba**. Disponível em: http://www.paraiba1.com.br/Noticia/48222_INDICE+DE+MORTES+POR+TUBERCULOSE+AUMENTA+NA+PARAIBA+E+CHEGA+A+8%25.html, 11/09/2010. Editorias: Cidades. Acesso em 18.set.2010.

Anexos

ANEXO A – Questionário Doentes de Tuberculose

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 31 de Maio 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 ()
		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	2	3	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)?						
VÍNCULO.							
		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
14	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para a consulta de TB, é						

	atendido pelo mesmo profissional?						
15	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
16	Quando o(a) Sr.(a) faz alguma pergunta ao profissional da unidade de saúde sente que ele entende?						
17	Quando o(a) Sr.(a) consulta o profissional da unidade de saúde conversa sobre outros problemas de saúde?						
18	O profissional da unidade de saúde dá tempo suficiente para que o(a) Sr.(a) fale suas dúvidas ou preocupações?						
19	O profissional da unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está fazendo o tratamento responde às suas perguntas de maneira clara?						
20	Durante seu atendimento o profissional da unidade de saúde anota as suas queixas no seu prontuário?						
21	O profissional da unidade de saúde explica sobre os medicamentos utilizados para o tratamento de TB?						
22	O profissional da unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamentos que o(a) Sr.(a) está utilizando?						
23	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
23 a	Médico						
23 b	Enfermeiro						
23 c	Assistente Social						
23 d	Auxiliar Enfermagem						

23 e	Agente Comunitário de Saúde/ACS						
23 f	Outros Profissionais						
		Muito Ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom	NR/NA
		1	2	3	4	5	00
24	Qual é sua opinião sobre a equipe de saúde que o atende?						
O(A) Sr.(a) tem alguma pergunta, sugestão, comentário ou dúvida?							

ANEXO 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 rubricue.

ANEXO C – Protocolo de Aprovação do Projeto

Andamento do Projeto

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

Andamento do projeto - CAAE - 0455.0.000.133-10				
Título do Projeto de Pesquisa				
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				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	23/02/2010 14:37:03	25/02/2010 11:47:06		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	23/02/2010 14:37:03	Folha de Rosto	0455.0.000.133-10	CEPV
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	04/02/2010 21:15:19	Folha de Rosto	FR316646	Pesquisador
3 - Protocolo Aprovado no CEP	25/02/2010 11:47:06	Folha de Rosto	0455.0.000.133-10	CEP

[Voltar](#)

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



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

ANEXO D – Termo de Autorização Institucional

**SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA****Av: Assis Chateaubriand – Centro – Campina Grande/PB
CEP: 58.420-105 – Fone: (83) 3315.5122 - 3315.5111**

T

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “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”, desenvolvido pela professora Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, pesquisadora do NEPE/UEPB (Núcleo de Pesquisa e Estudos Epidemiológicos da Universidade Estadual da Paraíba).

Campina Grande, 31/05/2010.



Elíia Maria Pombo de Farias Santiago
Gerente de Vigilância Epidemiológica